

Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях

И.Ю. Кулагина*

ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия,
dissovetmgppu@mail.ru

Л.В. Сенкевич**

ГБОУ ВПО МГППУ; Государственная классическая академия имени Маймонида, Москва, Россия,
lvsenkevich@mail.ru

В статье представлены данные об общем уровне и выраженности компонентов реабилитационного потенциала личности при таких хронических заболеваниях, как расстройства желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистые и онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция. Отмечены взаимосвязи реабилитационного потенциала и других личностных ресурсов, способствующих успешной реабилитации и реадaptации больных — экзистенциальной исполненности, оптимизма, активности, жизнестойкости. Описаны особенности реабилитационного потенциала, в частности, внутренней картины болезни как его компонента, и ряда личностных диспозиций при заболеваниях разного генеза. Показано, что наибольшими личностными ресурсами обладают молодежь и лица среднего возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, наименьшими личностными ресурсами — их ВИЧ-инфицированные ровесники. Прослежена связь снижения личностного потенциала при ВИЧ-инфекции с наличием химической зависимости. Приводится авторская методика, позволяющая определить общий показатель реабилитационного потенциала и показатели его компонентов — мотивационного, эмоционального, самооценочного, коммуникативного, а также внутренней картины болезни.

Ключевые слова: личностные ресурсы, заболевание, реабилитационный потенциал личности, внутренняя картина болезни, экзистенциальная исполненность, активность, оптимизм, жизнестойкость.

В настоящее время значительную опасность представляют не только быстро распространяющиеся и приводящие к скоропостижной смерти болезни, но и заболевания хронические, влияющие на качество жизни и социальный статус человека. Создается особая социальная ситуация хронического соматического заболевания, включающая социальный стереотип заболевания («миф болезни» по А.Ш. Тхостову [13]), принятие/непринятие социальной роли больного, эмоциональную оценку заболевания, контекст ситуации — события, появляющиеся в жизни человека и нарушающие адаптацию (социальный стресс), время возникновения (возрастной этап) и длительность за-

болевания [12]. Способность человека адекватно переживать и преодолевать социальную ситуацию заболевания как критическую ситуацию, разрушающую жизненный замысел, во многом зависит от имеющегося у него реабилитационного потенциала.

Личностные ресурсы и реабилитационный потенциал

При тяжелом хроническом заболевании, даже если оно не приводит к инвалидности, изменяются качество и стиль жизни человека. Больной человек вы-

Для цитаты:

Кулагина И.Ю., Сенкевич Л.В. Реабилитационный потенциал личности при различных хронических заболеваниях // Культурно-историческая психология. 2015. Т. 11. № 1. С. 50–60.

* Кулагина Ирина Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, профессор, кафедра возрастной психологии, факультет психологии образования, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия. *dissovetmgppu@mail.ru*

** Сенкевич Людмила Викторовна, кандидат психологических наук, доцент, докторант, кафедра возрастной психологии, факультет психологии образования, ГБОУ ВПО МГППУ; профессор, кафедра клинической и специальной психологии, факультет социальной медицины, Государственная классическая академия имени Маймонида, Москва, Россия. *lvsenkevich@mail.ru*

нужден пройти через этапы реабилитации (восстановительного лечения) и реадaptации, в том числе социальной, направленной на восстановление приспособленности к условиям профессиональной деятельности и быта. Эффективность реабилитации и реадaptации зависит от общей позиции личности, использования имеющихся личностных ресурсов. Система личностных ресурсов, необходимых для преодоления критической ситуации тяжелого соматического заболевания, определяет реабилитационный потенциал личности.

Реабилитационный потенциал складывается из реабилитационных возможностей организма, личности и микросоциума, т. е. той социальной системы, в которую непосредственно включен больной человек. Учет реабилитационного потенциала, понимаемого так широко, необходим при медико-социальной экспертизе. Определение уровня психологического реабилитационного потенциала позволяет сформировать прогноз на дальнейшую жизнь человека с ограниченными возможностями здоровья. Помимо прогностической ценности оно имеет ценность для самого больного, давая ему возможность осознать свои личностные ресурсы, с опорой на которые осуществляется компенсация и наиболее полная реадaptация.

К составляющим или компонентам реабилитационного потенциала (психологического или личностного) относят особенности психических процессов (восприятия, памяти, внимания, мышления); специфику внутренней картины болезни (представлений больного о сущности и степени тяжести заболевания, возможностях реабилитации и реадaptации); личностные особенности (темперамент, черты характера, специфика эмоциональной, мотивационно-потребностной и ценностно-смысловой сфер). Наиболее четко структура реабилитационного потенциала описана Ж.В. Порохиной (2004) и О.Н. Гудиловой (2012).

Ж.В. Порохина выделяет девять компонентов психологического реабилитационного потенциала: тип отношения к болезни, уровень нервно-психического состояния, уровень самооценки, уровень притязаний, уровни реактивной и личностной тревожности, локус контроля, состояние взаимоотношений с социальным окружением и удовлетворенность профессиональной деятельностью. Соответственно, психологический реабилитационный потенциал человека определяется как система преморбидно сформированных индивидуально-психологических характеристик личности (мотивационных, эмоционально-волевых, когнитивных), выступающих в качестве основного ресурса в случае изменения социальной ситуации развития в результате заболевания, инвалидизирующего человека, и способствующих его реадaptации к новым условиям жизни [11].

Рассматривая личностный реабилитационный потенциал как более узкое понятие, по сравнению с психологическим реабилитационным потенциалом, О.Н. Гудилова определяет его как систему личностных характеристик, позволяющих индивиду активно

и эффективно участвовать в процессе комплексной реабилитации, а также адаптироваться к изменяющимся условиям среды. Составляющими личностного реабилитационного потенциала являются тип отношения к болезни, локус контроля, уровень самооценки, мотивация достижения, осмысленность жизни, жизнестойкость, временная перспектива [2].

Одним из компонентов личностного реабилитационного потенциала, упоминаемым во всех работах, становится отношение к болезни — «внутренняя картина болезни».

Реабилитационный потенциал понимается нами как та часть личностных ресурсов, которая непосредственно способствует реабилитации и реадaptации в ситуации хронической болезни, и включает мотивационный, эмоциональный, самооценочный и коммуникативный компоненты, а также внутреннюю картину болезни.

Реабилитационный потенциал и внутренняя картина болезни

Внутренней картиной болезни Р.А. Лурия называет «все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений, не только местных болезненных, но его общее самочувствие, самонаблюдение, его представления о своей болезни, о ее причинах, — все то, что связано для больного с приходом его к врачу, весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [9, с. 51]. Таким образом, различаются внешняя картина болезни, определяемая с помощью объективных методов медицинской диагностики, и внутренняя картина болезни как ее субъективная сторона.

В настоящее время при описании структуры внутренней картины болезни выделяется ряд уровней:

- сензитивный уровень — уровень элементарных чувств, локализации болезненных и других неприятных ощущений;
- эмоциональный уровень — уровень субъективного эмоционального отношения к симптомам, заболеванию в целом и его последствиям;
- интеллектуальный уровень — уровень формирующийся благодаря процессам умственной переработки представлений и знаний больного о заболевании;
- мотивационный уровень — уровень изменения привычных поведенческих паттернов и образа жизни, обусловленного болезнью [10].

В.В. Николаева подчеркивает особую значимость мотивационного уровня (компонента) внутренней картины болезни. С ее точки зрения, именно он определяет актуализацию деятельности больного по возвращению и сохранению здоровья. В связи с этим различают разные стратегии противодействия хроническому соматическому заболеванию — активную и пассивную.

Понятие «внутренняя картина болезни», введенное Р.А. Лурией, получило широкое распространение в восточной Европе [17; 18]. В западной Европе и США обычно используются понятия «восприятие болезни» и «представления о болезни». Применяется Опросник восприятия болезни IPQ [16, 20], основанный на модели восприятия болезни или модели саморегуляции Г. Левенталя (Leventhal's model). В восприятии болезни выделяются представления о ее симптомах, причинах возникновения, длительности протекания, физических и социальных последствиях, возможностях контроля и лечения. При этом в модели не представлены влияния на эти представления социального окружения больного — значимых других и групп [15]. Исследования, проведенные с опорой на модель Г. Левенталя, с помощью Опросника IPQ, показали зависимость восприятия болезни от специфики ряда хронических заболеваний [19].

Мы рассматриваем внутреннюю картину болезни как компонент реабилитационного потенциала личности, делая акцент на когнитивном (представления о болезни, ее причинах, протекании и последствиях) и эмоциональном (отношение к болезни и образу жизни больного человека) аспектах.

Организация исследования

Исследование проведено с целью выявления различий во внутренней картине болезни и реабилитационном потенциале в целом при хронических соматических и инфекционных заболеваниях разного генеза.

В исследовании были поставлены следующие задачи:

- определить уровни реабилитационного потенциала личности и характер внутренней картины болезни у пациентов с желудочно-кишечными, сердечно-сосудистыми, онкологическими заболеваниями и у ВИЧ-инфицированных наркозависимых;
- сопоставить уровни реабилитационного потенциала и основных составляющих личностных ресурсов — жизнестойкости, экзистенциальной исполненности, активности и оптимизма.

Исследование проведено на базе Городской клинической больницы № 40, Городской клинической больницы № 63, Наркологической клинической больницы № 17, Психиатрической клинической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения г. Москвы.

Выборки исследования составили испытуемые молодого и зрелого возрастов (22–43 года):

- в выборку № 1 вошли 37 испытуемых с различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): язвенной болезнью желудка, язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, гастритами, гастродуоденитами, гастроэнтероколитами, колитами, панкреатитами; 7 мужчин и 30 женщин, в возрасте от 22 до 37 лет;

- выборку № 2 составили 33 испытуемых с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (ССС), такими как: ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, идиопатическая желудочковая экстрасистолия; 9 мужчин и 24 женщины, в возрасте от 22 до 38 лет;

- в выборку № 3 вошли 33 испытуемых с онкологическими заболеваниями, 10 мужчин и 23 женщины, в возрасте от 30 до 43 лет;

- выборку № 4 составили 25 ВИЧ-инфицированных больных наркоманиями, 7 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 25 до 35 лет. Необходимо отметить, что испытуемые, стационарированные в острые отделения ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина на фоне наркотических психозов, характеризовались отсутствием эндогенной симптоматики, в момент обследования были выведены из психоза средствами соответствующей фармакотерапии и находились в ясном сознании.

Методика исследования

Для решения поставленных задач использовался комплекс методик: методика «Реабилитационный потенциал личности» И.Ю. Кулагиной, Л.В. Сенкевич; Тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой [6]; Шкала экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер в адаптации С.В. Кривцовой [4]; Шкала оптимизма и активности И. Шуллер, А. Комуниани в адаптации Н.Е. Водопьяновой и М.В. Штейна [1].

Методика «Реабилитационный потенциал личности» разработана И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич в 2011 г. и апробирована в 2012–2013 гг. При создании методики использованы и модифицированы отдельные открытые вопросы анкеты Ж.В. Порохиной [11] и структурированного интервью Ю.Е. Кургановой [5]. Методика представляет собой опросник, предназначенный для лиц, имеющих хронические заболевания, старше 16 лет. Опросник включает 28 закрытых вопросов с тремя вариантами ответов и может применяться как в групповой форме, так и индивидуально.

В соответствии с инструкцией испытуемый выбирает один из трех ответов к каждому вопросу.

1. Часто ли Вы думаете о своей болезни?

- А. Постоянно.
- Б. Часто.
- В. Редко.

2. Зависит ли Ваше настроение от болезни?

- А. Да.
- Б. Нет.
- В. Трудно сказать.

3. Как Вы относитесь к житейским проблемам в последнее время?

- А. Иногда включаюсь в их решение.
- Б. Стараюсь от них отгородиться.
- В. Они мне по-прежнему интересны.

4. Нужно ли рассказывать близким и друзьям о проблемах со своим здоровьем?

- А. Да, они обязательно поддержат.
- Б. Да, но немногим — мало кто меня поймет.
- В. Нет, на понимание и сопереживание никто не способен.

5. Изменились ли Ваши интересы за время болезни?

- А. Да, меня теперь мало что интересует.
- Б. Да, мои интересы расширились.
- В. Нет, у меня остались прежние интересы.

6. Как Вы думаете, жизнь здорового человека отличается от жизни больного?

- А. Да, конечно.
- Б. Не всегда.
- В. Практически нет.

7. Часто ли Вы радуетесь?

- А. Да, я нахожу много поводов для радости.
- Б. Меня трудно чем-то порадовать.
- В. Иногда у меня бывает очень хорошее настроение.

8. Легко ли Вас расстроить?

- А. Да, мне приходится часто расстраиваться.
- Б. Я огорчаюсь по серьезным поводам.
- В. Меня трудно вывести из равновесия.

9. Мешает ли Ваша болезнь жить так, как Вам хочется?

- А. Да, мешает.
- Б. Доставляет некоторые неудобства.
- В. Я живу, не ориентируясь на болезнь.

10. Есть ли у Вас близкие люди, с которыми Вас связывают глубокие отношения?

- А. Да, есть любимый человек (или друг).
- Б. У меня есть приятели.
- В. Постоянных глубоких отношений ни у кого не бывает.

11. Как Вы оцениваете свой интеллектуальный потенциал?

- А. Как относительно низкий.
- Б. Как средний.
- В. Как достаточно высокий.

12. Любите ли Вы свою работу (учебу)?

- А. Да, люблю.
- Б. Я не работаю (не учусь).
- В. Работаю (учусь), но без особого интереса.

13. Есть ли у Вас сейчас увлечения (хобби)?

- А. Да.
- Б. Трудно сказать.
- В. Нет.

14. Кто виноват в том, что Вы больны?

- А. Никто — так сложилось.

- Б. Я сам.
- В. Те, кто меня окружал.

15. Способны ли Вы контролировать свои эмоции и поведение?

- А. Да, всегда.
- Б. Не во всех ситуациях.
- В. В последнее время контроль полностью нарушен.

16. Изменились ли Ваши отношения в семье?

- А. Нет, не изменились.
- Б. Да, обо мне теперь больше заботятся.
- В. Да, исчезло взаимопонимание.

17. Как Вы решаете возникающие у Вас проблемы?

- А. Мне не по плечу решение всех проблем.
- Б. Справляюсь с ними самостоятельно, никого не беспокоя.
- В. Решаю их вместе с родными или друзьями.

18. Бывают ли у Вас болезненные состояния?

- А. Да, бывают.
- Б. Иногда бывают, но по разным причинам.
- В. Я их постоянно испытываю.

19. Изменились ли Ваши представления о себе за время болезни?

- А. Да, и я стал себя больше уважать.
- Б. Да, и я стал себя больше жалеть.
- В. Нет, практически ничего не изменилось.

20. Насколько важно для Вас сохранить здоровье?

- А. Для меня это сейчас — единственно важное в жизни.
- Б. Это одно из наиболее значимых моих стремлений.
- В. Такое желание у меня возникает от случая к случаю.

21. Считаете ли Вы себя счастливым человеком?

- А. Да, я счастливый человек, несмотря на все мои проблемы.
- Б. Да, хотя с некоторыми оговорками.
- В. Нет.

22. Верите ли Вы в эффективность лечения Вашей болезни?

- А. Да, конечно.
- Б. Нет.
- В. Современная медицина может многое, но далеко не все.

23. Изменилось ли Ваше настроение за время болезни?

- А. Я стал более раздражительным.
- Б. Я стал более уравновешенным.
- В. Не знаю.

24. Как Вы справляетесь со своей болезнью?

- А. Я упорно борюсь с болезнью и возникающими из-за нее трудностями.

- Б. Я перед ней капитулирую.
 В. Я стараюсь сохранить баланс сил.

25. Может ли эта болезнь вызвать скорую смерть?

- А. Да, больные люди долго не живут.
 Б. Течение болезни бывает разным.
 В. При правильном образе жизни и лечении можно жить долго.

26. Как Вы относитесь к себе?

- А. Как к тяжело больному человеку.
 Б. Как к сильному человеку, способному преодолевать трудности.
 В. Как к человеку, который живет так, как хочет.

27. Изменились ли Ваши взаимоотношения с окружающими людьми за время болезни?

- А. Изменились в лучшую сторону.
 Б. Остались такими же, как прежде.
 В. Изменились в худшую сторону.

28. Отличается ли Ваша жизнь от жизни Ваших ровесников?

- А. Нет, моя жизнь так же полноценна, как у других.
 Б. Да, болезнь снижает качество жизни.
 В. У каждого из нас свои проблемы.

Как показано в табл. 1, опросник включает пять шкал, соответствующих пяти компонентам реабилитационного потенциала – мотивационному, эмоциональному, самооценочному и коммуникативному, а также внутренней картине болезни.

Мотивационный компонент отражает широту интересов и степень активности больного, включающегося в решение бытовых, профессиональных (учебных) проблем и задач, связанных с сохранением (восстановлением) здоровья.

Эмоциональный компонент представляет общий эмоциональный фон жизни больного (позитив-

ный-негативный), его динамику в связи с заболеванием и возможности регуляции эмоциональных реакций.

В *самооценочный компонент* входят представления о своих наиболее значимых качествах и отношении к себе как к больному человеку.

Коммуникативный компонент раскрывает специфику значимых социальных связей и динамику межличностных отношений во время болезни.

Внутренняя картина болезни является особым компонентом реабилитационного потенциала. Она учитывается при определении реабилитационного потенциала в целом и анализируется как самостоятельный показатель.

При первичной обработке полученных с помощью опросника данных, прежде всего, подсчитываются баллы. Каждый выбранный испытуемым ответ оценивается от 0 до 2 баллов. Отсутствие балла («нулевой» балл) свидетельствует о недостаточности личностных ресурсов в определенной сфере, необходимых для эффективного противостояния хроническому заболеванию. 2 балла отражают наличие личностных ресурсов в этой сфере, способствующих успешной реабилитации и реадaptации.

Подсчитываются сырые баллы по каждой из пяти шкал. Баллы, полученные конкретным испытуемым или группой испытуемых (имеющих хроническое заболевание одной и той же этиологии) по всем шкалам, суммируются и переводятся в проценты. Например, если получен среднегрупповой показатель 35,81 балла, максимально возможное количество баллов – 56 баллов – принимается за 100%, 35,81 балла обозначается как X%; $X = 35,81 \times 100 : 56 = 63,95\%$. Таким образом устанавливается *общий уровень реабилитационного потенциала*.

Отдельно рассматривается внутренняя картина болезни. Сумма баллов по соответствующей шкале также переводится в проценты.

Таблица 1

Компоненты и общий показатель реабилитационного потенциала личности

Компоненты реабилитационного потенциала	Баллы	№№ ответов	Максимально возможное число баллов по шкале
Внутренняя картина болезни	2	1в, 2б, 4а, 6в, 9в, 14в, 18б, 22а, 25в, 28а	20
	1	1б, 2в, 4б, 6б, 9б, 14а, 18а, 22в, 25б, 28в	
	0	1а, 2а, 4в, 6а, 9а, 14б, 18в, 22б, 25а, 28б	
Мотивационный компонент	2	3в, 5б, 12а, 13а, 20б, 24а	12
	1	3а, 5в, 12в, 13б, 20а, 24в	
	0	3б, 5а, 12б, 13в, 20в, 24б	
Эмоциональный компонент	2	7а, 8в, 15а, 23б	8
	1	7в, 8б, 15б, 23в	
	0	7б, 8а, 15в, 23а	
Самооценочный компонент (Я-концепция)	2	11в, 19а, 21а, 26б	8
	1	11б, 19в, 21б, 26в	
	0	11а, 19б, 21в, 26а	
Коммуникативный компонент (межличностные отношения)	2	10а, 16б, 17в, 27а	8
	1	10б, 16а, 17б, 27б	
	0	10в, 16в, 17а, 27в	
Общий уровень реабилитационного потенциала	Сумма баллов по всем шкалам		56

Внутреннюю картину болезни можно считать оптимистичной при высоком уровне показателя данной шкалы (что становится одним из важнейших личностных ресурсов больного человека). Если показатель имеет низкий уровень, внутренняя картина болезни считается пессимистичной и не является необходимым личностным ресурсом.

Результаты и обсуждение

При изучении реабилитационного потенциала и других личностных ресурсов, необходимых для успешной реабилитации и реадaptации в юности, молодости и зрелости при наличии серьезного хронического заболевания, установлены различия между больными с заболеваниями желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, с онкологическими заболеваниями и с ВИЧ-инфекцией. Остановимся, прежде всего, на показателях реабилитационного потенциала.

Реабилитационный потенциал

Среди больных с хроническими заболеваниями разного генеза наибольшим реабилитационным потенциалом обладают молодежь и лица среднего возраста с заболеваниями желудочно-кишечного тракта (рис. 1).

Выраженность их реабилитационного потенциала обусловлена, главным образом, наиболее оптимистичной внутренней картиной болезни и ярко выраженным мотивационным компонентом — сохранением интересов и достаточно высокой активности в разных сферах жизни (бытовой, профессиональной или учебной, лечебно-восстановительной).

При этом внутренняя картина болезни при заболеваниях ЖКТ существенно отличается от внутренней картины болезни при онкологических заболеваниях: различия между этими двумя группами больных значимы при $p \leq 0,05$; а также отличается от внутренней картины болезни при ВИЧ-инфекции: различия между группами прослеживаются на уровне тенденции (рис. 2).

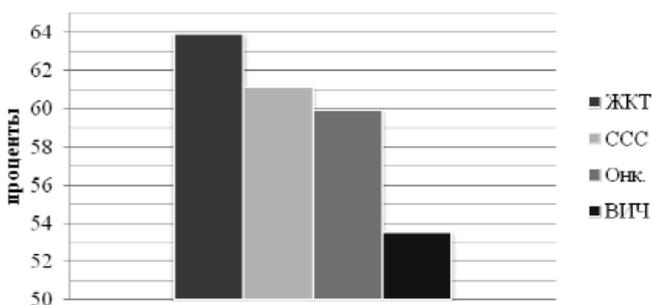


Рис. 1. Общий показатель реабилитационного потенциала при заболеваниях разной этиологии: ЖКТ — респонденты с заболеваниями желудочно-кишечного тракта; ССС — респонденты с заболеваниями сердечно-сосудистой системы; Онк. — респонденты с онкологическими заболеваниями; ВИЧ — ВИЧ-инфицированные наркозависимые

При заболеваниях ЖКТ мотивационный компонент реабилитационного потенциала представлен в большей мере, чем при заболеваниях сердечно-сосудистой системы ($p \leq 0,05$), онкологических заболеваниях ($p \leq 0,05$) и ВИЧ-инфекции ($p \leq 0,01$); самооценочный и коммуникативный компоненты — в большей мере, чем при ВИЧ-инфекции ($p \leq 0,01$).

Таким образом, заболевания желудочно-кишечного тракта в наименьшей степени вносят ограничения в образ жизни больного человека, по сравнению с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией — во всяком случае, в представлениях больных. А представления о самом заболевании ЖКТ, как не крайне тяжелом и опасном, соответствуют социальным стереотипам, а также имеющимся в настоящее время возможностям медикаментозного лечения и хирургического вмешательства.

Наименьший реабилитационный потенциал присущ ВИЧ-инфицированным. Общий показатель и показатели большинства компонентов при ВИЧ-инфекции ниже, чем при других заболеваниях. Общий показатель реабилитационного потенциала ВИЧ-инфицированных значимо ниже общего показателя лиц с заболеваниями ЖКТ ($p \leq 0,01$) и сердечно-сосудистыми заболеваниями ($p \leq 0,05$). При ВИЧ-инфекции уже круг интересов и ниже активность в разных сферах жизни (профессиональной или учебной, бытовой, лечебно-восстановительной), чем при заболеваниях ЖКТ ($p \leq 0,01$); ниже самооценка, чем при заболеваниях ЖКТ ($p \leq 0,01$), онкологических ($p \leq 0,01$) и сердечно-сосудистых ($p \leq 0,001$) заболеваниях; сложнее межличностные отношения и меньше социальная поддержка, чем при заболеваниях ЖКТ ($p \leq 0,05$), онкологических ($p \leq 0,01$) и сердечно-сосудистых ($p \leq 0,01$) заболеваниях. Только эмоциональный фон практически одинаков при заболеваниях разного генеза.

Здесь следует учесть, что все обследованные лица с ВИЧ-инфекцией имеют химические зависимости. Как известно, чаще всего инфицирование происходит при совместном употреблении наркотиков (когда группой используется один шприц для внутривен-

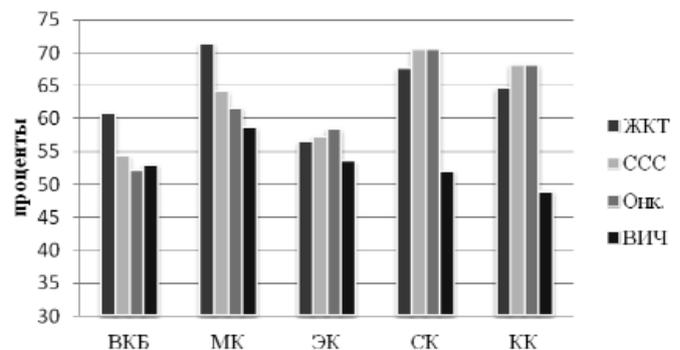


Рис. 2. Компоненты реабилитационного потенциала: ВКБ — внутренняя картина болезни; МК — мотивационный компонент; ЭК — эмоциональный компонент; СК — самооценочный компонент; КК — коммуникативный компонент

ных инъекций). Поэтому ВИЧ-инфекция — болезнь, свойственная в основном наркоманам. Наркомания накладывает свой отпечаток на личность: наблюдаются рассогласованность Я-реального и Я-идеального в самосознании, деформация временной перспективы из-за амбивалентного отношения к своему прошлому и противоречивости или несформированности планов на будущее, меньшая значимость близкого социального окружения, недостаточность произвольной регуляции поведения, экзистенциальный вакуум как продукт наркокультуры [7]. Эти особенности личности, сочетаясь с представлениями о ВИЧ-инфекции и о себе как человеке, имеющем заболевание, которое «не лечится», обуславливают недостаточность, слабость реабилитационного потенциала.

Что касается лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы и онкологическими заболеваниями, можно отметить средний уровень их реабилитационного потенциала. Он ниже, чем при заболеваниях желудочно-кишечного тракта, и выше, чем при ВИЧ-инфекции. Подчеркнем, что онкологические больные лечились и имели надежду на выздоровление, не находясь в терминальном состоянии.

Другие личностные ресурсы больных

В качестве других личностных ресурсов, необходимых для преодоления болезненного состояния и успешных реабилитации и реадaptации, рассмотрим экзистенциальную исполненность, активность, оптимизм и жизнестойкость.

Экзистенциальная исполненность — явление, описанное в экзистенциально-гуманистической психологии (В. Франкл, А. Лэнгле). Это осмысленность жизни, возможность жить в согласии с собой и миром, способность воплощения в жизнь своих решений, отвечающих сущности человека. Экзистенциальная исполненность включает в себя самоидентификацию, самоидентификацию, свободу и ответственность. Под самоидентификацией понимается способность адекватного восприятия ситуации при освобождении от собственных желаний, страхов и проблем; под самоидентификацией — способность жить ради кого-то или чего-то, эмоционально откликаться на происходящее, ориентируясь на смысл и ценности, а не только на собственные цели. Свобода предполагает способность принимать решения, исходя из личностной ценности возможных вариантов, а ответственность — способность доводить эти решения до конца.

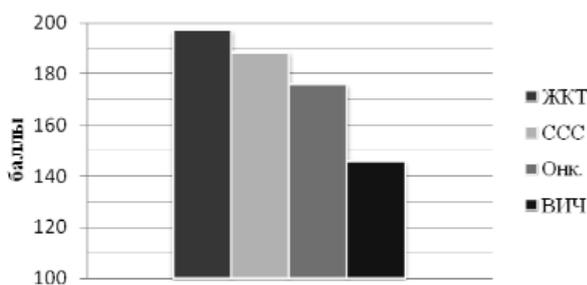


Рис. 3. Общий показатель экзистенциальной исполненности

Общий показатель экзистенциальной исполненности наиболее высок при заболеваниях ЖКТ и сердечно-сосудистых расстройствах (рис. 3).

Различия между двумя группами больных статистически незначимы. Существенно ниже значения по этому параметру у группы онкологических больных (различия между группами онкологических больных и респондентов с расстройствами ЖКТ достоверны на высоком уровне значимости ($p < 0,001$), между группами онкологических больных и лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы — на пятипроцентном уровне). Наиболее низкий показатель — у ВИЧ-инфицированных наркозависимых. Таким образом, в наибольшей степени сохраняется осмысленность жизни при заболеваниях ЖКТ и сердечно-сосудистых расстройствах, экзистенциальная фрустрация характерна для наркозависимых с ВИЧ-инфекцией). Отметим, что в последнем случае снижение осмысленности жизни может происходить не столько из-за ВИЧ-инфекции, сколько за счет химической зависимости. Как писал В. Франкл, «...если у человека нет смысла жизни, осуществление которого сделало бы его счастливым, он пытается добиться ощущения счастья в обход осуществлению смысла, в частности, с помощью химических препаратов» [14, с. 30].

Высокая осмысленность жизни при болезнях ЖКТ и сердечно-сосудистых заболеваниях связана с высокими самоидентификацией, самоидентификацией, свободой и ответственностью, что отражается также в высоких обобщенных показателях персональности и экзистенциальности (рис. 4).

В выборках онкологических больных и ВИЧ-инфицированных наркозависимых большинство показателей Шкалы экзистенции существенно ниже. Обращает на себя внимание отсутствие значимых различий между этими группами по параметру «Свобода». Эти больные ощущают себя в значительно меньшей степени способными принимать решения и осуществлять свободно выбор в своей жизни, чем респонденты с расстройствами ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, несмотря на то, что смертность в результате сердечно-сосудистых заболеваний в три с лишним раза превышает показатели смертности от рака и СПИДа. Видимо, здесь сказываются социальные стереотипы — представления о неизлечимости данных болезней.

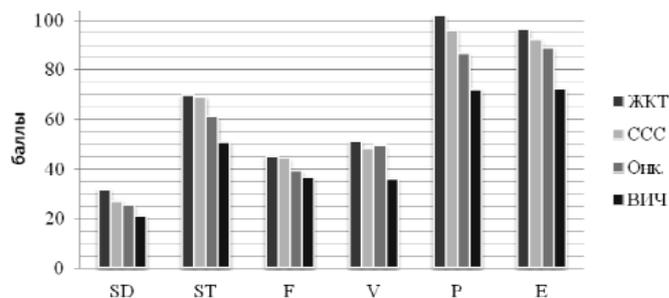


Рис. 4. Показатели ценностно-смысловой сферы личности: SD — самоидентификация; ST — самоидентификация; F — свобода; V — ответственность; P — персональность; E — экзистенциальность

Несмотря на то, что свобода у онкологических больных недостаточно выражена, именно она, а также персональность (объединенный показатель самодистанцирования и самотрансценденции) положительно коррелируют с реабилитационным потенциалом личности. Отсутствуют корреляции между реабилитационным потенциалом и ответственностью, как показателем практической реализации в жизни ценностного выбора. Кроме того, в этой выборке не выявлены значимые взаимосвязи общих показателей реабилитационного потенциала и экзистенциальной исполненности.

В то же время в трех остальных выборках положительные корреляционные связи на высоких уровнях значимости установлены практически между всеми субшкалами Шкалы экзистенции и параметрами методики «Реабилитационный потенциал личности». Повышение осмысленности жизни способствует усилению реабилитационного потенциала при заболеваниях ЖКТ, сердечно-сосудистой системы и даже при ВИЧ-инфекции.

Обращаясь к показателям активности и оптимизма, подчеркнем, что в плане оптимизма наблюдается та же тенденция, что и в плане осмысленности жизни (наиболее высокие показатели свойственны лицам с расстройствами ЖКТ, наиболее низкие — ВИЧ-инфицированным наркозависимым), а в плане активности — прямо противоположная тенденция (рис. 5). Лица с химическими зависимостями и ВИЧ-инфекцией отличаются повышенной активностью на фоне низкого оптимизма. Как известно из литературы, посвященной химическим зависимостям, эта категория в периоды активного употребления препаратов «переживает избыточные возможности», а в периоды поиска психоактивных веществ проявляет высокую нестандартную активность. «Факт социального запрета на употребление наркотических веществ исключает формирование поведенческих стереотипов и автоматизмов у наркозависимых в процессе их поисковой активности. К тому же сама по себе среда, связанная с незаконным оборотом наркотиков, является очень опасной, агрессивной, жестокой... Такие условия вынуждают постоянно проявлять хитрость, находчивость, «творчество» в процессе поиска наркотических веществ или средств на их приобретение» [7, с. 183].

При этом активность наркозависимых с ВИЧ-инфекцией распространяется и на более широкие сферы

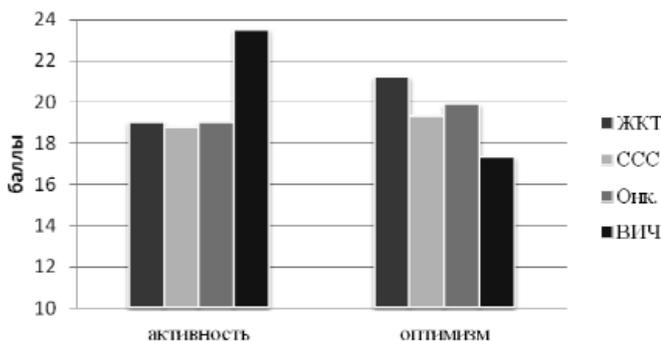


Рис. 5. Показатели активности и оптимизма

жизни, о чем свидетельствуют положительные корреляционные связи с мотивационным компонентом реабилитационного потенциала личности. Отметим, что у этой категории больных отсутствуют корреляции активности со всеми прочими компонентами реабилитационного потенциала, включая общий показатель.

Жизнестойкость является одним из важнейших личностных ресурсов или компонентов личностного потенциала [8]. Высокая жизнестойкость, способствующая преодолению стрессовых ситуаций, предполагает высокую степень вовлеченности в жизнедеятельность и эмоциональную насыщенность жизни; выраженный контроль — убежденность в необходимости противостояния жизненным трудностям, несмотря на отсутствие гарантии успеха, и в эффективности предпринимаемых действий; готовность к принятию риска и восприятию любого, даже негативного, жизненного опыта как содействующего личностному росту.

Наиболее высокая жизнестойкость характерна для лиц с заболеваниями ЖКТ, наименее — для ВИЧ-инфицированных наркозависимых (рис. 6). Различиям в общих показателях жизнестойкости разных категорий больных соответствуют различия в частных показателях (рис. 7). Наиболее интересной и эмоционально насыщенной оказывается жизнь респондентов с расстройствами желудочно-кишечного тракта. Менее вовлеченными в происходящее становятся их ровесники с сердечно-сосудистыми и онкологическими заболеваниями. И, наконец, представители последней выборки — ВИЧ-инфицированные лица с химическими зависимостями, — судя по низким показателям этого компонента жизнестойкости, часто ощущают себя «вне» потока жизни.

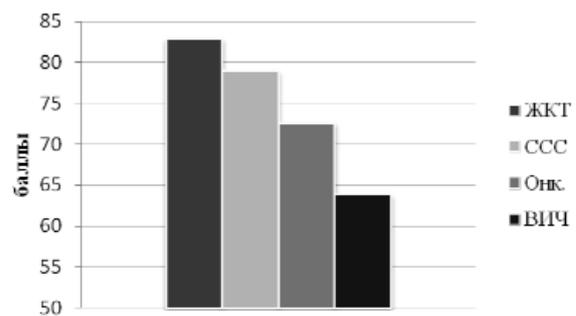


Рис. 6. Общий показатель жизнестойкости

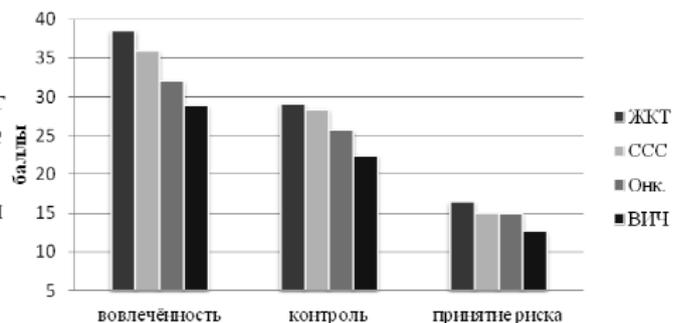


Рис. 7. Компоненты жизнестойкости

Различия между выборками по двум другим компонентам жизнестойкости менее выражены. Значимые различия по показателям контроля и принятия риска выявлены между группами больных с расстройствами ЖКТ и сердечно-сосудистой системы, с одной стороны, и ВИЧ-инфицированными наркозависимыми — с другой: эти значения существенно ниже в последней выборке. Вместе с тем, достоверных различий по параметрам контроля и принятия риска между онкологическими больными и лицами с химическими зависимостями и ВИЧ-инфекцией обнаружено не было. Респондентам с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистыми заболеваниями свойственно стремление к контролю над ситуацией и активному противостоянию трудностям; ВИЧ-инфицированным больным наркозависимыми — ощущение беспомощности.

Принятие риска в наименьшей степени присуще наркозависимым с ВИЧ-инфекцией. Образ жизни лиц с химическими зависимостями связан с повышенной опасностью и, следовательно, с риском, но, тем не менее, склонность к принятию риска у них слабо выражена. По мнению С. Мадди, в основе принятия риска лежит идея личностного развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование [6]. Вероятно, эти больные из-за наличия химической зависимости и связанной с ней гедонистической мотивации (подчиненной принципу удовольствия), ориентации на ситуацию «здесь и сейчас», немедленное удовлетворение примитивных потребностей, не умеют делать разумные выводы из собственного житейского опыта и постоянно «наступают на одни и те же грабли». Кроме того, при суженной временной перспективе, недостаточной ориентации на будущее, они не имеют и четкой ориентации на личностный рост.

Исходя из полученных данных, можно считать, что жизнестойкость взаимосвязана с реабилитационным потенциалом больного человека, так что эти два элемента личностных ресурсов способствуют преодолению болезни и повышению качества жизни.

Литература

1. *Водопьянова Н.Е., Штейн М.В.* Шкала оптимизма и активности // Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. С. 298–304.
2. *Гудилина О.Н.* Специфика личностного реабилитационного потенциала подростков с нарушениями статодинамической функции в связи со временем возникновения нарушения и степенью его тяжести [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSY-EDU.ru. 2012. №4. URL: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3146.phtml> (дата обращения: 03.03.2015).
3. *Краснов А.А., Дьяконов И.Ф., Жирков А.М., Овчинников Б.В.* Основы психосоматики: учеб. пособие. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2012. 108 с.
4. *Кривцова С.В., Лэнгле А., Орглер К.* Шкала экзистенции (Existenzskala) А. Лэнгле и К. Орглер // Экзистенциальный анализ: Бюллетень. 2009. № 1. С. 141–170.
5. *Куртанова Ю.Е.* Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. М., 2004. 170 с.
6. *Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И.* Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
7. *Лисецкий К.С.* Психологические основы предупреждения наркотической зависимости личности. Самара: Универс групп, 2007. 308 с.
8. *Личностный потенциал: структура и диагностика* / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. 680 с.
9. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания // Хрестоматия по патопсихологии / Сост. Б.В. Зейгарник, А.П. Корнилов, В.В. Николаева. М.: Изд. Московского университета, 1981. С. 49–59.
10. *Николаева В.В.* Личность в условиях хронического соматического заболевания // Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях / Е.Т. Соколова, В.В. Николаева. М.: SvR-Аргус, 1995. С. 207–245.

Общий показатель жизнестойкости положительно коррелирует с общим показателем реабилитационного потенциала личности во всех четырех выборках на высоком уровне значимости.

Выводы

1. Сравнение реабилитационного потенциала личности молодежи и лиц среднего возраста с заболеваниями разного генеза (желудочно-кишечными, сердечно-сосудистыми, онкологическими, ВИЧ-инфекцией) дало возможность установить ряд тенденций. Наибольшим реабилитационным потенциалом обладают лица с расстройствами ЖКТ; наименьший реабилитационный потенциал присущ ВИЧ-инфицированным наркозависимым. Выраженность реабилитационного потенциала обусловлена, главным образом, наиболее оптимистичной внутренней картиной болезни и развитым мотивационным компонентом — сохранением широкого круга интересов и достаточно высокой активности в разных сферах жизни.

2. Общий показатель реабилитационного потенциала имеет положительные корреляционные связи с показателями жизнестойкости (при разных заболеваниях), экзистенциальной исполненности (в большинстве случаев), а также оптимизма (при заболеваниях ЖКТ и сердечно-сосудистой системы). Основными личностными ресурсами, способствующими успешной реабилитации и реадaptации больного человека, помимо реабилитационного потенциала личности, при расстройствах ЖКТ, сердечно-сосудистой системы и онкологических заболеваниях можно считать экзистенциальную исполненность, оптимизм и жизнестойкость, при ВИЧ-инфекции у наркозависимых — активность.

3. Апробация методики «Реабилитационный потенциал личности» позволяет судить о возможности использования опросника при изучении личности больных с хроническими заболеваниями разного генеза.

11. Порохина Ж.В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (На примере больных с ишемической болезнью сердца): дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10. М., 2004. 183 с.

12. Селин А.В. Жизненный путь личности в социальной ситуации хронического соматического заболевания: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Курск, 2009. 26 с.

13. Тхостов А.Ш. Болезнь как семиотическая система // Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология. 1993. № 1. С. 3–16.

14. Франкл В. Человек в поисках смысла. М.: Прогресс, 1990. 368 с.

15. Hale E.D., Treharne G.J., & Kitas G.D. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? (Editorial) // *Rheumatology*. 2007. Vol. 46. P. 904–906.

16. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The revised illness perception questionnaire (ipq-r) // *Psychology and Health*. 2002. Vol. 17. № 1. P. 1–16.

17. Vosečková A. Proactive stress coping // *Seminář «Psychosomatika – diagnostika a terapie*. Brno, 2010. № 6. P. 5–16.

18. Vosečková A., Pelcák S. Group therapy for patients with diabetes // *Mezioborové setkání diabetologů, psychiatrů a psychologů*. Praha, 2010. № 3. P. 19–20.

19. Weinman J., Petrie K. Illness perceptions: a new paradigm for Psychosomatics? // *Journal of Psychosomatic Research*. 1997. Vol. 42. № 2. P. 113–116.

20. Weinman J., Petrie K., Moss-Morris R., Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness // *Psychology and Health*. 1996. Vol. 11. P. 431–445.

Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions

I.Yu. Kulagina*

Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
dissovetmgppu@mail.ru

L.V. Senkevich**

Moscow State University of Psychology and Education; Maimonides State Classical Academy, Moscow, Russia,
lvsenkevich@mail.ru

The paper presents data on general level and expression of components of rehabilitation potential of personality in such chronic conditions as gastrointestinal and cardiovascular diseases, cancer, HIV/AIDS. It is stated that rehabilitation potential is closely connected with some other personality resources that promote a better rehabilitation and readaptation of patients, e.g. existential fulfillment, optimism, activity, vitality. The paper describes features of rehabilitation potential (in particular, its component – the inner picture of disease) and of several personality dispositions observed in various chronic conditions. As it was revealed, personality resources are most evident in young and middle-aged individuals with gastrointestinal diseases and least evident in their peers living with HIV/AIDS. Also, a correlation was found between the decrease of personality potential and chemical addiction in persons with HIV/AIDS. Finally, the paper describes a special technique that was developed by the authors in order to define the general index of rehabilitation potential and those of its components – motivational, emotional, self-evaluative communicative components and the inner picture of disease.

Keywords: personality resources, disease, rehabilitation potential of personality, inner picture of illness, existential fulfillment, activity, optimism, vitality.

For citation:

Kulagina I.Yu., Senkevich L.V. Rehabilitation Potential of Personality in Various Chronic Conditions. *Kul'turno-istoricheskaya psikhologiya = Cultural-historical psychology*, 2015. Vol. 11, no. 1, pp. 50–60. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Kulagina Irina Yuriyevna*, PhD in Psychology, senior research fellow, professor at the Chair of Developmental Psychology, Department of Educational Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia. *dissovetmgppu@mail.ru*

** *Senkevich Lyudmila Viktorovna*, PhD in Psychology, associate professor, doctoral candidate at the Chair of Developmental Psychology, Department of Educational Psychology, Moscow State University of Psychology and Education; professor at the Chair of Clinical and Special Needs Psychology, Faculty of Social Medicine, Maimonides State Classical Academy, Moscow, Russia. *lvsenkevich@mail.ru*

References

1. Vodop'yanova N.E., Shtein M.V. Shkala optimizma i aktivnosti [Scale of optimism and activity]. *Psikhodiagnostika stressa* [Stress psychodiagnosics]. Sankt-Peterburg: Piter, 2009, pp. 298–304.
2. Gudilina O.N. Spetsifika lichnostnogo reabilitatsionnogo potentsiala podrostkov s narusheniyami statodinamicheskoi funktsii v svyazi so vremenem vozniknoveniya narusheniya i stepen'yu ego tyazhesti [Elektronnyi resurs] [Specifics of personal rehabilitation potential of teenagers with violations of statodynamic function in connection with time of emergence of violation and degree of its weight]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie PSYEDU.ru* [Psychological Science and Education PSYEDU.ru], 2012, no. 4. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2012/4/3146.phtml> (Accessed 03.03.2015). (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Krasnov A.A., D'yakonov I.F., Zhirkov A.M., Ovchinnikov B.V. Osnovy psikhosomatiki: uchebnoe posobie [Fundamentals of psychosomatic medicine: a tutorial]. Sankt-Peterburg: Publ. Sankt-Peterburgskogo universiteta, 2012. 108 p.
4. Krivtsova S.V., Lengle A., Orgler K. Shkala ekzistentsii (Existenzskala) A. Lengle i K. Orgler [The scale of existence (Existenzskala) A. Langley and C. Orgler]. *Ekzistentsial'nyi analiz: Byulleten'* [Existential analysis: Bulletin]. 2009, no. 1, pp. 141–170.
5. Kurtanova Yu.E. Lichnostnye osobennosti detei s razlichnymi khronicheskimi somaticheskimi zabolevaniyami: Diss. kand. psikhol. nauk [Personality characteristics of children with different chronic somatic diseases. Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2004. 170 p.
6. Leont'ev D.A., Rasskazova E.I. Test zhiznestoikosti [Viability test]. Moscow: Smysl, 2006. 63 p.
7. Lisetskii K.S. Psikhologicheskie osnovy preduprezhdeniya narkoticheskoi zavisimosti lichnosti [Psychological bases of the prevention of drug addiction of the personality]. Samara: Publ. Univers grupp, 2007. 308 p.
8. Leont'ev A.N. (ed) Lichnostnyi potentsial: struktura i diagnostika [Personal potential: the structure and diagnostics]. Moscow: Smysl, 2011. 680 p.
9. Luriya R.A. Vnutrennyaya kartina boleznei i iatrogennye zabolevaniya [Internal picture of disease and iatrogenic disease]. In Zeigarnik B.V. (eds.) *Khrestomatiya po patopsikhologii* [Anthology of psychopathology]. Moscow: Publ. Moskovskogo universiteta, 1981, pp. 49–59.
10. Nikolaeva V.V. Lichnost' v usloviyakh khronicheskogo somaticheskogo zabolevaniya [Personality under conditions of chronic physical illness]. In Sokolova E.T. (eds.) *Osobennosti lichnosti pri pogranichnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh* [Characteristics of personality in borderline disorders and somatic diseases]. Moscow: Publ. SvR-Argus, 1995, pp. 207–245.
11. Porokhina Zh.V. Psikhologicheskii reabilitatsionnyi potentsial invalida (Na primere bol'nykh s ishemicheskoi boleznyu serdtsa): Diss. kand. psikhol. nauk [Psychological rehabilitation potential of the disabled person (On the example of patients with coronary heart disease). Ph. D. (Psychology) diss.]. Moscow, 2004. 183 p.
12. Selin A.V. Zhiznennyi put' lichnosti v sotsial'noi situatsii khronicheskogo somaticheskogo zabolevaniya. Avtoreferat diss. kand. psikhol. nauk [Course of life of the personality in a social situation of a chronic somatic disease. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Kursk, 2009. 26 p.
13. Tkhostov A.Sh. Bolezn' kak semioticheskaya sistema [Illness as a semiotic system]. *Vestnik Moskovskogo Universiteta. Seriya 14. Psikhologiya* [Bulletin of the Moscow University. Series 14. Psychology], 1993, no. 1, pp. 3–16.
14. Frankl V. Chelovek v poiskakh smysla [Person's Search for Meaning]. Moscow: Progress, 1990. 368 p.
15. Hale, E. D., Treharne, G. J., & Kitas, G. D. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? (Editorial). *Rheumatology*, 2007. Vol. 46, pp. 904–906.
16. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The revised illness perception questionnaire (ipq-r). *Psychology and Health*, 2002. Vol. 17, no. 1, pp. 1–16.
17. Vosečková Proactive stress coping. Seminář "Psyhosomatika — diagnostika a terapie": Brno, 2010, no. 6, pp. 5–16.
18. Vosečková A., Pelcák S. Group therapy for patients with diabetes. Mezioborové setkání diabetologů, psyhiatrů a psychologů: Praha, 2010, no. 3, pp. 19–20.
19. Weinman J., Petrie K. Illness perceptions: a new paradigm for Psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*, 1997. Vol. 42, no. 2, pp. 113–116.
20. Weinman J., Petrie K., Moss-Morris R., Horne R. The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 1996. Vol. 11, pp. 431–445.