

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ ИДЕНТИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С КОЛОРЕКТАЛЬНЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ (КОЛОСТОМОЙ)

© *Петраш Е.А.*

Курский государственный медицинский университет, Курск

E-mail: petrash@mail.ru

Статья посвящена проблеме изучения нарушений социальной идентичности у больных с колоректальным онкологическим заболеванием (колостомой). Социальная идентичность, рассматриваемая как системный интегративный феномен, реализующийся на структурно-феноменологическом уровне, в ситуации онкологического заболевания нарушается. Социальная идентичность как у больных с колоректальным онкологическим заболеванием, так и с онкогематологическим заболеванием характеризуется диффузно-статусной структурой при высокой рассогласованности структурной организации на уровне простых недифференцированных когнитивных конструктов, рассогласованности ценностных ориентаций при снижении общей мотивационной активности (снижении дифференцированности мотивов у онкогематологических больных и мотивации, направленной на поддержание жизнеобеспечения у больных с колоректальным онкологическим заболеванием).

Ключевые слова: социальная идентичность, структурная организация социальной идентичности, критерии социальной идентичности, колоректальное онкологическое заболевание, колостома.

SOCIAL IDENTITY DISORDERS IN PATIENTS WITH COLORECTAL CANCER (COLOSTOMY)

Petrash E.A.

Kursk State Medical University, Kursk

The article is devoted to the study of social identity disorders in patients with colorectal cancer (colostomy). Social identity, regarded as a systemic integrative phenomenon which is realized on the structural-phenomenological level, gets broken in case of cancer. Social identity in patients both with colorectal cancer and with blood cancer is characterized by diffuse-status structure with high mismatch at the level of structural organization of simple undifferentiated cognitive constructs, mismatch of value orientations while reducing the overall motivational activity (reducing the differentiated motives in patients with hematological cancer and motivation aimed at maintaining life support in patients with colorectal cancer).

Keywords: social identity, structural organization of social identity, social identity criteria, colorectal cancer, colostomy.

Исследовательский интерес к изучению онкологических заболеваний обусловлен, с одной стороны, интенсивным ростом распространенности онкопатологии (количество вновь зафиксированных случаев онкологического заболевания в период с 2000 г. по 2014 г. возросло в 1,4 раза), с другой стороны, высокой смертностью (онкопатология занимает второе место в структуре смертности населения). Колоректальные онкологические заболевания занимают второе по распространенности онкологических заболеваний в России. За 2009 год прирост колоректальных онкологических заболеваний составил 57363 случая [2]. По гендерному признаку колоректальные онкологические заболевания у мужчин встречаются в 2 раза чаще, чем у женщин. При этом средний возраст данной группы больных составляет $34,1 \pm 5,18$ лет [3]. Показатели смертности от колоректальных онкологических заболеваний за последние пять лет у мужчин возросли на 2%, у женщин – на 3% [7, 10]. Одним из методов лечения колоректальных онкологических заболеваний является метод стомирования, в результате которого пациентам устанавливается колостома. Колостома представляет собой открытый конец обо-

дочной кишки, выведенный на переднюю брюшную стенку и укрепленный там хирургическим методом для выхода каловых масс и кишечных газов [3]. Онкологические заболевания, имеющие внешний дефект в виде колостомы, снижают общий уровень качества жизни, затрагивая существенные сферы жизнедеятельности и отношений, что, в свою очередь приводят к изменению представлений о себе и самоотношению.

Возраст манифестации колоректальных онкологических заболеваний попадает на период активной профессиональной и социальной деятельности. Социальная активность человека, попавшего в ситуацию заболевания, меняется, что проявляется в изменениях его социальной идентичности как на уровне статусности, системы социальных ролей, так и социальной идентичности в целом. Социальная идентичность представляет собой системный интегративный феномен, включающий онтогенетические и социогенетические основания, характеризующийся множественностью проявлений; определяется как осознание и переживание индивидом групповой принадлежности, проявляющейся в принятии социальных

норм и идентификации себя в устойчивых социально-психологических качествах своего Я.

Объективные изменения социальной идентичности больных с колостомой связаны с ограничением сфер социальных отношений: в профессиональной деятельности (получение инвалидности в трудоспособном возрасте); в межличностных отношениях (для женщин противопоказаны беременность и роды, так как могут спровоцировать новый рост опухоли; для мужчин ограничение реализации сексуальной активности); активности движений (включенности в общественную деятельность); а также социальной активности в целом.

Целью исследования является изучение нарушений социальной идентичности у больных с колоректальным онкологическим заболеванием (колостомой).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование нарушений социальной идентичности онкологических больных осуществлялось на базе Курского областного онкологического диспансера. В исследовании принял участие 71 испытуемый в возрасте 24-52 года. По критерию нозологической принадлежности и внешнего дефекта были сформированы две исследовательские группы. В экспериментальную группу вошли испытуемые с диагнозом «Злокачественное новообразование заднего прохода и анального канала» без отдаленных метастаз, перенесших оперативное вмешательство с колостомой (C21 по МКБ-10) (37 мужчин). Контрольную группу составили испытуемые с диагнозом «Злокачественные новообразования лимфоидной, кроветворной и родственных им тканей» (C81-C96 по МКБ-10) (34 человека: 18 женщин, 16 мужчин). На момент психодиагностического обследования все больные находились в состоянии ремиссии, длительность которой составляла не менее шести месяцев после окончания оперативного лечения или химиотерапии. Обследование онкологических больных осуществлялось на условиях информированного согласия в индивидуальной форме.

Методы исследования: метод клинической беседы; архивный метод (анализ медицинских карт и историй болезни); психодиагностические методы (методика изучения личностной идентичности (Л.Б. Шнейдер) [8]; тест «Репертуарные решетки» (Дж. Келли) [1]; опросник ценностей (Ш. Шварц) [4], мотивационный тест (В.Э. Мильман) [1]); методы количественной и качественной обработки данных. Статистические методы: методы описательной статистики (среднее значение, стандартное квадратическое откло-

нение); методы сравнительной статистики (непараметрический U – критерий Манна-Уитни), метод корреляционной статистики (г – критерий ранговой корреляции Спирмена). Изучение структурной организации социальной идентичности осуществлялось через расчет коэффициента организованности структуры. Статистическая обработка данных осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ для Windows (MS Excel).

Организация исследования осуществлялась в соответствии с концептуальной логикой. Социальная идентичность, представляя собой системное динамическое образование, предполагает два уровня ее изучения: структурного и феноменологического. Реализация структурного уровня анализа социальной идентичности включает в себя три компонента (когнитивный, мотивационный и ценностный) и реализуется в трех функциональных блоках: базисном, индивидуально-личностном и профессионально-деятельностном. Когнитивный компонент на базисном уровне обеспечивает истолкование социальной реальности на уровне общностей ближайшего социального окружения; на индивидуально-деятельностном уровне реализуется на профессиональной и гражданской причастности. Мотивационный компонент реализуется на базисном уровне в мотивации безопасности, на индивидуально-личностном уровне – в мотивации самоуважения, на профессионально-деятельностном уровне – в мотивации самореализации. Ценностный компонент на базисном уровне проявляется в ценностях собственной жизни, здоровья, безопасности; на индивидуально-личностном – в ценностях общения и культуры; на профессионально-деятельностном уровне – в профессиональных ценностях и ценностях деятельности [4]. Феноменологический уровень системного анализа социальной идентичности реализуется через систему ее статусов. Конструирование идентичности реализуется в целом ряде формальных проявлений, представляющих собой психолого-феноменологический комплекс, составляющими которого являются общение и опыт, порождающие социальную идентичность, а также речь, в которой она выражается. Статусная система идентичности включает в себя пять статусов: статус достигнутой идентичности, статус моратория идентичности, статус преждевременной идентичности, статус диффузной идентичности, статус псевдоидентичности [9].

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ
И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Выделяя в структурной организации социальной идентичности когнитивный компонент, выявлено преобладание простых недифференцированных когнитивных конструкторов как у больных с колостомой (82% испытуемых), так и у онкогематологических больных (76% испытуемых). Простая организация когнитивных конструкторов онкологических больных, характеризующая устойчивый способ осмысления различных аспектов действительности, проявляется в нечеткости различий между конструктами; снижении способности к прогнозированию поведения других на основании имеющихся конструктов; ограниченности числа когнитивных категорий.

Мотивационный компонент в структуре социальной идентичности онкологических больных включает в себя следующие показатели: мотивация поддержания жизнеобеспечения, мотивация

комфорта, статусная мотивация, коммуникативная мотивация, мотивация общей активности, творческая мотивация, мотивация общественно полезной направленности. Перечисленные параметры в зависимости от уровня их выраженности формируют мотивационный профиль, характеризующий содержание мотивационного компонента в структуре социальной идентичности. В результате исследования установлено, что у больных с колостомой преобладающим является регрессивный мотивационный профиль, характеризующийся превышением общего уровня мотивов поддержания (мотивация поддержания жизнеобеспечения ($x \pm \sigma = 10,4 \pm 2,86$), мотивация комфорта ($x \pm \sigma = 12,7 \pm 3,29$), мотивация общей активности ($x \pm \sigma = 9,2 \pm 2,57$)) над развивающими мотивами (статусная мотивация ($x \pm \sigma = 7,2 \pm 1,06$), коммуникативная мотивация ($x \pm \sigma = 6,2 \pm 1,48$), творческая мотивация ($x \pm \sigma = 7,6 \pm 1,22$), мотивация общественно полезной направленности ($x \pm \sigma = 5,3 \pm 1,87$)) (рис. 1).

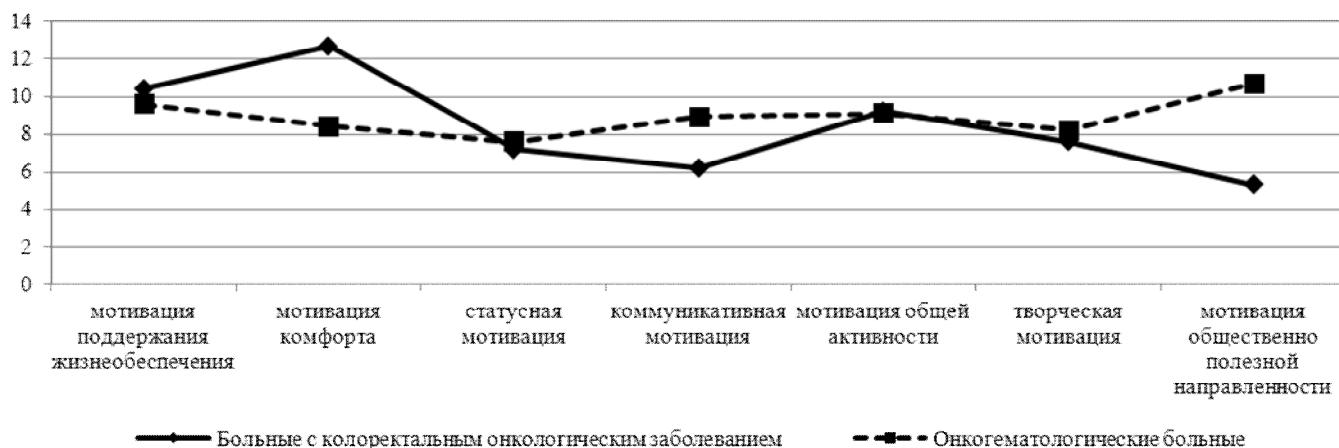


Рис. 1. Мотивационные профили колоректальных онкологических больных и онкогематологических больных.

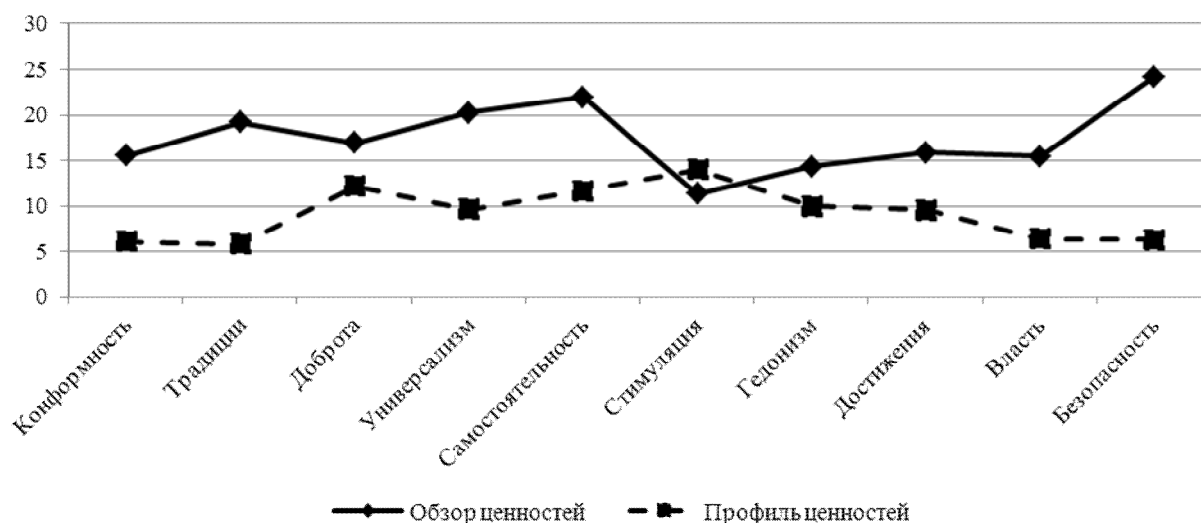


Рис. 2. Усредненный профиль системы ценностных ориентаций больных с колоректальным онкологическим заболеванием.

У больных с гематологическим онкологическим заболеванием преобладает уплощенный мотивационный профиль, характеризующийся недостаточной дифференцированностью мотивационной иерархии личности с преобладанием мотивации общественно полезной направленности ($x \pm \sigma = 9,7 \pm 3,27$) в сравнении с группой стомированных больных. В результате оценки значимости различий уровня выраженности мотивационных показателей у группы колоректальных онкологических больных выявлено значимое преобладание мотивации комфорта ($p=0,018$) при значимом снижении коммуникативной мотивации ($p=0,041$) и мотивации общественно полезной направленности ($p=0,034$).

На уровне ценностного компонента структуры социальной идентичности онкологических больных система ценностных ориентаций характеризуется рассогласованностью между ценностными представлениями (обзор ценностей) и реализуемыми в поведении ценностями (профиль ценностей). У больных с колоректальным онкологическим заболеванием рассогласованность системы ценностных ориентаций проявляется в том, что на уровне представлений в сравнении с онкогематологическими больными значимо преобладающими являются декларативные ценности безопасности ($p=0,028$), самостоятельности ($p=0,035$) и универсализма ($p=0,019$); при этом реализуемыми в социальном взаимодействии являются ценности стимуляции ($p=0,028$) и доброты ($p=0,008$) (рис. 2).

В системе ценностных ориентаций онкогематологических больных на уровне представлений, значимо преобладают ценности универсализма ($p=0,021$), самостоятельности ($p=0,018$), доброты ($p=0,036$) и безопасности ($p=0,024$); на уровне поведенческой реализации значимо преобладают ценности достижений ($p=0,024$), проявляющиеся в социальной компетентности и социальном одобрении, и стимуляции ($p=0,022$) как стремлении к переживаниям ситуации болезни.

Социальная идентичность больных колоректальным онкологическим заболеванием на уровне структурных компонентов характеризуется простыми недифференцированными когнитивными конструктами, регрессивным мотивационным профилем, направленным на поддержание жизнедеятельности, а также рассогласованностью системы ценностных ориентаций с преобладанием стремления к переживанию ситуации болезни и сохранения благополучия своих близких. У онкогематологических больных социальная идентичность на уровне структурных компонентов также характеризуется преобладанием простых недифференцированных когнитивных конструктов, недостаточной дифференцированностью мотивов

личности, проявляющейся в уплощенном мотивационном профиле, а также рассогласованностью ценностных представлений и их поведенческой реализацией.

Анализ структурной организации социальной идентичности у стомированных больных осуществлялся методом корреляционного анализа по группам испытуемых (r -критерий ранговой корреляции Спирмена). В результате у больных с колостомой выявлены статистически значимые обратно пропорциональные взаимосвязи между простыми когнитивными конструктами и коммуникативной мотивацией ($r=-0,47$); сложными когнитивными конструктами и мотивацией комфортности ($r=-0,54$); статусной мотивацией и ценностями самостоятельности ($r=-0,41$); прямо пропорциональные взаимосвязи между сложными когнитивными конструктами и статусной мотивацией ($r=0,36$); ценностью гедонизма и коммуникативной мотивацией ($r=0,44$). У онкогематологических больных выявлены статистически значимые обратно пропорциональные взаимосвязи между показателями сложных когнитивных конструктов с коммуникативной мотивацией ($r=-0,41$) и мотивацией общественно полезной направленности ($r=-0,37$), простыми когнитивными конструктами и статусной мотивацией ($r=-0,52$); прямо пропорциональные взаимосвязи выявлены между простыми когнитивными конструктами и ценностью универсализма ($r=0,36$), между коммуникативной мотивацией с ценностью конформности ($r=0,43$) и традиций ($r=0,39$).

Расчет показателей организованности структуры социальной идентичности у онкологических больных осуществлялся через оценку индексов когерентности и дивергентности, а также определение коэффициента организованности структуры социальной идентичности на основании полученных значимых взаимосвязей ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,05$). Анализируя полученные результаты, установлено превышение значений показателя дивергентности над значениями показателя когерентности, что свидетельствует о дезинтегрированности структурной организации социальной идентичности как у больных с колостомой, так и у онкогематологических больных (рис. 3).

Феноменологический уровень анализа социальной идентичности представлен через систему статусов и включает в себя достигнутую идентичность, преждевременную идентичность, мораторий идентичности, диффузную идентичность и псевдоидентичность. У онкологических больных в доле соотношении (у 86% испытуемых) статус диффузной идентичности является преобладающим с дифференциацией по нозологическим формам онкологических больных (91% больных с колоректальным онкологическим заболеванием;

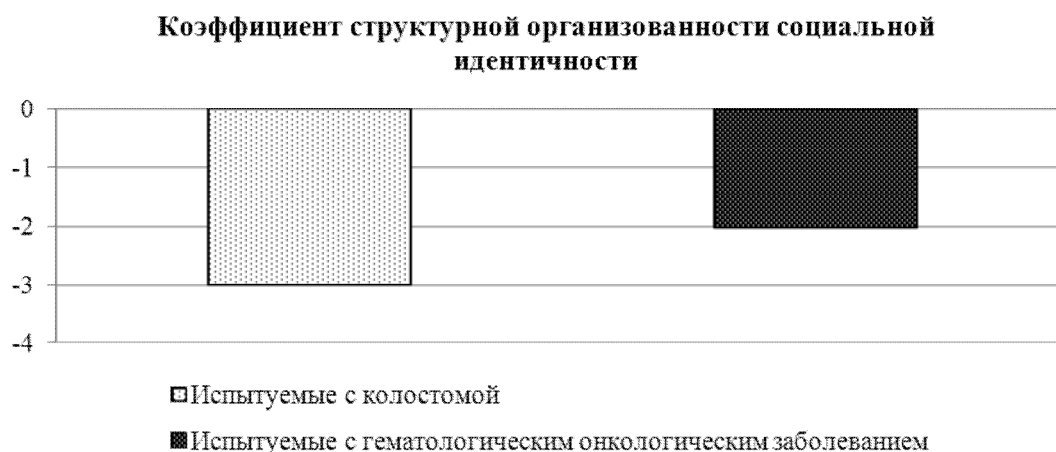


Рис. 3. Гистограмма значений коэффициентов организованности структуры социальной идентичности онкологических больных

69% больных с гематологическим онкологическим заболеванием). Диффузная социальная идентичность онкологических больных характеризуется отсутствием целей, рассогласованностью системы ценностных ориентаций и убеждений, неудовлетворенностью собой [9]. В ситуации онкологического заболевания этот статус реализуется в отсутствии целей выздоровления, потере ориентиров-ценностного отношения к здоровью, самообвинительных и внешне обвинительных реакциях.

Общей тенденцией нарушения социальной идентичности у онкологических больных является тот факт, что структурная организация социальной идентичности больных является рассогласованной при отсутствии значимых различий по нозологическим формам. Понимая рассогласованность структурной организации идентичности как системное свойство, характеризующееся соотношенностью по сходству и порядку структурных параметров идентичности в их психосемантическом выражении [8], высокие показатели степени рассогласованности у онкологических больных мы связываем со снижением социальной активности у стомированных больных по причине внешнего дефекта ($X \pm \sigma = 5,4 \pm 5,28$) и необходимости ограничения социальных контактов при онкогематологических заболеваниях ($X \pm \sigma = 7,9 \pm 2,18$).

Социальная идентичность как у больных с колоректальным онкологическим заболеванием, так и с онкогематологическим заболеванием характеризуется диффузно-статусной структурой при высокой рассогласованности структурной организации на уровне простых недифференцированных когнитивных конструктов, рассогласованности ценностных ориентаций при снижении общей мотивационной активности (снижении дифференцированности мотивов у онкогематологических больных и мотивации, направленной на поддержание жизнеобеспечения у больных с ко-

лоректальным онкологическим заболеванием). Нарушения социальной идентичности в ситуации онкологического заболевания с внешним дефектом проявляются в снижении социальной активности и ограничении сфер социальных отношений. Интегрированность и согласованность структурной организации социальной идентичности онкологических больных позволит повысить уровень их социальной активности, в том числе и в отношении преодоления социальных проявлений болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
2. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Что такое колоректальный рак? Распространённость и виды колоректального рака [Электронный ресурс] // Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН, – 2011 – Т. 22, № 3(85) (прил. 1). – Режим доступа: <http://www.ronc.ru/main/struktura/niiko/04-13-00-00-otdelenie-khirurgicheskoe-n3-proktologicheskoe/chto-takoe-kolorektalnyj-rak-rasprostranjonnost-i-vidy-kolorektalnogo-raka.html>, свободный (26.03.2015)
3. Гюльмамедов Ф.И., Полунин Г.Е., Макиенко Е.Г. Хирургические методы реабилитации больных с колостомами // Вестник неотложной и восстановительной медицины – Т. 11. – 2010 – № 2. – С. 270-273.
4. Иванова Н.Л., Мортон Т. Проблема социальной идентичности в исследовании организаций: основные подходы // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2010. – № 3. – С. 89-102.
5. Карандашев В.Н. Методика Шварца для изучения ценностей личности: концепция и методическое руководство. – СПб.: Речь, 2004. – 72 с.
6. Менделевич В.Д. Антиципационные механизмы неврозогенеза // Психологический журнал. – 1996. – № 4. – С.107-115.
7. Милица Н.Н., Постоленко Н.Д., Милица К.Н., Солдусова В.В., Казаков В.С. Периодическая моторная

- деятельность толстой кишки после реконструктивно-восстановительных операций // Вестник неотложной и восстановительной медицины. – 2013. – Т. 14, № 4. – С. 478-482.
8. *Никишина В.Б., Петраш Е.А.* Методика исследования личностной идентичности: методология и технология стандартизации // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2014. – Т. 21, № 6(177). – С. 254-261.
 9. *Шнейдер Л.Б.* Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М. : Московский психолого-социальный институт, 2007. – 92 с.
 10. Эпидемиология колоректального рака [Электронный ресурс] // Общероссийский союз общественных объединений «Общество специалистов по онкологической колопроктологии» – Режим доступа: <http://www.oncoproct.ru/expert/261>, свободный (26.03.2015).