

## НЕКОТОРЫЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАРАДОКСЫ: ИНВАЛИДНОСТЬ КАК КАРТ--БЛАНШ (НА МАТЕРИАЛЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФАРКТОМ МИОКАРДА)

Т.В. Рогачева (Екатеринбург)

**Аннотация.** Рассматривается инвалидность не только с медицинской, но и с социологической и психологической точек зрения. Были обследованы инвалиды I–III группы и выявлена зависимость типа отношения к болезни от наличия–отсутствия инвалидности и наличия–отсутствия невроза. Оказалось, что нередко болезнь выступает как способ решать свои проблемы, не проявляя активности и получая «обязательные» блага.

**Ключевые слова:** психологические парадоксы, инвалидность, тип отношений к болезни, Я-реальное, Я-идеальное.

Слово «инвалид» в переводе с латыни означает «бес- сильный, слабый». В современном русском языке оно употребляется по отношению к человеку, не способному частично или полностью выполнять определенные действия, утратившему трудоспособность. Термин «трудоспособность» трактуется в медицине как способность человека к любому виду труда как в профессиональной, так и в других видах деятельности.

Что касается медицинского аспекта инвалидности, то здесь все ясно. Сначала фиксируется болезнь как отклонение от нормы в биомедицинском статусе больного. Если следствием заболевания являются снижение трудоспособности и ограничения жизнедеятельности, то речь уже идет об объективно выраженных нарушениях, что позволяет рассматривать вопрос об инвалидности. Понятно, что активным действующим лицом здесь выступает медицинский работник, а главным критерием – клинические данные.

Социологический аспект инвалидности рассматривается уже с двух точек зрения [2]. Первая, традиционная, объясняет инвалидность с позиций органической патологии, что предполагает ее близость к медицинскому аспекту. Именно с этой точки зрения построены все реабилитационные мероприятия, ориентированные в первую очередь на сохранение трудоспособности больного в узком понимании, т.е. как профессионального работника. Например, в информационно-методических материалах Министерства социальной защиты населения РФ прямо указывается, что «...перспектива сохранения трудоспособности больного после инфаркта миокарда во многом определяется объемом и качеством оказываемых пациенту реабилитационных мероприятий, начиная от их полноты и адекватности всех видов лечения, возможности получения соответствующих физических тренировок, психологической коррекции, кончая рациональным трудоустройством на показанные виды труда» [1].

Если следовать предложенной логике, то получается, что чем тяжелее состояние здоровья человека, т.е. чем выше группа инвалидности, тем сложнее и проблематичнее восстанавливать как профессиональную, так и привычную обыденную деятельность пациента.

Однако проводя комплексное исследование людей, перенесших инфаркт миокарда, мы получили более сложную картину. Так, пациенты, перенесшие инфаркт

миокарда и не получившие группу инвалидности, в большинстве случаев (63%) вернулись к обычной деятельности. Не может не насторожить тот факт, что больше половины в этой группе (38%) указывают в социологической анкете, что вынуждены изменить свои привычки и типичные для них модели поведения.

Парадоксально звучат ответы больных, имеющих третью, т.е. самую легкую группу инвалидности. Здесь ответы распределились так: 77% не вернулись, 23% – вернулись к привычной деятельности. Возникает вопрос: что мешает людям, пережившим инфаркт миокарда с минимальными потерями для здоровья, продолжать жить, как прежде?

Ответ можно получить, опираясь на другую точку зрения по поводу инвалидности, которая объясняет данное явление с позиций теории социального конструкционизма. Суть этой теории в том, что состояние человеческого организма может быть по-разному воспринято самим человеком и другими людьми и иметь разные последствия для участников ситуации в зависимости от контекста. С этой точки зрения инвалидность рассматривается как социальное явление, сущностью которого является ограничение возможностей человека с позиций конкретной культуры. Общество в лице медицинской экспертной комиссии как бы «навешивает» ярлык на жизнь человека, где фиксируется невозможность этой личности вести нормальную, с точки зрения норм данной культуры, полноценную жизнь. А если человек всю свою жизнь, пусть подсознательно, мечтал о том, как бы не выполнять эти нормы? Например, как бы не нести ответственность, будучи начальником? Или как бы не ходить на опостылевшую работу? Или как бы не выполнять бытовые, семейные, сексуальные, брачные и прочие обязанности? Факт инвалидности дает полную свободу действий, так называемый карт-бланш, плюс позитивные эмоции, заботу, внимание и прочих значимых людей.

Следовательно, можно предположить, что самой противоречивой группой будут больные, получившие II группу инвалидности, так как эта группа представляет собой как бы переходную стадию от самой легкой III группы к тяжелой, серьезно осложняющей жизнь I группе. Подтверждением является самый большой процент наличия невротических моделей поведения у пациентов II группы (56%), тогда как у пациентов

с I группой невроз не выявлен, а у больных с III группой этот процент только 21.

Типологию отношения к заболеванию пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в зависимости от наличия–отсутствия невроза характеризует таблица.

ше всего волнует, как они выглядят в глазах окружающих. Эту категорию больных действительно больше всего волнуют контакты, что проявляется в самооценочных характеристиках. Реальные образы Я представлены определениями: рассудительный, спокойный, общи-

Таблица  
Зависимость типа отношения к болезни от наличия–отсутствия инвалидности и наличия–отсутствия невроза, %

Отношение к болезни	Невроз		Невроза нет	
	Инвалид II группы	Группа не определена	Инвалид II группы	Группа не определена
Гармоническое	–	25	23	28,6
Смешанное	26,3	25	30,8	–
Диффузное	16	–	–	28,6
Эргопатическое	26,3	–	–	42,9
Сенситивное	16	38	–	–

Первое, на что стоит обратить внимание, – это отсутствие у инвалидов II группы, имеющих невротические модели поведения, гармонического отношения к болезни. А 23% инвалидов этой группы без невроза диагностируются как адекватно, т.е. без преувеличения, но и без преуменьшения, оценивающие свое состояние.

На первом месте в группе инвалидов, имеющих невротические модели поведения, оказалось эргопатическое отношение к болезни как бегство в другие виды деятельности (26,3%). Смешанный тип отношения к болезни в этой группе (26,3%) чаще содержит также эргопатический и анозогнозический типы. Среди данной категории больных только один человек посчитал, что его способности к профессиональной деятельности не изменились, и два человека указали, что вернулись к привычным интересам и заботам. Следовательно, можно предположить, с одной стороны, «фантастическое», т.е. существующее лишь в мечтах, стремление «оставаться прежними», с другой стороны, незначимость тех видов деятельности, которые выполнялись до болезни. Поэтому, несмотря на факт болезни, эти люди продолжают считать себя (по диагностике личностных конструктов Келли) «наставниками», «трудолюбивыми людьми», «думающими про всех, хорошими людьми». «Я-идеальное» представлено с помощью таких характеристик, как «здоровый» (кстати, этот конструкт в этой группе встречается чаще всего), «энергичный», «ни на что не обращающий внимания», «независимый».

В психологическом плане это должна быть самая неблагополучная группа, так как четко отслеживаются «ножницы» между реальностью как клиническими проявлениями состояния здоровья и индивидуально-личностными особенностями поведения. Однако развернутые клинические исследования не выявили осложнений и опасностей повтора инфаркта миокарда.

Вторая выделенная нами группа характеризуется невротическими моделями поведения и отсутствием инвалидности. На первом месте здесь оказалось сенситивное отношение к болезни (38%), т.е. пациентов боль-

тельный, отзывчивый, жесткий и пр. «Я-идеальное» чаще связано также с коммуникациями (помогающий, лечащий, уравновешенный, держу себя в рамках и пр.).

Различны и актуальные потребности в вышеуказанных группах. Так, на первом месте в группе инвалидов, имеющих невротические модели поведения, находится потребность в персональной любви, которая должна быть удовлетворена без проявлений активности со стороны пациента. Другими словами, через актуальную потребность прослеживается механизм использования болезни для углубления невротического конфликта. У инвалидов актуальным является состояние «хочу, чтобы любили, но силы для этого прилагать не буду». Защитой от постоянно неудовлетворенной потребности выступает невротическая модель поведения, связанная с достижением цели, где болезнь выступает как благоприятное обстоятельство.

У пациентов без инвалидности основной потребностью является «инфляция» как желание быть представленным в мире через множество социальных ролей. Болезнь выступает как постоянное напоминание, что Я – неполноценно, не такое, как все остальные. Поэтому чем чаще Я сталкивается с напоминаниями о болезни, тем выше внутреннее напряжение, спастись от которого можно бегством в ирреальность, в мир мечтаний, а можно попытаться установить «хорошие» отношения с другими людьми. Отсюда и выявленная обратно пропорциональная зависимость между неврозом и напряжением ( $r = -0,46$  при  $p < 0,05$ ). Поэтому невротический конфликт в данной группе связан с предположением, что любить будут «за что-то», реальное или ирреальное, например за социальные роли, которые Я будет выполнять. Отсюда такое внимание этих больных к коммуникативной стороне общения.

В наиболее благоприятной в отношении клинического прогноза группе, куда вошли больные, не имеющие инвалидности и невроза, самый большой процент гармонического отношения к своему заболеванию (28,6%). Но на первое место вышло эргопатическое от-

ношение (42,9%), которое тесно коррелирует с вытесненной потребностью в любви ( $r = 0,34$  при  $p < 0,05$ ). Следовательно, можно предположить, что болезнь для этих пациентов – возможность привлечь к себе внимание, т.е. удовлетворить эту потребность.

Группа, в которую вошли инвалиды, не имеющие невротических моделей поведения, состоит из пациентов, для которых инфаркт выступает как ситуация, требующая перестройки всей прежней системы отношений. Это единственная выделенная нами группа, не использующая свою болезнь для удовлетворения своих потребностей. У каждого третьего в этой группе смешанный тип отношения к болезни (30,8%), который чаще содержит ипохондрическое, меланхолическое и тревожное отношение к своему заболеванию. Это можно рассматривать как кризисную ситуацию. А кризис – это полный опасностей, но шанс поменять свою жизнь в соответствии с желаемым. Стоит отметить, что в данной группе не встречается анозогнозий и 23% от числа больных, вошедших в группу, имеют гармоническое отношение к болезни.

Только в этой группе, оценивая «Я-реальное», пациенты позволяют себе сказать, что они «второстепенны,

т.е. зависимы от других людей», «несерьезные», «оптимисты» и т.п. Их актуальные потребности связаны с необходимостью иметь поддержку среди значимого окружения, а также со стремлением анализировать свои действия и поступки, вести себя пассивно, спокойно по отношению к среде, т.е. беречь и тщательно рассчитывать свои силы, при возможности опереться на другого человека. Поэтому в «Я-идеальном» обнаруживаются характеристики: «умный», «гибкий», «радостный».

Подведем некоторые итоги. Не секрет, что распределение ответственности за здоровье между государством и личностью смещено в сторону государства, а личность чаще демонстрирует рентные установки, «ценность здоровья носит скорее инструментальный характер, т.е. является дополнительным жизненным ресурсом для достижения других, более значимых целей» [3. С. 85]. Болезнь выступает как способ решить свои проблемы, не проявляя активности и получая обязательные «блага». У человека не обнаруживается другой ситуации, кроме болезни, в которой он может успешно удовлетворять свои потребности.

#### Литература

1. Врачебно-трудовая экспертиза: Социально-трудовая реабилитация инвалидов. М., 1996.
2. Смирнова-Ярская Е.Р. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. № 4. С. 38–46.
3. Шилова Л.С. Трансформация самосохранительного поведения // Социологические исследования. 1999. № 5. С. 84–92.

#### SOME PSYCHOLOGICAL PARADOXES: DISABILITY AS A CARD-BLANCHE (ON THE MATERIAL OF PATIENTS WITH MYOCARDIAL INFARCTION)

T.V. Rogachyova (Ekaterinburg)

**Summary.** Disability is considered not only from medical but also from the sociological and psychological point of view. The disabled persons of the 1st-3rd group were examined and the dependence of such type of the attitude toward the illness on presence-absence of disability and presence-absence of the neurosis was revealed. It appeared that quite often illness acts as a way to resolve problems without showing activity and receiving the 'obligatory' goods.

**Key words:** psychological paradoxes, disability, type of the attitude toward the illness, I-real, -ideal.