

ФЕНОМЕНЫ ЛИМИНАЛЬНОСТИ В СТРУКТУРЕ ПЕРЕЖИВАНИЯ ИНВАЛИДНОСТИ

В.А. Урываев (Ярославль), Е.В. Морозова (Москва)

Аннотация. Анализируются результаты исследования двух групп испытуемых, имеющих выраженные хронические заболевания: испытуемые, претендующие на группу инвалидности ($n = 360$), и респонденты, не признающие себя инвалидами ($n = 80$), несмотря на наличие заболевания. Вторая группа отличается целым списком характеристик, свойственных зрелой личности, позволяющей ей, перейдя границу (limit) нового способа жизнедеятельности, остаться собой.

Ключевые слова: лиминальность; внутренняя картина инвалидности; инвалиды; копинг-поведение; психологическая защита; Я-идентичность; ценностные ориентации.

ЛИМИНАЛЬНОСТЬ (liminality) – стадия перехода системы из одного состояния в другое, связанная с утратой структуры, иерархии, статуса элементов. В динамике осмысления и смыслообразования наиболее трудным для рефлексии является переход от одной определенности к другой, одного состояния системы в другое, что предполагает некую стадию деструктивности, утраты определенности. Подобные процессы можно характеризовать как *лиминальные*.

Термин «лиминальность» употребляли Арнольд ван Геннеп и Виктор Тернер, исследовавшие лиминальную фазу ритуалов перехода, т.е. ритуалов изменения статуса: возрастного, социального, семейного и т.д. Ритуалы перехода включают в себя три стадии:

1) отделение (separation) – выбор и изоляция индивида от некоторой социальной целостности, лишение индивида статусных характеристик принадлежности к этой целостности;

2) собственно переход (margo, limen, threshold, transfer, passage) – период некоего переходного состояния;

3) реагрегация (reaggregation, reconstruction) – воссоздание некоей новой целостности [5].

Приведенная развернутая цитата из работы современных российских философов иллюстрирует, на наш взгляд, значительный креативный потенциал применения данной концепции к пониманию целого ряда феноменов, происходящих с человеком в процессе инвалидизации при получении (осознании перспективы получения) группы инвалидности.

Проблема самоопределения личности в преддверии выбора между обращением в государственное учреждение медико-социальной экспертизы для установления инвалидности или отказа от нее – одна из психологически сложнейших, затрагивающих все стороны личности,

ее истории жизни и сложившейся на «сегодняшний день» микросоциальной (а иногда и макросоциальной) ситуации развития.

Авторы философских исследований подчеркивают, что «лиминальность» связана с изменением социального статуса, ценностей и норм, идентичности (identity) и самосознания, поэтому представляет собой типичный пример междисциплинарной проблемы. Она включает широкий спектр социологических, психологических и физиологических проблем, реализуя экспансию культуры и освоение ею новых пространств и сфер через человека как носителя нового смысла и порядка. Потенциал нового определен природой лиминальности, ситуацией неопределенности, амбивалентности и размытой социальностью, стимулирующих энергичный поиск новой фундаментальной общности [5].

Одной из задач нашего исследования [2, 3] было изучение психологических особенностей группы испытуемых, претендующих на инвалидность (не только претендующих, но иногда и настаивающих на ее утяжелении), и группы людей (которые кратко квалифицированы нами как «позитивы»), отвергающих свою инвалидизацию и не примеряющих социальный статус «инвалид» к себе. Подчеркнем, что вторая группа испытуемых – «позитивы» – объективно имеет достаточное тяжелые формы тех или иных заболеваний, однако выбирает систематическое лечение (вследствие чего не пропадает из поля зрения врачей и психологов), «до последнего» избегая фактического (юридического, социального, статусного) установления инвалидности.

В нашем исследовании приняли участие 440 человек, из которых 360 либо имели группу инвалидности или необоснованно (вопреки решению экспертной комиссии учреждения медико-социальной экспертизы) претендовали на ее утяжеление, либо претендовали на инвалидность впервые (также после прохождения освидетельствования в государственном учреждении медико-социальной экспертизы и официального непризнания инвалидности); 80 испытуемых – «позитивы» – проходили предписанное врачом лечение и не претендовали на группу, имея для этого объективные предпосылки (такие же по клинике и степени выраженности инвалидизирующие заболевания).

Исследование проводилось на базе ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы» Минтруда России в 2008–2012 гг., где были обследованы больные, находящиеся в ситуации экспертного освидетельствования, направляемые на психодиагностику из экспертных бюро, и больные, которые находились на реабилитационно-восстановительном лечении в клинических отделениях учреждения.

В данной публикации обсуждаются результаты, полученные при использовании следующей батареи психодиагностических методик: тест «Кто Я» в адаптации Н.Л. Ивановой, Т.В. Румянцевой [7]; тест на оценку системы ценностных ориентаций личности С.С. Бубновой [1];

тест «Индекс жизненного стиля» (ИЖС) [6]; методика Х. Хейма на выявление доминирующей стратегии копинг-поведения [4].

Т а б л и ц а 1

Сопоставление среднего числа самохарактеристик (по Н.Л. Ивановой) и выборов ценностей (по С.С. Бубновой) в группах испытуемых, страдающих хроническими заболеваниями: претендующих на группу инвалидности (n = 360) и не признающих себя таковыми («позитивами», n = 80)

Параметры оценки	Претендующие на инвалидность	«Позитивы»	Достоверность
<i>Самоидентификационные характеристики</i>			
Социальное Я	2,58	3,98	***
Коммуникативное Я	0,62	2,33	***
Материальное Я	0,13	0,33	*
Физическое Я	0,34	0,71	**
Деятельностное Я	1,60	3,50	***
Перспективное Я	0,12	1,52	***
Рефлексивное Я	4,32	4,83	*
Я – инвалид	1,29	0,29	***
Общее количество ответов	10,98	17,50	***
<i>Ценностные ориентации</i>			
Удовольствие и отдых	0,87	1,57	**
Умение зарабатывать деньги	0,91	1,50	***
Наслаждаться прекрасным	0,75	0,71	
Помогать другим людям	1,03	1,93	***
Любовь	1,57	1,55	
Открытие нового	0,61	1,12	***
Высокий статус и роль в обществе	0,32	0,60	***
Признание людей и влияние на окружающих	0,77	1,79	***
Активность по отношению к событиям в обществе	1,16	2,60	***
Круг общения	1,06	1,12	
Хорошее здоровье	1,96	1,69	
Общее количество баллов	11,01	16,17	***

Примечание. Здесь и далее в таблицах достоверность различий определялась по критерию Манна – Уитни: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Как мы можем убедиться (табл. 1), «позитивы» практически не идентифицируют себя как «инвалидов», напротив, ведущими самохарактеристиками являются группы «рефлексивного Я» (все определения, связанные с самопониманием себя как человека и личности) и «социального Я» (статус, отношения, особенно семейные).

«Позитивы», безусловно, превосходят группу инвалидов как по общему числу самоидентификационных характеристик (округленно 18 против 11), так и по объему заявленных ценностных ориентаций (16 против 11). Отсюда мы делаем вывод о том, что собственно личностная составляющая «позитивов» сохранилась (несмотря на длительные

хронические страдания) на высоком уровне и может служить «точкой опоры» при выборе стратегии поведения.

Т а б л и ц а 2

Сопоставление среднего числа «сырых» баллов (по тесту ИЖС) в группах испытуемых, страдающих хроническими заболеваниями: претендующих на инвалидность (n = 360) и не признающих себя таковыми («позитивы», n = 80)

Параметры оценки	Претендующие на инвалидность	«Позитивы»	Досто- верность
<i>Механизмы психологической защиты</i>			
Отрицание	5,79	4,12	**
Подавление	5,40	3,07	***
Регрессия	7,50	3,83	***
Компенсация	4,69	3,48	**
Проекция	9,27	8,12	**
Замещение	4,56	2,64	***
Интеллектуализация	5,76	5,48	
Реактивное образование	4,80	2,64	***

С другой стороны, представленные в табл. 2 результаты свидетельствуют о безусловном преобладании в группе претендующих на инвалидность всех (!) видов психологических защит (включая «интеллектуализацию», не имеющую, правда, статистически достоверных различий с группой «позитивов»).

Как мы знаем, классическая роль психологической защиты в регуляции поведения человека – предохранение личности от угрозы чрезмерных переживаний, угрожающих самооценке. Защитные механизмы претендующих на инвалидность представлены в выраженной степени, что прямо ставит вопрос о крайней необходимости включения в сопровождающий заболевание и реабилитацию процесс консультации профессиональных психологов и психотерапевтов.

Наиболее яркие различия наблюдаются в работе таких защитных механизмов, как «подавление» (блокирование отрицательных переживаний, тогда как они могут стать стимулами для попытки позитивно или с минимальным ущербом разрешить ситуацию, да, приняв страдание); «реактивное образование» (в позитивном контексте этот процесс способствует формированию социально оформленной самооценки, в негативном, болезненном – следование внешним формам социально одобряемого поведения, без принятия его существа, что производит впечатление фальши, неискренности, ханжества); «замещение» (в позитивном контексте – попытка регуляции легко загорающейся агрессии, в негативном – выплескивание агрессии на более слабого, зависимого или связанного социальными предписаниями).

В табл. 3 представлено соотношение стратегий совладающего поведения в двух группах испытуемых.

Таблица 3

**Сопоставление среднего числа выборов типов совладающих стратегий
(по Х. Хейму) в группах испытуемых, страдающих хроническими
заболеваниями: претендующих на признание инвалидами (n = 360)
и не признающих себя таковыми (n = 80)**

Параметр оценки	Претендующие на инвалид- ность	«Позитивы»	Досто- верность
<i>Поведенческие совладающие стратегии</i>			
Отвлечение	1,90	2,74	***
Альтруизм	1,94	3,12	***
Избегание	1,77	3,12	***
Компенсация	1,68	2,10	
Конструктивная деятельность	1,20	2,43	***
Избегание, уход	1,78	1,12	
Обращение	1,70	2,86	***
Сотрудничество	1,36	2,64	***
<i>Сумма поведенческих совладающих стратегий</i>	<i>13,33</i>	<i>20,12</i>	<i>***</i>
<i>Когнитивные совладающие стратегии</i>			
Смирение	1,72	2,52	**
Игнорирование действительности	1,78	3,02	***
Сохранение самообладания	1,67	2,93	***
Проблемный анализ	1,66	2,76	***
Сравнение	1,53	2,95	***
Религиозность	1,83	1,83	
Придача смысла	1,56	2,76	***
Установка собственной ценности	1,50	2,29	**
Диссимилиация, недооценка проблемы	1,37	2,86	***
Растерянность	1,58	1,14	
<i>Сумма когнитивных совладающих стратегий</i>	<i>16,20</i>	<i>25,07</i>	<i>***</i>
<i>Эмоциональные совладающие стратегии</i>			
Протест	1,47	1,02	
Отчаяние	1,32	1,02	
Выраженная агрессивность	1,16	0,40	**
Подавление чувств	2,07	0,81	***
Оптимизм	1,66	2,71	***
Безнадежность	1,27	0,83	
Самообвинение	1,15	0,60	*
Пассивное сотрудничество	1,43	1,88	
<i>Сумма эмоциональных совладающих стратегий</i>	<i>11,53</i>	<i>9,29</i>	<i>*</i>

Во-первых, группа «позитивов» статистически достоверно превосходит группу «претендующих на инвалидность» по всем трем группам стратегий.

Во-вторых, минимальное превосходство «позитивов» зафиксировано по группе стратегий копинг-поведения в эмоциональной сфере. Мож-

но предположить, что в сфере непосредственных переживаний обе группы относительно равны, а вот в выборе интеллектуальных и волевых (поведенческих) реакций различия гораздо более существенны. И даже в этой группе, за «позитивами» – преобладание такой стратегии реагирования, «оптимизм»; у группы претендующих на инвалидность – «выраженная агрессивность», «подавление чувств», «самообвинения».

В-третьих, в группе когнитивных реакций «позитивы» имеют абсолютное превосходство по 9 стратегиям из 10 (в части «религиозности» между группами не зафиксировано различий).

В-четвертых, по группе поведенческих стратегий наблюдается абсолютное доминирование «позитивов» (за исключением отвергаемой ими стратегии «избегание, уход»).

Мы можем предположить, что зафиксированная активность и разнообразие адаптационных реакций лежат в основе еще двух статистически значимых различий между группами – по образованию и по наличию трудовой деятельности. И по одному, и по другому параметру сравнения группа «позитивов» имеет показатели выше. Мы убеждены, что личностные характеристики «позитивов» не связаны непосредственно с уровнем образования, но не исключаем, что уровень и характер профессиональных умений связаны с их активным отношением к жизни и рефлексией своих сильных психологических качеств.

Таким образом, в нашем исследовании мы зафиксировали два принципиально различных типа реакции на угрозу инвалидизации вследствие хронического заболевания или тяжелых последствий массивных форм и методов лечения.

В первом случае у позитивно настроенных больных, не стремящихся к уходу в инвалидизацию, – принятие ситуации такой, какой она есть, и мобилизация ресурсов совладания. Это происходит на фоне высокого уровня принятия себя во всем многообразии личностных характеристик и богатства ценностных ориентаций.

Во втором случае у больных, расценивающих как единственную возможность адаптации получение (либо утяжеление) статуса «инвалид», – попытка «бегства» от ситуации страдания, массивное использование механизмов психологической защиты, согласие на обеднение характеристик Я и ценностей личности, требование прямой социальной поддержки в виде установления группы инвалидности.

В теоретическом плане мы можем интерпретировать это как различные варианты прохождения «лиминального дискурса», понятия, непосредственно связанного с феноменом лиминальности. По мнению Г.Л. Тульчинского, важнейшим обстоятельством лиминальности является то, что в начале и в конце этого процесса лежат сознание, его структура и содержание – ментальность как начальный импульс и как конечный результат лиминального процесса. И между этими двумя крайними точками лиминальности как средство ее выражения и

осмысления реализуется лиминальный дискурс. Более того, лиминальный дискурс является одним из средств, обеспечивающих саму реализацию процесса перехода.

Можно назвать этот процесс «перехода» психотерапией, социально-психологической реабилитацией или по-другому, но мы видим, что активное участие в этом принимает сама личность, и, следовательно, усилия реабилитационных структур должны быть направлены на ее поддержку в этом направлении развития. Часть испытуемых – «позитивы» – прошла этот путь самостоятельно, что позволяет нам увидеть и «взять на вооружение» основные ориентиры для такой работы с другими категориями лиц, вставших перед проблемой инвалидности.

Литература

1. Бубнова С.С. Методика диагностики индивидуальной структуры ценностных ориентаций личности // Методы психологической диагностики. М. : ИП РАН, 1994. Вып. 2. С. 48–69.
2. Морозова Е.В. Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 1. С. 42–46.
3. Морозова Е.В. Структура идентичности инвалидов как фактор реабилитации личности // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2012. № 3. С. 16–19.
4. Набибуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция) : учеб. пособие. Казань : Изд-во ИП Тухтаров, 2003. 98 с.
5. Проективный философский словарь. Новые термины и понятия / под ред. Г.Л. Тульчинского, М.Н. Эпштейна. СПб. : Алетейя, 2003. 512 с.
6. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля (пособие для врачей и психологов). СПб. : НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 48 с.
7. Румянцева Т.В. Трансформация идентичности студентов медицинского вуза в меняющихся социальных условиях : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Ярославль : Ярослав. гос. ун-т, 2005. 28 с.

LIMINAL PHENOMENA IN THE STRUCTURE OF EXPERIENCE DISABILITY
Uryvaev V.A. (Yaroslavl), Morozov E.V. (Moscow)

Summary. The article analyzes the results of a study of two groups of subjects who have expressed chronic diseases: The subjects in the first group are placed in disability group (n = 360). The second group (n = 80) do not recognize themselves as disabled, despite the presence of the disease. These subjects possess characteristics typical for mature personality; Possibility to cross borders, a new way of life or staying as they are.

Key words: liminality; internal picture of disability; disabled; coping behavior; psychological defense; self-identity; values.