

МОРОЗОВА Елена Валерьевна

**СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ
ЛИЧНОСТИ, НАХОДЯЩЕЙСЯ В УСЛОВИЯХ
ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ
(на примере хронической эндокринной патологии
и онкологических заболеваний)**

Специальности: 19.00.05 – социальная психология;
19.00.04 – медицинская психология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Работа выполнена на кафедре социальной и политической психологии
ГОУ ВПО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова».

Научные руководители – доктор психологических наук, профессор
Козлов Владимир Васильевич

кандидат психологических наук, доцент
Шабалина Наталья Борисовна

Официальные оппоненты: доктор психологических наук
Гульдан Виктор Викторович,
Московский областной центр социальной
и судебной психиатрии при ЦМОКПБ

кандидат психологических наук, доцент
Урываев Владимир Анатольевич,
ГОУ ВПО «Ярославская государственная
медицинская академия»

Ведущая организация – ГОУ ВПО «Томский государственный
университет»

Защита состоится « 25 » апреля 2008 г. в 13-00 часов на заседании
диссертационного совета Д 212.002.02 Ярославского государственного уни-
верситета им. П.Г. Демидова по адресу: 150057, г. Ярославль, проезд Матро-
сова, д. 9.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ярославского го-
сударственного университета им. П.Г. Демидова.

Автореферат разослан « 24 » марта 2008 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Клюева Н.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы определяется наличием в социально-демографической структуре общества значительного количества лиц, находящихся в процессе инвалидизирующего заболевания, что подтверждается данными ведущих специалистов в этой области знаний (Л.П. Гришина, Д.И. Лаврова, А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Л.Н. Чикинова, Н.Б. Шабалина и др.).

Социально-психологические проблемы пациентов, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания, в процессе которого возможна смена социального статуса, как в связи с первичным установлением группы инвалидности, так и в связи с ее утратой или снижением, а также изменением степени ограничения трудовой деятельности (что влечет за собой смену профессионального статуса), зачастую, приводят к дезадаптации человека.

По данным Федерального Бюро медико-социальной экспертизы (ФБ МСЭ) Минздравсоцразвития РФ, в 2006 г. проведено 3211 освидетельствований в порядке обжалования. Данный факт свидетельствует о том, что 3211 человек были не согласны с экспертным решением, вынесенным на основе существующих нормативных показателей в отношении их социальной недостаточности, что представляет собой социально-психологическую проблему, не только для конкретного человека, но и для всего общества в целом, и требует изучения.

Проблема инвалидности за последний период изучалась многими отечественными учеными с различных точек зрения. Основные аспекты в этой области традиционно сосредоточены на вопросах изучения качества социальной работы, предоставления всего спектра медико-социальных проблем, связанных с инвалидностью (Н.Ф. Дементьева, Т.В. Зозуля, Д.И. Лаврова, А.И. Осадчих, С.Н. Пузин, Л.П. Храпылина, Н.Б. Шабалина). Были проведены исследования посвященные изучению интеграции инвалидов (Т.А. Добровольская, В.С. Ткаченко, Т.И. Холостова, Н.Б. Шабалина). Иной аспект изучения проблемы адаптации человека в ситуации инвалидизирующего заболевания представлен теорией кризисов развития личности (Б.С. Братусь, Ф.В. Василюк, Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, В.В. Козлов). В контексте работ изучающих социально-психологические проблемы инвалидов вследствие различных заболеваний и влияние инвалидности на личность человека (Т.Н. Адеева, Т.А. Добровольская, Н.В. Львова, Ж.В. Порохина, В.А. Черничкина) не отмечено исследований, посвященных вопросам субъективного восприятия инвалидности и адаптации к этому статусу с учетом особенностей экспертной ситуации, связанной с возможной сменой социального статуса. Таким образом, жизнедеятельность человека в

процессе адаптации на различных этапах инвалидности еще недостаточно изучена отечественными психологами.

Как правило, человек, ставший инвалидом, отождествляет понятия «болезнь» и «инвалидность». В современной концепции медико-социальной экспертизы и реабилитации эти понятия не идентичны. Согласно критериям по установлению группы инвалидности, показателями для признания больного инвалидом являются лишь такие нарушения функций организма, которые ограничивают в той или иной степени определенные виды жизнедеятельности (трудовую, учебную, общение, контроль за своим поведением, ориентировку в окружающей действительности, самообслуживание и передвижение). Этим и объясняется тот факт, *что болезнь – это не всегда инвалидность, и не каждый больной человек является инвалидом.*

Отсутствие знаний всех нормативных подходов, которыми руководствуются специалисты, работающие в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы, у больных, претендующих на статус инвалида, приводят их к разочарованию в отношении экспертных решений. Зачастую, это порождает конфликтные ситуации, как во время самой процедуры медико-социальной экспертизы, так и в душе человека, считающего данный исход не справедливым. Особенно часто это наблюдается при повторных освидетельствованиях, когда при очередном переосвидетельствовании вносятся изменения, влекущие за собой проблемы экономического и социально-психологического характера. Такие решения экспертов часто воспринимаются человеком как ошибочные, недостаточно компетентные и даже как оскорбительно небрежные. У человека возникает глубокое непонимание ситуации, когда болезнь осталась, а «инвалидность сняли», так как различие между категориями «болезнь» и «инвалидность» не осознается, что провоцирует неадекватность реакций, формирует неадаптивное поведение личности. В процессе обжалований в ФБ МСЭ предыдущих экспертных решений поведение пациентов и их эмоциональные реакции характеризуются повышенной конфликтностью, агрессивностью, неспособностью к принятию сложившейся ситуации в отношении изменения своего социального статуса. Подобное поведение человека, многократно оспаривающего решения бюро МСЭ, сопровождающееся вышеперечисленными эмоциональными и поведенческими реакциями, является, с нашей точки зрения, дезадаптивным, не способствующим социально-психологической адаптации личности. Данные наблюдения в отношении реакций пациентов, проявляющихся в процессе процедуры экспертного переосвидетельствования, послужили основанием для проведения настоящего исследования, изучающего социально-психологическую адаптацию личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, в процессе которого возможна смена социального статуса.

С этой целью мы исследовали пациентов, имеющих различные заболевания в отношении течения и дальнейшего прогноза – сахарный диабет первого и второго типа, и пациентов с онкологическими заболеваниями после удаления злокачественных новообразований различной локализации. Нам представляется интересным изучить особенности социально-психологической адаптации у пациентов с неизлечимым хроническим заболеванием, сопровождающим человека всю его последующую жизнь, и заболеванием, связанным с внезапной витальной угрозой в зависимости от жизненной ситуации, в которой они находятся (ситуация экспертизы и реабилитационного лечения). В виду различного характера и течения вышеуказанных нозологий, требующих дифференцированных экспертных и реабилитационных подходов, у пациентов формируется определенное субъективное отношение к своей болезни и возможностям получения вследствие этого инвалидности, а значит, своей социальной недостаточности. Вышеизложенные соображения обусловили выбор темы и определили **цель исследования**, которая состоит в изучении социально-психологической адаптации личности, многократно оспаривающей решения медико-экспертных комиссий в связи с принятием своего социального статуса.

Объект исследования – процесс социально-психологической адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, предполагающего смену социального статуса.

Предмет исследования – индивидуально-личностные (психологические) и социально-средовые диспозиции пациентов с хронической эндокринной патологией (сахарный диабет первого и второго типа) и пациентов после удаления злокачественных новообразований различной локализации, находящихся в процессе медико-социальной экспертизы и в процессе реабилитационного лечения.

Гипотезы исследования состоят в следующем:

1. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, может затрудняться не только негативным воздействием болезни в связи со снижением функциональных способностей, но и необходимостью смены социального статуса в результате неготовности человека разрушать уже сформировавшееся отношение к себе «как к инвалиду» и к ситуации инвалидности в целом.

2. Сложившееся представление о себе «как об инвалиде» и о ситуации инвалидности в целом отражает субъективное восприятие человеком своей социальной недостаточности и является самостоятельным психологическим новообразованием, представленным на эмоциональном, когнитивном и мотивационном уровне, влияющем на адаптацию личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

3. Дезадаптивное поведение экспертных пациентов, связанное с многократными переосвидетельствованиями и сопровождающееся различными эмоциональными реакциями по поводу непринятия своего социального статуса обуславливается недостатком определенных индивидуально-личностных и социальных ресурсов, отсутствие либо недостаточность которых необходимо выявить.

В соответствии с целью и гипотезами исследования определен круг **задач:**

1. Изучить и проанализировать зарубежную и отечественную литературу, как по проблеме социально-психологической адаптации в целом, так и по проблеме адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

2. Определить уровень социально-психологической адаптации и исследовать ее специфику у пациентов, многократно оспаривающих решения бюро МСЭ, и у пациентов с теми же нозологическими категориями, но не связанных с ситуацией медико-социальной экспертизы.

3. Выявить специфические особенности адаптации пациентов, находящихся на различных этапах инвалидности, с учетом первичного и последующих этапов нахождения на инвалидности.

4. На основании анализа индивидуально-личностных (психологических) особенностей и социально-средовых характеристик пациентов, находящихся в процессе смены социального статуса и в процессе лечения, составить классификацию ресурсов, способствующих адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

5. Разработать методические рекомендации для врачей-экспертов и психологов служб МСЭ по психологическому сопровождению и реабилитации больных, находящихся в процессе смены социального статуса, с целью повышения их социально-психологической адаптации и интеграции в общество.

Методологическую и теоретическую основу составили: положение о необходимости целостного подхода к изучению человека в системе его взаимосвязей с миром (Б.Г. Ананьев, В.Н. Мясищев); концепции личностного кризиса (Ф.Е. Василюк, Л.С. Выготский, В.В. Козлов, Э. Эриксон); концепция кризиса социальной идентичности (Г.М. Андреева, Н.Л. Иванова, Н.М. Лебедева, В.В. Павленко, Г.У. Солдатова и др.); феноменологический подход к исследованию личности (К. Роджерс); представления о взаимосвязи психического и соматического (М.С. Лебединский, В.Н. Мясищев, В.Н. Николаева, Е.Т. Соколова, А.Ш. Тхостов); положения об адаптации человека в экстремальных ситуациях и об адаптационном потенциале (Г.М. Андреева, Ф.Б. Березин, Д.А. Леонтьев, А.Г. Маклаков, А.А. Налчаджян); работы (Р. Лазаруса, Э. Хайма); о защитах и механизмах совладания с

жизненными трудностями; методологические положения о значении защитных механизмов для адаптации в психоаналитической концепции личности (А. Фрейд, З. Фрейд, Х. Хартман); теория базовых потребностей личности и идеи о смысле жизни, целях и потребностях человека (Д.А. Леонтьев, А. Маслоу, В. Франкл, И. Ялом); концептуальные идеи медико-социальной экспертизы, реабилитации инвалидов и современной концепции инвалидности (Р.М. Войтенко, Т.А. Добровольская, М.М. Кабанов, В.М. Коган, А.И. Осадчих, Н.Б. Шабалина и др.).

Для реализации сформулированных целей и проверки гипотезы подобран специальный комплекс исследовательских **методов**, включающий в себя, как теоретико-методологический анализ зарубежных и отечественных литературных источников по исследуемой проблеме, так и клинико-психологический метод для исследования клинических групп с помощью психологических методик, клинического интервью и наблюдения, а также метод математической статистики для обработки результатов исследования.

На начальном этапе обследования проводилась клиническая беседа, в процессе которой выявлялись клинико-демографические и социальные характеристики, а также особенности субъективного отношения к инвалидности. Далее исследование проводилось с помощью следующих методик: «Диагностика социально-психологической адаптации» (СПА) (К. Роджерс, Р. Даймонд); «Диагностика уровня социальной фрустрированности» (УСФ) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева); «Индекс жизненного стиля» (life stile index) (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева) «Шкала Э. Хайма» (Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт им. В.М. Бехтерева); «Незаконченные предложения» (Сакс–Сидней); «Методика, выявляющая преобладающее состояние, порождаемое семейными взаимоотношениями» (Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис); «Опросник Г. Айзенка» (ЕРІ) (адаптация А.Г. Шмелева); «Опросник Басса-Дарки» (Д.Я. Райгородский); «Двадцать утверждений» (М. Кун, Т. Макпартлэнд); «Опросник социальной значимости заболевания» (Сердюк); изучение потребностно-мотивационной сферы, с помощью исследования ответов на вопрос: «Что ты хочешь?» (И. Ялом); модифицированный вариант методики «Шкалы» (Дембо-Рубинштейн), в которую добавлены основные сферы жизнедеятельности, ограничение в которых формирует инвалидизацию; «Торонтская Алекситимическая шкала» (TAS).

В качестве метода математической статистики использовался пакет программ «STATISTICA for Windows 6.0».

Достоверность и обоснованность полученных результатов и выводов обеспечивается использованием комплекса методов, адекватных природе изучаемого явления и соответствующих целям и задачам исследования.

Системный подход, репрезентативность выборки (ее общая численность составила 131 чел.), применение количественного, качественного анализа результатов и статистическая обработка данных обеспечивают высокий уровень достоверности и надежности полученных результатов и выводов.

Практической базой исследования стало Федеральное Бюро медико-социальной экспертизы Минздравсоцразвития РФ, на базе которого в течение 2004 – 2007 гг. были обследованы пациенты вышеуказанных нозологических категорий, находившихся в клинике ФБ МСЭ либо в процессе медико-социальной экспертизы (далее экспертные пациенты), либо в процессе реабилитационного лечения, не связанного с ситуацией экспертизы (далее пациенты на лечении) в специализированных отделениях (эндокринологическом и онкологическом).

Научная новизна исследования заключается в том, что в результате анализа подходов к изучению социально-психологической адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания и проведенного исследования субъективного отношения личности к инвалидности и к себе «как к инвалиду», предложена феноменологическая модель «внутренней картины инвалидности» (ВКИ). Определено ее отличие от «внутренней картины болезни» (ВКБ), описаны ее генез, структура, функции и свойства, вариативность установок в отношении инвалидности и смены социального статуса с позиции их адаптивности, описаны адаптивные и дезадаптивные проявления «внутренней картины инвалидности» на всех представленных уровнях (когнитивном, эмоциональном и мотивационном). Также в работе впервые исследовалось наличие «роли больного и инвалида» в структуре идентичности и степень ролевой идентификации пациентов с этим статусом в зависимости от уровня социально-психологической адаптации и жизненной ситуации, в которой находились пациенты. В ходе исследования выявлены характерные особенности субъективного отношения к инвалидности у пациентов многократно оспаривающих решения бюро МСЭ. Эмпирически доказано, что существует достоверная взаимосвязь между субъективным отношением к инвалидности, уровнем социально-психологической адаптации и формированием адаптационных механизмов.

Теоретическая значимость работы состоит в том, что обобщены теоретические и методологические концепции изучения личности, находящейся в условиях болезни и инвалидности. В результате исследования социально-психологической адаптации пациентов, находящихся в условиях инвалидизирующего заболевания, дана психологическая характеристика как экспертных пациентов, многократно оспаривающих свой социальный статус в государственных органах МСЭ, так и пациентов, не связанных с фрустрирующей ситуацией экспертизы. Важной теоретической разработкой являются полученные в исследовании результаты, характеризующие адаптацион-

ные компоненты пациентов с различным уровнем адаптации. На этом основании разработана классификация индивидуально-психологических и социальных ресурсов, способствующих адаптационному процессу именно «высоко адаптированных» пациентов, независимо от нозологических категорий. Данная классификация также отражает «мишени» для психокоррекционного воздействия на дезадаптивные проявления, возникающие у пациентов, находящихся в процессе адаптации к инвалидизирующему заболеванию.

Практическая значимость исследования заключается в разработке методических рекомендаций, применении новых методических приемов исследования личности для целей МСЭ и реабилитации, что будет способствовать расширению реабилитационных возможностей пациентов, находящихся в процессе инвалидизирующего заболевания, с целью оптимизации их социально-психологической адаптации и профилактики возникновения деструктивных последствий инвалидности. Также данные, полученные в исследовании, широко применяются на кафедре постдипломного образования и повышения квалификации медицинских психологов, социальных работников, врачей-экспертов, реабилитологов и другого медицинского персонала в системе медико-социальной экспертизы и реабилитации при «ФБ МСЭ». В рамках реабилитационных программ с пациентами, находящимися на лечении и освидетельствовании в клинике «ФБ МСЭ», проводятся индивидуальные и групповые коррекционные занятия, направленные на коррекцию субъективного отношения к инвалидности, выявление, поддержание и развитие ресурсов для преодоления социально-психологической дезадаптации, в процессе которых широко используются полученные научно-практические наработки.

Апробация результатов исследования прошла на конференции Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Минздравсоцразвития РФ. Также основные положения исследования докладывались и обсуждались на международной научно-практической конференции, посвященной Дню инвалидов (Москва, 18-19 ноября 2004 г.), на Втором съезде Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии (Москва, 26-27 октября 2006 г.), на шестом международном социальном конгрессе «Глобализация: настоящее и будущее России», (Москва, 24-25 ноября 2006 г.), на шестом Всероссийском конгрессе «Профессия и здоровье» (Москва, 30 октября – 1 ноября 2007 г.), на городской конференции «Социальная реабилитация инвалидов по ИПР: взаимодействие филиалов ГБ МСЭ и ОСР КЦСО» (Москва, 20 декабря 2007 г.).

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, – сложный процесс, так как он

обусловлен не только интрапсихическими изменениями, связанными с заболеванием, но и отсутствием социально-психологической стабильности в отношении статуса – инвалид, природа которого непостоянна. Непонимание динамичного свойства инвалидности, а также отождествление категорий «болезнь» и «инвалидность», зачастую, приводят к дезадаптивному поведению личности.

2. Дезадаптивное поведение, проявляющееся в непринятии своего социального статуса и его многократных оспариваниях в бюро МСЭ, обуславливается субъективным отношением к себе как к социально-недостаточному субъекту, сформировавшемуся в результате сложной взаимосвязи индивидуально-психологических и социально-средовых особенностей личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания.

3. Субъективное отношение к себе как к социально недостаточному субъекту и к ситуации инвалидности в целом, сформированное личностью в условиях инвалидизирующего заболевания, является самостоятельным психологическим новообразованием и означает «внутреннюю картину инвалидности» (ВКИ), отличающуюся от «внутренней картины болезни» (ВКБ), так как последствия инвалидности для человека более значимы в социально-психологическом плане в связи с возникновением ограничений в основных сферах жизнедеятельности.

4. Важнейшим отличительным признаком относительно успешной адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, является формирование адекватного отношения к себе и своей самоэффективности, ориентированное на принятие своих изменившихся возможностей, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях вопреки дезадаптивным личностным тенденциям, приводящим к искажению субъективного представления о себе, формирующего дезадаптивное поведение личности.

Структура диссертации:

Работа состоит из введения, четырех глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографии и приложений. Общий объем работы 240 страниц. Диссертация содержит 18 таблиц и 23 рисунка. Список литературы содержит 221 публикацию, из которых – 32 на иностранных языках.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** представлены общая характеристика работы, обоснование актуальности и новизны темы диссертационного исследования, объект и предмет исследования, изложены цели и задачи исследования, теоретическая и практическая значимость работы, основные положения, выносимые

на защиту, информация о практическом применении результатов исследования, а также структура и объем диссертации.

В первой главе «**Социально-психологическая адаптация личности в условиях болезни и инвалидности**» проводится анализ основных теоретических подходов отечественных и зарубежных исследователей как в целом по проблеме адаптации, так и по проблеме адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, раскрываются актуальные социально-психологические проблемы и сущность современной концепции инвалидности, а также особенности исследуемых заболеваний.

Рассмотрена концепция адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, которая позволяет трактовать ее как многоуровневый процесс, происходящий на *биологическом (соматическом) уровне*, затрагивающем все аспекты, связанные с заболеванием; *психологическом уровне*, затрагивающем эмоционально-волевою, когнитивную, мотивационную и поведенческую сферу личности, и *социально-средовом уровне*, затрагивающем такие характеристики личности как семейный и образовательный статус, наличие профессиональной занятости и уровень дохода.

Во второй главе «**Описание методов исследования и характеристика исследуемого материала**». Общее количество испытуемых составило 131 чел. С диагнозом сахарный диабет первого типа было обследовано 42 чел. (32%), сахарный диабет второго типа – 46 чел. (35%), и онкологических пациентов было обследовано 43 чел. (33%).

Характеристика обследуемых пациентов *по профессиональной занятости и уровню образования*: 71 чел. (54%) не работают, 60 чел. (46%) работают. Отсутствие профессионального образования и наличие только среднего образования у 14 чел. (12%), средне-специальное образование имеют 53 чел. (40%), высшее и неоконченное высшее - у 63 чел. (48%). Проживают в семьях и находятся в супружеских отношениях 75 чел. (57%), однако 56 чел. (43%), одиноки, разведены или овдовели.

В процессе экспертного переосвидетельствования было обследовано – 86 чел, средний возраст 43,5 лет (табл. 1).

Таблица 1.

Динамика инвалидности по результатам решения бюро МСЭ

Динамика инвалидности	Количество экспертных больных	
	абс. (чел.)	%
Претендуют на инвалидность первично → по результатам МСЭ вне группы	26	30
Претендовали первично, по результатам МСЭ III группа → претендуют на II группу	4	5
Находились на III группе → по результатам МСЭ вне группы	39	45
Находились на II группе → по результатам МСЭ перевели на III группу	11	13
Была нерабочая степень ограничения трудовой деятельности → по результатам МСЭ дали рабочую степень	6	7
Всего:	86	100

В процессе лечения было обследовано 45 чел. (средний возраст 43 года), (табл. 2).

Таблица 2.

Структура инвалидности пациентов, находящихся на лечении

Отсутствие инвалидности	%	3 группа инвалидности	%	2 группа инвалидности	%	Пациенты на лечении	%
13 чел.	28	15 чел.	34	17 чел.	38	45 чел.	100

В третьей главе «Исследование адаптационных ресурсов личности в условиях медико-социальной экспертизы и лечения» представлены результаты исследования.

Понимая социально-психологическую адаптацию личности как многоуровневый процесс, мы исследовали пациентов, находящихся в ситуации экспертизы и в ситуации лечения по следующим адаптационным параметрам. На **эмоциональном уровне** адаптационные параметры составили такие характеристики, как уровень нейротизма (эмоциональная стабильность), подозрительность, аутоагрессия, негативизм, эмоциональный компонент самооценки своих личностных качеств и состояний (счастье, удачливость в жизни), качество семейных отношений (общая удовлетворенность семейными взаимоотношениями, напряжение и тревожность в семье), эмоциональные

совладающие стратегии, эмоциональный компонент субъективного отношения к инвалидности и к себе «как к социально-недостаточному субъекту», эмоциональный компонент, связанный с влиянием болезни на сферы жизнедеятельности (ощущение ограничения силы и энергии в организме, ощущения снижения физической привлекательности, формирование чувства ущербности). Параметры **когнитивного уровня** составили такие характеристики, как (алекситемия, самооценка уровня своего здоровья и социальной недостаточности (инвалидности) в тех сферах жизнедеятельности, по которым устанавливается инвалидность, когнитивные совладающие стратегии, характеристики составляющие осознание своих социально-ролевых позиций в структуре идентичности). Параметры **мотивационного уровня** составили следующие характеристики (изучение потребностей, мотивов, планов на будущее). **Поведенческие параметры** составили такие характеристики, как физическая агрессия, регрессивное поведение, поведенческие совладающие стратегии. Также мы сравнили общий (интегральный) уровень социально-психологической адаптации в изучаемых группах и качества, способствующие ее реализации (самопринятие, принятие других, эмоциональная комфортность, черты доминирования, интернальность, избегание (уход от проблем)).

Социально-демографические и клинические параметры также учитывались в исследовании и включали в себя следующие характеристики: возраст, наличие семьи, детей, тяжесть и длительность заболевания, группа инвалидности, внешний дефект, изменение группы инвалидности (смена социального статуса), наличие образования и профессиональной деятельности, фактический доход.

Сравнительный анализ вышеперечисленных характеристик с помощью непараметрического U-критерия Манна Уитни позволил выявить достоверные статистические различия (уровень значимости $p < 0,05$ $p < 0,01$).

Для изучения взаимосвязей между характеристиками, выделенными в ходе эмпирического исследования, нами был проведен **корреляционный анализ** с помощью коэффициента ранговой корреляции Спирмена, который позволил выявить взаимосвязи (уровень значимости $p < 0,05$ $p < 0,01$), отражающие формирование адаптационных механизмов в двух изучаемых группах, основными корреляционными плеядами из которых являются:

Показатель «**субъективное отношение к инвалидности**» в **группе экспертных пациентов** обнаруживает устойчивые положительные взаимосвязи с общим «уровнем социально-психологической адаптации», обусловленным суммой качеств, способствующих ее реализации, в том числе, со сниженной «эмоциональной комфортностью», тенденцией к «экстернальности», отсутствием «самопринятия» и «принятия других», субъективным восприятием своей социальной недостаточности, характеризующимся высо-

кой самооценкой «уровня своей инвалидизации», заниженной оценкой своих индивидуальных качеств и состояний, выражающихся в показателях самооценки «счастья», «удачливости в жизни», самооценки ограничений жизнедеятельности (как показателя своей сниженной самоэффективности), темой «болезни», отражающей уход в болезнь и инвалидизацию, «*потребностью в общении и аффилиативных связях*», отражающей фрустрированность и недостаточную включенность в социальные взаимодействия, а также идентификацией с «*ролью инвалида*», отражающей осознание своей социальной недостаточности и использованием «*эмоциональных совладающих стратегий*», являющихся преимущественно дезадаптивными, дезадаптивной совладающей стратегией «*игнорирование действительности*» и «*многократными оспариваниями решений медико-экспертных комиссий*». В *группе пациентов, находящихся на лечении*, показатель «*субъективное отношение к инвалидности*» обнаруживает устойчивые положительные взаимосвязи с адекватной (не компенсаторной) «*самооценкой своего здоровья*», «*трудоспособности*», «*удовлетворенностью материальным положением*», «*занятиями творческой деятельностью*», системой отношений и адаптивными совладающими стратегиями: «*сохранением самообладания*» и «*оптимизмом*». Полученные взаимосвязи демонстрируют формирование различных адаптационных механизмов, при этом у *пациентов, находящихся на лечении*, отчетливо прослеживается адекватное отношение к своей самоэффективности и адаптивное проблемно-решающее поведение, в то время, как для *экспертных пациентов* больший вес имеют различные самооценочные показатели, отражающие их субъективное, зачастую искаженное отношение «к себе как к социально недостаточному субъекту».

Показатель «*смена социального статуса*» обнаруживает устойчивые положительные взаимосвязи лишь у *экспертных пациентов* с «*самооценкой уровня инвалидизации*», что характеризует субъективное ощущение себя социально-недостаточным субъектом, «*негативными самоописаниями*», которые свидетельствуют о негативно-окрашенном самоотношении, «*нейротизмом*», характеризующим высокий уровень эмоциональной нестабильности, «*алекситимией*», характеризующей неспособность к телесному и чувственному осознанию, «*тревожностью*», присутствующей в семейных отношениях, неконструктивными совладающими стратегиями «*протест*», «*уход в религию*», «*растерянность*» и защитными механизмами «*регрессивное поведение*», и «*замещение*». Обнаруженные взаимосвязи отражают характерную тенденцию формирования дезадаптивного проблемно-решающего поведения экспертных пациентов за счет искаженного восприятия себя «как инвалида» и окружающей действительности в целом.

Показатель «*оспаривание решений бюро МСЭ (экспертная ситуация)*» также обнаруживает устойчивые положительные взаимосвязи лишь у

экспертных пациентов с «уровнем социально-психологической адаптации», характеризующимся суммой качеств, способствующих ее реализации, проявлениями «физической агрессии», сниженным «уровнем фактического дохода», «субъективным отношением к инвалидности», характеризующимся доминированием эмоционального компонента, «чувством ущербности», что отражается в субъективном ощущении себя социально-недостаточным субъектом и использованием эмоциональной совладающей стратегии «протест», который демонстрируется экспертными пациентами в процессе прохождения процедуры экспертизы.

Показатель «*инвалидность*» в группе экспертных пациентов обнаруживает устойчивые положительные взаимосвязи с «формированием чувства ущербности», «проявлением агрессии», «доминированием потребности в социальной помощи и защите», «отсутствием профессиональной занятости», и «оспариваниями решений бюро МСЭ». У пациентов, находящихся на лечении, показатель «*инвалидность*» положительно взаимосвязан с тенденцией к использованию когнитивных копингов и, в частности, с «сохранением самообладания», что проявляется в рациональном переосмыслении, когнитивном анализе и самоподдержке и характеризует данный вид переработки проблемы как интрапсихический в отличие от дезадаптивного эмоционально-поведенческого реагирования, проявляющегося в группе экспертных пациентов.

На основе корреляционного анализа всего списка переменных методом главных компонент была произведена факторизация показателей, что позволило проинтерпретировать факторы, формирующие адаптацию в различных группах.

Первый фактор в группе экспертных пациентов условно можно назвать «*субъективное отношение к инвалидности*», что проявляется в «социальной фрустрированности», сниженной «эмоциональной комфортности», «субъективном отношении к инвалидности» с доминированием эмоционального компонента, и в сочетании с напряженностью защитных механизмов, «проекция», «замещение», «регрессивное поведение», «подавление» и использованием неконструктивных совладающих стратегий преимущественно эмоционального регистра, формирует искаженное восприятие как всей картины инвалидизирующего заболевания, так и субъективного ощущения своей социальной недостаточности, что проявляется в самооценке ограничений в основных сферах жизнедеятельности, «значимости социальных последствий возникающих из-за инвалидизирующего заболевания» и негативно влияет на адаптационные возможности человека, сказываясь на общении с ближайшим окружением и качестве социальных взаимодействий. У пациентов, находящихся на лечении этот фактор можно назвать «*адекватное отношение к инвалидности*». Значимые личностные особенности,

определяющие тенденцию формирования адекватного (рационального) отношения к инвалидности и к себе в условиях инвалидизирующего заболевания, отражаются в принятии ответственности на себя *«интернальности»*, способности к *«принятию других»* и положительному самоотношению через *«самопринятие»*, отсутствии напряженности защитных механизмов искажающих реальность, способности к телесному и чувственному осознанию, и способности к адекватной (не компенсаторной) оценки своей самоэффективности, связанной с возникновением ограничений в сферах жизнедеятельности, рассматриваемых при установлении инвалидности.

Второй фактор в группе пациентов, находящихся на экспертизе, условно можно назвать *«кризис идентичности»*, определяющий общую тенденцию пациентов к сложностям в отношении определения своих ролевых позиций и в целом к процессу идентификации, уходу в самописание либо своих личностных качеств, либо негативных самоописаний, что характеризуется негативным эмоциональным состоянием, ощущением упущенных возможностей, в то время как репертуар социальных ролей остается неосвоенным и свидетельствует о недостаточной осознанности социальных отношений, функциональной невключенности данной социальной группы в общественные отношения и незавершенности социальной идентификации. **У пациентов на лечении этот фактор можно назвать «активное самоизменение»**, за счет использования адаптивных совладающих стратегий, направленных как на когнитивный анализ происходящего, конструктивную и творческую деятельность, социальную компетенцию, так и на оптимистическое отношение к жизни, положительное отношение к будущему, что является существенным адаптационным ресурсом и отражает характерные особенности в реализации более эффективного адаптационного процесса в данной группе.

Третий фактор в группе пациентов, находящихся на экспертизе, условно можно назвать *«агрессивные проявления»*, что характеризуется выраженной эмоциональной неустойчивостью и отражается в следующих агрессивных проявлениях (*«негативизм»*, *«раздражение»*, *«косвенная агрессия»*, *«вербальная»* и *«физическая агрессия»*), не способствующих адаптивному поведению. **У пациентов, находящихся на лечении этот фактор можно назвать «отсутствие дезадаптивных проявлений»**, не характерность агрессивного поведения у пациентов не связанных с фрустрирующей ситуацией экспертизы подтверждается отрицательными значениями таких характеристик, как *«враждебность»*, *«общий индекс агрессивности»*, а также *«вербальная»* и *«физическая агрессия»*, составляющих данный фактор.

Четвертый фактор в группе пациентов, находящихся на экспертизе, условно можно назвать *«социально-психологическая нестабильность»*, которая наступает в результате изменения социального статуса че-

ловека, что требует от человека мобилизации различных ресурсов по преодолению новой сложившейся ситуации и адаптации к новому социальному статусу. Однако, в ситуации дефицита индивидуально-психологических и социально-средовых ресурсов, переосмысление и принятие нового статуса пока недоступно, что на фоне общей эмоциональной нестабильности вызывает протест, реализуя который экспертные пациенты многократно оспаривают решения бюро МСЭ в вышестоящих органах. **У пациентов, находящихся на лечении этот фактор** отражает социально-средовые копинг-ресурсы (наличие семьи, работы, образования, трудоспособный возраст), способствующие адаптационному процессу и его можно назвать **«социально-психологическая стабильность»**.

Далее разделив всех испытуемых (независимо от нозологической категории и жизненной ситуации, в которой они находились) по уровню адаптации на основании результатов теста СПА, мы получили три уровня адаптации.

Суммарный адаптационный показатель в группе «адаптированных» пациентов составил 70,00%, а в группе «дезадаптированных» составил – 23,00 % (при $p < 0,001$). Метод сравнения крайних групп по уровню адаптации всех изучаемых характеристик, а также факторизация полученных показателей помогла выявить адаптационные диспозиции именно «высоко адаптированных» и «дезадаптированных» пациентов (табл. 3).

Таблица 3.

Первый фактор (фрагмент) совпадающие значения убраны, оставлены только различия

«Деадаптированные пациенты»		«Адаптированные пациенты»	
Социальная фрустрированность	0,766	Самооценка «ориентации в окружающей действительности»	0,777
Самооценка «удачливости в жизни»	0,727	Самооценка «способности к общению»	0,652
Наличие «роли друга» в структуре идентичности	0,721	Самооценка «способности к передвижению»	0,636
Самооценка «возможность общаться»	0,669	Самооценка «здоровья»	0,612
«Семейные роли» в структуре идентичности	0,601	Оптимизм (эмоциональный копинг)	0,608
Самооценка «удовлетворенность социальным и медицинским обслуживанием»	0,587	Субъективное рациональное отношение к инвалидности	0,604

Отношение к семье	0,585	Положительное отношение к будущему	0,581
Самооценка «профессиональной реализации»	0,580	Самооценка «удовлетворенности материальным положением»	0,545
Способность к «принятию других»	0,559	Самооценка «способности к самоконтролю поведения»	0,539
Самооценка «удовлетворенность своей внешностью»	0,543	Безнадежность (эмоциональный копинг)	-0,775
Значимость социальных последствий возникающих из-за болезни	-0,725	Индекс враждебности	-0,705
Ухудшение отношений на работе (из-за болезни)	-0,719	Самооценка «уровня инвалидности»	-0,597
Ограничение общения (из-за болезни)	-0,677	Чувство обиды	-0,588
Снижение физической привлекательности (из-за болезни)	-0,675	Растерянность (когнитивный копинг)	-0,570
Ухудшение отношений в семье (из-за болезни)	-0,625	Уход от проблем (эскапизм)	-0,558
Нервно-психическое напряжение в семье	-0,561	Ограничение силы и энергии в организме из-за болезни	-0,555
Алекситемический радикал	-0,534	Материальный ущерб из-за болезни	-0,550
Доход равный либо ниже прожиточного минимума	-0,527	Формирование чувства ущербности из-за болезни	-0,550
		Сумма когнитивных копинг стратегий	-0,520
		Социальная фрустрированность	-0,510
		Игнорирование действительности (поведенческий копинг)	-0,504
		Многократное оспаривание решений МСЭК	-0,504
		Смена социального статуса (изменение группы)	-0,503

Сопоставление характеристик *первого* наиболее значимого фактора условно названного нами **«отношение к жизни с опорой на внутренние ресурсы»**, позволяет утверждать, что, в случае успешной адаптации, самостоятельная активность испытуемых опирается на внутриспсихические ресурсы, характеризующиеся адекватной самооценкой социальной недостаточности в основных сферах жизнедеятельности «способность к ориентации в окружающей действительности», «способность к общению», а также адекватным оцениванием «уровня своего здоровья», «положительного отношения к будущему», «удовлетворенностью материальным положением», но, что особенно важно, «субъективным рациональным отношением к инвалидности», которое у этих пациентов более личностно обеспечивается за счет реакции на инвалидизирующее заболевание по типу «принятия».

Адаптированные пациенты способны переосмыслить свои изменившиеся возможности и жизненные планы, корректировать будущие перспективы и относиться к себе «более реально», адекватно оценивая свою самооценку, учитывая, что теперь возможно, а что является недоступным, о чем свидетельствует адекватная самооценка «уровня своей инвалидности», отсутствие чувства ущербности, а также отсутствие в структуре совладающего поведения неконструктивных (дезадаптирующих) эмоциональных совладающих стратегий, в то время как основной совладающей стратегией у этих пациентов, является – «оптимизм», как один из наиболее важных способствующих адаптации интрапсихических ресурсов.

В случае дезадаптации, первый фактор, условно названный нами **«социально-психологическая адаптация с опорой на внешнюю помощь и поддержку»**, характеризует активность испытуемых с тенденцией к незрелым, зависимым формам поведения, с ориентацией на внешние взаимодействия – «роль друга», «отношение к семье», «принятие других», «ухудшение отношений на работе из-за болезни», «ухудшение общения из-за болезни» и на формирование субъективного эмоционального отношения, искажающего реальность, характеризующегося неудовлетворенностью всеми аспектами социальной жизни в целом, субъективным ощущением себя более «социально фрустрированным», «ощущением неудачливости в жизни», «снижением физической привлекательности», «неудовлетворенностью своей внешностью» и «значимостью социальных последствий возникающих из-за болезни в целом».

Вышеперечисленные особенности адаптационной активности характеризуют формирование «субъективного отношения личности к инвалидности», которое, как показало исследование, занимает определяющие позиции в регуляции адаптационного процесса.

Инвалидизирующее заболевание порождает необходимость адаптации человека к своим изменившимся возможностям. Активизация имеющихся

индивидуально-психологических и социально-средовых ресурсов формирует у личности или адекватное отношение к себе как к человеку, у которого из-за инвалидизирующего заболевания изменились возможности, способности, но который, переосмыслив свое новое состояние, все же реализуется в новых жизненных условиях, либо искаженное восприятие всей картины инвалидизирующего заболевания и «себя как инвалида» в целом.

Адекватное субъективное восприятие инвалидности позволяет человеку сформировать адаптивное проблемно-решающее поведение, направленное на переосмысление, понимание и принятие себя в новых жизненных условиях, что фактически и является механизмом адаптации. В то время как искаженное восприятие себя в ситуации инвалидизирующего заболевания, способствует дезадаптивному поведению, связанному с уходом от решения задач по реализации адаптации к своим изменившимся возможностям, и негативно влияет на весь адаптационный процесс.

Анализ изучаемых индивидуально-личностных (психологических) и социально-средовых показателей «адаптированных» и «дезадаптированных» пациентов позволяет судить об их влиянии на уровень социально-психологической адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, а соответствующие характеристики принимаются нами за *адаптационные ресурсы* (табл. 4).

В четвертой главе «Обсуждение полученных материалов» обобщаются в более широком научном контексте результаты проведенного исследования, описывается новая концептуальная модель «внутренней картины инвалидности», сформулированы практические рекомендации, заключение и выводы.

Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства). Существование у пациентов определенных представлений об инвалидности и ожиданий в отношении возможности ее получения позволяют сделать вывод о важности выделения такой социально-психологической категории, как субъективное отношение к инвалидности, которое фактически является «внутренней картиной инвалидности» (ВКИ).

Под ***внутренней картиной инвалидности (ВКИ)*** мы понимаем ***возникающий, комплекс представлений, чувств и переживаний о себе как о социально-недостаточном субъекте, сформировавшихся в условиях инвалидизирующего заболевания, на основании которых у человека происходит трансформация самосознания, планирование своего поведения и преобразование всей дальнейшей перспективы своего существования в соответствии с возникшими изменениями.***

Классификация ресурсов, способствующих
социально-психологической адаптации

Психологический (личностный) уровень	Социально-средовой уровень
<ul style="list-style-type: none"> – Устойчивость эмоционально-волевой сферы. – Адекватная (устойчивая) самооценка. – Отсутствие алекситемии. – Интернальность (ответственность). – Интегрированная идентичность. – Доминирование, активность. – Гармоничная система отношений. – Адекватное субъективное отношение к болезни и инвалидности. – Многообразие потребностно-мотивационной сферы. – Использование адаптивных совладающих стратегий. – Отсутствие напряженности защитных механизмов. 	<ul style="list-style-type: none"> – Отсутствие социальной фрустрированности. – Отсутствие группы инвалидности (как показателя социальной недостаточности в основных сферах жизнедеятельности). – Наличие семьи, детей. – Наличие профессиональной деятельности. – Уровень полученного образования (наличие профессионального образования). – Фактический доход, превышающий прожиточный минимум.

ВКИ имеет следующую структуру:

– **эмоциональный уровень** – весь спектр чувств, переживаний и реакций, возникающих к себе как к инвалиду: жалость, тревога, беспокойство, страх, вина и потеря надежды, ощущение своей неполноценности, несостоятельности, ущербности;

– **когнитивный (интеллектуально-информационный) уровень.** Осознание своих изменившихся возможностей. Совокупность знаний всех правовых, экономических, медицинских, реабилитационных возможностей, которые становятся доступными в результате получения статуса «инвалид». Знание динамичного свойства категории «инвалидность», возможности ее обратимости как в сторону увеличения, так и в сторону снижения;

– **мотивационный уровень** (спектр потребностей и мотивов личности). Формирование адаптивных механизмов в ситуации адаптации к инвалидности: направленность на реабилитацию, адекватное принятие факта из-

менения социального статуса (снятие, либо понижения группы инвалидности) или формирование дезадаптивных механизмов: «рентное» поведение, сутяжничество, планирование получения каких-либо выгод от ситуации инвалидности, социальное иждивенчество.

На наш взгляд, **наиболее важным отличительным свойством «внутренней картины инвалидности» от «внутренней картины болезни» является различная степень их обратимости.**

Болезнь (без стойкого нарушения функции организма) обратима до уровня здоровья, в то время как обратимость инвалидности (социальной фиксации степени тяжести заболевания) до уровня здоровья достаточно часто невозможна, так как она предполагает наличие стойких нарушений тех или иных функций организма, обуславливающих возникновение социальной недостаточности в связи с наступлением ограничений в сферах жизнедеятельности, в результате чего человеку необходима социальная защита. Именно фактор обратимости обуславливает **динамическое свойство** категории «инвалидность», понимание которого зачастую недоступно для человека, находящегося в условиях инвалидизирующего заболевания, считающего, что инвалидность – это раз и навсегда присвоенный статус.

Можно сказать, что у инвалидности (ВКИ) **генез более социален**, в отличие от болезни (ВКБ) и ее биологического генеза, так как последствия инвалидности формируются в связи с возникающими ограничениями основных сфер жизнедеятельности. Учитывая различную обратимость инвалидности и болезни, можно говорить о том, что «внутренняя картина инвалидности» обуславливает более тяжелую реакцию человека в связи с тем, что не всегда удается достичь полного возврата к здоровью, что воспринимается более тяжело в социально-психологическом плане и требует реадaptации человека к новому социальному статусу.

Функция ВКИ приспособительная и адаптационная и означает процесс адаптации именно к инвалидности и к себе «как к инвалиду».

Фактически субъективное представление человека об инвалидности (когнитивно-информационный уровень), его общая эмоциональная комфортность (эмоциональный уровень) и осознание своих истинных потребностей, определяющих дальнейшее поведение, планы и перспективы будущего (мотивационный уровень), являются программой жизнедеятельности, позволяющей прогнозировать дальнейшее социальное поведение человека в зависимости от деформации вышеописанных уровней «внутренней картины инвалидности». Таким образом, данный феномен возможно рассматривать не просто как психологическое новообразование, а как экзистенциальную жизненную концепцию личности, реализующуюся в условиях инвалидизирующего заболевания.

В **заключении** подводятся итоги проведенного исследования, сформулированы **выводы**:

1. Теоретический анализ основных направлений изучения социально-психологической адаптации личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, а также методологические основы современной концепции инвалидности, позволяют рассматривать адаптацию, как многоуровневый процесс, происходящий на **биологическом (соматическом) уровне**, затрагивающем все аспекты, связанные с заболеванием; **психологическом уровне**, затрагивающем эмоционально-волевую, когнитивную, мотивационную и поведенческую сферу личности; а также **социальном уровне**, затрагивающем такие характеристики, как семейный, образовательный, профессиональный статус, и уровень дохода, что потребовало широкого спектра психодиагностического инструментария изучающего вышеперечисленные адаптационные характеристики.

2. Любая экспертная ситуация: первичное освидетельствование, ежегодное плановое переосвидетельствование и, особенно, освидетельствование, результатом которого является экспертное решение, не оправдывающее ожидание человека, является дезадаптирующей, в связи с возможным изменением социального статуса, что подтверждают выявленные положительные взаимосвязи **«экспертной ситуации»** с **«уровнем социально-психологической адаптации»**, **«проявлениями физической агрессии»**, **«субъективным отношением к инвалидности»** с доминированием эмоционального компонента, **«чувством уязвимости, сформировавшимся из-за заболевания»**, использованием совладающей эмоциональной стратегии **«протест»** и сниженным **«уровнем дохода»**.

3. Анализ социально-психологической адаптации пациентов, находящихся в ситуации экспертизы и в процессе лечения показал существенные различия в их социально-психологических характеристиках, что подтверждают статистически достоверные различия в следующих **индивидуально-личностных адаптационных компонентах**, проявляющихся: в **«физической и вербальной агрессии»**, **«негативизме»**, **«раздражительности»**, **«алекситимии»**, **«тенденции к экстернальности»**, **«кризисе личностной и социальной идентичности»**, **«сужении потребностно-мотивационной направленности личности»**, **«неадекватной самооценке своих личностных качеств, состояний и самоэффективности»**, **«неудовлетворенности семейными отношениями»**, **«тревожности в семье»**, **«негативном отношении к будущему»**, в напряженности психологических защит: **«подавление»**, **«замещение»**, и доминировании эмоционально-ориентированного совладающего поведения: **«агрессивность»**, **«безнадежность»**, **«протест»**; а также **социально-средовых компонентах адаптации**, которые обнаруживают наибольший дефицит в таких сферах, как экономическая нестабильность, свя-

занная со «*сниженным уровнем дохода*» и социально-психологическая нестабильность, связанная со «*сменой социального статуса*».

4. У дезадаптированных пациентов «*субъективное отношение к инвалидности*» характеризуется доминированием эмоционального компонента в отношении к себе, как к социально-недостаточному субъекту, недифференцированным восприятием категорий «*болезнь и инвалидность*», непониманием свойства обратимости статуса «*инвалид*», что проявляется в экспертной ситуации в неадекватной самооценке своей социальной недостаточности, инвалидности и здоровья, высокой степени ролевой идентификации с позицией «*я инвалид*», актуализации «*потребности в социальной защите*», и **обнаруживает устойчивую положительную корреляционную взаимосвязь** со сниженным «*уровнем социально-психологической адаптации*», «*дезадаптивными эмоциональными совладающими стратегиями*» и «*многократными оспариваниями решений бюро медико-социальной экспертизы*». Деадаптация характеризуется «*внешними*», «*незрелыми*» личностными тенденциями, зависимыми формами поведения, которые приводят к искажению субъективного представления о себе «*как о социально недостаточном субъекте*» и формируют дезадаптивное поведение личности, связанное с неприятием своего социального статуса и его многократными оспариваниями в государственных учреждениях медико-социальной экспертизы.

5. Важнейшим отличительным признаком **относительно успешной адаптации личности**, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания, является адаптивное проблемно-решающее поведение, посредством адекватного отношения к себе и своей самоэффективности ориентированное на принятие своих изменившихся возможностей, переосмысление и самореализацию в новых жизненных условиях. **Ведущими адаптационными ресурсами** (по результатам статистически достоверных различий, корреляционного и факторного анализа) являются следующие **индивидуально-психологические** характеристики: «*устойчивость эмоционально-волевой сферы*», «*положительная самооценка*», «*отсутствие алекситемии*», «*интернальность*», «*интегрированная идентичность*», «*черты доминирования*», «*гармоничная система отношений*», «*адекватное субъективное отношение к инвалидности*», «*многообразие потребностно-мотивационной сферы*», «*использование адаптивных совладающих стратегий*», «*отсутствие напряженности защитных механизмов*» и **социально-средовые характеристики**: «*наличие семьи, детей*», «*наличие профессиональной деятельности*», «*уровень полученного образования (высшее, профессиональное образование)*», «*фактический доход, превышающий прожиточный минимум*».

6. Полимодальные изменения в психическом состоянии личности, связанные с субъективным восприятием своей социальной недостаточности и

инвалидности в целом, получили отражение в психологическом новообразовании «внутренняя картина инвалидности» (ВКИ), которая представлена на эмоциональном, когнитивном и мотивационном уровне, и в отличие от «внутренней картины болезни (ВКБ) имеет различную степень обратимости, обуславливающую ее динамическое свойство и более социальный генез, так как последствия инвалидности для человека более значимы в социально-психологическом плане, в связи с возникновением ограничений в сферах жизнедеятельности, формирующих его социальную недостаточность.

7. Полученные статистически достоверные различия характеристик, рассмотренных в динамике, в зависимости от срока пребывания на инвалидности, свидетельствуют о повышении «уровня социально-психологической адаптации» и многих ее индивидуально-психологических структурных компонентов уже в течение первого года нахождения на инвалидности, что делает законодательно установленные экспертные переосвидетельствования больных (в процессе которых возможно изменение степени тяжести инвалидности) мощным стрессом, требующим реадаптации к новому социальному статусу.

8. Коррекция дезадаптивных проявлений, связанных с недостаточностью вышеперечисленных ресурсных возможностей, обуславливающих дезадаптивные проявления ВКИ и психологическое сопровождение пациентов на всех этапах заболевания, будет способствовать оптимизации процесса социально-психологической адаптации, что особенно важно для пациентов утративших инвалидность, так как право на получение психологической помощи в учреждениях социальной защиты по нормативным документам предоставляется лишь инвалидам, посредством реализации ИПР (индивидуальной программы реабилитации).

По теме диссертации опубликовано 20 научных статей.

В журналах, рекомендованных ВАК:

1. Морозова, Е.В. Аспекты социально-психологической адаптации в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов [Текст] / Е.В. Морозова // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Серия Психологические науки «Акмеология образования». – 2007. – Т. 13. – № 4. – С. 124-127.

Другие научные публикации:

2. Морозова, Е.В. Социально-психологическая адаптация пациентов вследствие хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний [Текст] / Е.В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: Изд-во «Медицина». – 2007. – № 3. – С. 5-8.

3. Морозова, Е.В. «Внутренняя картина инвалидности (генез, структура, функции, свойства) [Текст] / Е.В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – М.: Изд-во «Медицина». – 2008. – № 1. – С. 42-46.

4. Морозова, Е.В. Кризис инвалидности и его социально-психологические последствия [Текст] / Е.В. Морозова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2006. – № 3-4. – С. 148-151.

5. Морозова, Е.В. Развитие социально-психологической реабилитации инвалидов в практике медико-социальной экспертизы [Текст] / Е.В. Морозова // Материалы выступлений Шестого Международного социального конгресса «Глобализация: настоящее и будущее России», Москва, 24-25 ноября 2006 г. – М.: Изд-во Российского государственного социального университета, 2007. – Т. 2. – С. 263-264.

6. Морозова, Е.В. Субъективное отношение к инвалидности у пациентов в процессе прохождения медико-социальной экспертизы [Текст] / В.В. Козлов, Е.В. Морозова, Н.Б. Шабалина // Седьмая волна: сборник научных статей. Вып. 3. – Ярославль-Минск: МАПН, 2007. – С. 143-153.

7. Морозова, Е.В. Субъективное отношение к инвалидности у лиц в ситуации медико-социальной экспертизы и его социально-психологическое значение [Текст] / Е.В. Морозова // Человеческий фактор: Социальный психолог. – 2007. – № 2. – С. 77-79.

8. Морозова, Е.В. Исследование эмоционального и рационального компонента в структуре субъективного отношения к инвалидности у пациентов в ситуации медико-социальной экспертизы [Текст] / Е.В. Морозова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2007. – № 1-2. – С. 81-86.

9. Морозова, Е.В. Особенности личностной и социальной идентичности инвалидов вследствие хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний [Текст] / Е.В. Морозова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2007. – № 1-2. – С. 132-136.

10. Морозова, Е.В. Характерные особенности трансформации адаптационных характеристик пациентов, вследствие хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний на различных этапах инвалидности [Текст] / Е.В. Морозова // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. – 2007. – № 3-4. – С. 34-36.