

АНАЛИЗ АДАПТАЦИОННЫХ СТРАТЕГИЙ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

М.М. Орлова (Саратов)

Аннотация. Представлен анализ особенностей самоотношения, копинг-стратегий больных сахарным диабетом с точки зрения авторского понятия «ситуация болезни». Проанализированы стратегии, характерные для больных сахарным диабетом без инвалидизации – вторая ситуация болезни, и стратегии, характерные для больных сахарным диабетом с инвалидизацией – третья ситуация болезни. Выявленные стратегии рассматриваются как проявление субъективной составляющей «ситуации болезни».

Ключевые слова: болезнь; здоровье; адаптация; трудные жизненные ситуации; ситуации болезни.

Современные подходы к понятиям «болезнь» и «здоровье» подчеркивают их многокомпонентный характер. В настоящее время формируется системный подход, предполагающий целостное понимание болезни и больного как единства телесного и социального, объективного и субъективного. В основу системного психологического исследования болезни могут быть положены субъектный и ситуативный подходы, интенсивно развивающиеся в современной отечественной психологии [1, 3].

В 1983 г. нами было разработано и апробировано понятие «ситуация болезни» [2], в котором могут быть объединены оба подхода. Ситуация болезни включает в себя:

- объективный компонент (болезнь и ее последствия), который может рассматриваться как объективная трудная жизненная ситуация и отражать изменившиеся условия психологической деятельности больного, психологическую «цену» болезни, степень утраты прежних возможностей личности. Суть – в уменьшении объективных возможностей сохранения мотивационной сферы больного и способов ее реализации в условиях телесной болезни и ее последствий. В данном случае уместно говорить об изменившемся качестве жизни;

- субъективный компонент характеризуется степенью активности самой личности больного, ее субъектности, механизмами саморегуляции, прежде всего, ее мотивационно-потребностного уровня.

Первая (начальная) ситуация болезни характеризуется минимальным, часто преходящим влиянием вызывающих ее патофизиологических и социальных факторов и означает практически полное сохранение возможностей реализации основных мотивов личности больного.

Вторая (промежуточная) ситуация вызвана уже значительным и постоянным влиянием болезни, в том числе ее социальных последствий. Однако здесь еще возможна компенсация вызывающих ее болезненных процессов: ликвидация обострения, уменьшение тяжести заболевания в ходе лечения, устранение социальных трудностей. Ситуация в целом характеризуется тем, что в разной степени затрудняет реализацию основных мотивов личности больного.

Третья (конечная) ситуация характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность, разрыв семейных связей и отсутствие поддержки близких – все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов.

Классификация учитывает наиболее общие для большинства здоровых людей стороны их психической деятельности и социальной адаптации, а также наиболее значимые параметры ее изменений (норма, существенное ухудшение, ломка).

Представленная классификация была изначально разработана нами на примере пациентов, страдающих хроническими заболеваниями легких. В настоящем исследовании мы попытались рассмотреть возможность распространения данной классификации на больных сахарным диабетом (СД).

При определении ситуации болезни мы использовали следующие критерии: тяжесть заболевания, наличие осложнений, наличие или отсутствие инсулинотерапии, наличие инвалидности, частота и сроки госпитализации.

В современной медицине СД считается неизлечимым заболеванием, которое резко меняет образ жизни больного: его пищевые привычки, физические нагрузки, появляется необходимость регулярного посещения врача, постоянного контроля уровня сахара в крови, приема лекарственных препаратов и т.д. Изменения, происходящие в организме больного, носят необратимый характер, поэтому влияние болезни на личность больного не может носить преходящий характер. В связи с этим первая ситуация болезни больным этой нозологии не свойственна. Поэтому мы поделили больных на две группы: со второй и третьей ситуациями болезни.

В исследование были включены 40 больных сахарным диабетом 2-го типа, находящихся на лечении в эндокринологическом стационаре.

В нашем исследовании предполагается, что наиболее существенным механизмом адаптации к ситуации болезни является активность позиции личности по отношению к трудной жизненной ситуации, в качестве которой можно рассматривать тяжелое хроническое заболевание.

Были использованы методики: методика МИС (С.Р. Пантелеев), методика Т. Лири, исследование копинг-стратегий по методике Лаза-

руса, ценностной структуры по методике Фанталовой – Красильникова (МЦ-Д). Статистический аппарат анализа данных: Т-критерий Стьюдента и корреляционный анализ по программе SPSS-13.

Результаты исследования самоотношения свидетельствуют о достоверных различиях по шкале «самообвинение» МИС, что, по-видимому, предполагает более выраженную склонность обвинять себя в возникающих проблемах у больных с третьей ситуацией болезни. Вместе с тем средние значения в третьей ситуации составляют – 4,9, в то время как в группе больных со второй ситуацией результаты занижены (3,3). Шкала «самообвинение» характеризует выраженность отрицательных эмоций в адрес своего «Я». Низкие значения обнаруживают тенденцию к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях и защите собственного «Я». Корреляционный анализ результатов тестирования больных сахарным диабетом во второй ситуации по МИС выявил, что центральное место в их самоотношении занимает шкала «самообвинение», т.е. снижение показателей не случайно. Она положительно коррелирует со шкалами «саморуководство» (0,590) и «конформность» (0,641). Усиливается склонность к подчинению средовым воздействиям или переходу с внутреннего на внешний локус-контроль.

При анализе результатов МИС в группе больных сахарным диабетом с третьей ситуацией болезни обращает на себя внимание обилие корреляционных связей. Ключевыми здесь выступают шкалы «самоуверенность» и «саморуководство», которые положительно коррелируют как между собой (0,629), так и с другими шкалами. «Самоуверенность» положительно коррелирует с «самоценностью» (0,661) и «самопривязанностью» (0,641); «саморуководство» – с «открытостью Я» (0,641) и «зеркальным Я» (0,684). Самоуверенность пациента зависит от того, насколько высоко он себя ценит как личность и насколько он ценен для других. Саморуководство определяется тем, насколько пациент интересен для других. То есть самоуверенность пациентов третьей ситуации и степень их личностной активности зависят от того, насколько человек ценит себя как личность, насколько, согласно его представлениям, уважают и ценят его другие люди. Также выявлена положительная корреляция между «конфликтностью» и «самообвинением» (0,675) и отрицательная – между «самоценностью» и «конфликтностью» (–0,641), чем меньшую ценность пациент для себя представляет, тем больше у него сомнений, внутренних конфликтов, и наоборот. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что вторая и третья ситуации болезни являются этапами процесса изменения самоотношения в ходе утяжеления болезни.

Наличие в группе пациентов с третьей ситуацией болезни большего числа корреляционных связей в тесте МИС по сравнению с группой пациентов со второй ситуацией говорит об обретении больными с третьей ситуацией болезни «ядра» самоотношения, некоторой внут-

ренной позиции в отношении себя, что соответствует фазе осмысленного реагирования на болезнь. Больные со второй ситуацией находятся в стадии потрясения и поиска виноватого, их отношение к самим себе в ситуации болезни еще не сформировано.

Исследования по методике Лазаруса выявило, что для больных со второй и третьей ситуацией болезни наиболее часто используемыми являются: стратегия поиска социальной поддержки – 71% (вторая и третья ситуация болезни) и стратегия планирования решения – 64,41 и 67,2% соответственно. По-видимому, данные механизмы в целом соответствуют адаптации к болезни в обеих ситуациях.

Корреляционный анализ результатов по тесту Лазаруса пациентов со второй ситуацией болезни показал, что центральным звеном здесь является шкала «дистанцирование». Действительно, многие пациенты реагируют на болезнь отрицанием, говорят, что это ошибка врачей, не верят, что заболели. Эта шкала положительно коррелирует с «положительной переоценкой» (0,610), «бегством-избеганием» (0,641), «поиском социальной поддержки» (0,590), «самоконтролем» (0,629), т.е. дистанцирование является защитным механизмом, позволяющим больному приспособиться к ситуации, и предоставляет время для процесса адаптации к ней.

Кроме того, в этой группе выявлены положительные связи между шкалами «самоконтроль» и «конфронтативный копинг» (0,590) (агрессивные усилия по изменению ситуации), что также является, видимо, механизмом психологической защиты личности.

Прямая зависимость между шкалами «положительная переоценка» и «планирование решения» (0,641) свидетельствует о попытках личности переосмыслить ситуацию и найти решение проблемы.

Таким образом, преимущественное реагирование на возникновение проблемной ситуации среди пациентов второй ситуации болезни – это, скорее, психологическая защита, чем совладание.

У больных с третьей ситуацией болезни по тесту Лазаруса выявлено меньшее количество корреляционных связей. Центральное место здесь занимает шкала «поиск социальной поддержки». Она положительно коррелирует со шкалами «принятие ответственности» и «конфронтативный копинг». Такое положение вещей соответствует фазе осознания реагирования на болезнь. Пациент принимает ответственность за создавшееся положение на себя (внутренний локус-контроль) и начинает предпринимать усилия по изменению ситуации, вплоть до агрессивных. При этом он понимает, что в одиночку с ситуацией ему не справиться, и ищет поддержку у окружающих. Следовательно, третья ситуация болезни в большей степени характеризуется совладанием, чем вторая.

По данным тестирования по методике Т. Лири, обнаружены достоверно более высокие результаты у пациентов с третьей ситуацией

болезни по ряду шкал, а именно по шкалам: «зависимость» (вторая ситуация болезни – 2,6; третья – 4,0; $t = 2,6$), «дружелюбие» (вторая ситуация болезни – 4,0; третья – 7,2; $t = 3,2$) и «альтруизм» (вторая ситуация болезни – 4,5; третья – 6,5; $t = 2,3$). Полученные данные подтверждают направленность пациентов с третьей ситуацией болезни на поиск отношений с другими людьми.

При анализе корреляций в группе больных сахарным диабетом обнаруживается наибольшее количество связей по шкале «агрессивный». Она положительно коррелирует со шкалами «авторитарный» (0,675), «эгоистичный» (0,641), «подозрительный» (0,590) и отрицательно – со шкалой «дружелюбие» (–0,629). Проявляется это во враждебном отношении пациентов к окружающим, склонности во всем обвинять других. Это приводит к деспотизму, себялюбию и излишней критичности ко всем социальным явлениям и окружающим людям. Как следствие – фактор дружелюбия снижен, отношения с окружающими напряжены. При этом шкала «зависимость» положительно коррелирует с «дружелюбностью» (0,679) и «подчиняемостью» (0,629). Это свидетельствует о нуждаемости больных в поддержке, об их неуверенности в себе и зависимости.

Количество корреляционных связей по тесту Лири в группе с третьей ситуацией болезни немного меньше. Преобладающей по количеству связей является шкала «подчиняемость». Она положительно коррелирует с «подозрительностью» (0,590), «агрессивностью» (0,629) и «зависимостью» (0,590). Это свидетельствует о том, что больные ищут социальную поддержку, стремятся обрести опору в ком-либо более сильном, осознают свою зависимость.

Вместе с тем существование прямой зависимости между шкалами «альтруизм», «зависимость» и «дружелюбие» свидетельствует о том, что пациенты стремятся помогать друг другу, проявлять заботу, осознавая степень своей зависимости от окружающих.

Таким образом, у пациентов со второй ситуацией болезни преобладают агрессивные механизмы защиты при общении с окружающими. Доля дружелюбия в их отношениях снижена. Для третьей ситуации болезни характерно осознание своей зависимости от окружающих, стремление к поиску социальной поддержки, к подчинению, дружелюбию и альтруизму.

Исследование ценностной структуры показало, что наибольший уровень конфликтности во второй ситуации болезни сосредоточен в сферах психического и физического здоровья (–3,1), счастливой семейной жизни (–2,1), уверенности в себе (–1,25) и активной деятельной жизни (–0,85). В третьей ситуации наибольший уровень конфликтности выявлен в области физического и психического здоровья (–4,65), другие ценности не оказались конфликтными. Можно говорить, что в третьей ситуации болезни происходит сужение круга смыслообразую-

щих мотивов. Мотивы, непосредственно связанные со здоровьем, становятся основными. Вопросы, связанные с уверенностью в себе и активной жизнью, перестают волновать.

При анализе теста «ценность – доступность» среди пациентов со второй ситуацией болезни наибольшее количество корреляционных связей выявлено у ценности «свобода как независимость в действиях и поступках». Данная шкала имеет обратную зависимость со шкалами «интересная работа» (–0,629) и «активная деятельная жизнь» (–0,641). А «активная деятельная жизнь» и «интересная работа» (0,675) имеют прямую корреляцию. То есть снижение жизненной активности и страх утраты работы приводят к увеличению конфликтности по шкале «свобода». Существует прямая связь между «свободой» и «наличием хороших и верных друзей» (0,590). Больные сомневаются, будут ли они по-прежнему интересны окружающим. По сути, решается вопрос о полноценности их личности.

Кроме того, выявлены отрицательные корреляции между шкалами: «любовь» – «познание» (–0,684), «красота природы и искусства» – «общая внутренняя конфликтность» (–0,629), «творчество» – «наличие хороших и верных друзей» (–0,590). Видимо, имеют место низкая степень осознанности пациентом происходящих событий и поиск выхода из сложившегося положения, в частности, за счет отрешения от ситуации и ухода в красоту природы и искусства.

В третьей ситуации ключевой является шкала «творчество», которая положительно коррелирует с «активной деятельной жизнью» (0,675) и «физическим и психическим здоровьем» (0,629) – чем больше у человека здоровья и энергии, тем более ценной для него является возможность творить. У «творчества» имеется обратная корреляция со шкалами «счастливая семейная жизнь» (–0,590) и «интересная работа» (–0,629). По-видимому, эти сферы жизнедеятельности забирают у пациентов много сил и времени, не оставляя возможности заниматься самовыражением. Такая же ситуация и в связках «семья» – «материально обеспеченная жизнь» (–0,641), «любовь» – «активная деятельная жизнь» (–0,675), «интересная работа» – «красота природы и искусства» (–0,590). Можно рассматривать полученные данные как компенсаторные реакции на ситуацию болезни.

Таким образом, пациентов со второй ситуацией болезни более всего волнуют вопросы, связанные со свободой и дальнейшей реализацией себя в жизни. У пациентов с третьей ситуацией болезни происходит сужение круга смыслообразующих мотивов и перераспределение энергии с работы, деятельной жизни на семью, творчество, природу.

Анализ взаимовлияния самоотношения и копинг-стратегий больных сахарным диабетом со второй и третьей ситуацией болезни показал, что наибольшее количество связей имеет шкала «принятие ответственности», которая положительно коррелирует со шкалами «самору-

ководство» (0,675), «конфликтность» (0,684) и «самообвинение» (0,629). То есть существует прямая зависимость между стремлением человека взять на себя ответственность (внутренний локус-контроль) и степенью его внутренней конфликтности, наличием сомнений и выраженностью отрицательных эмоций в адрес своего «Я». Принятие ответственности в этом случае рассматривается как вариант самообвинения. Можно предположить, что за этим стоит эгоцентрический способ восприятия происходящего.

Существует прямая зависимость между шкалами «самоуверенность» – «планирование решения» (0,629), «самоценность» – «положительная переоценка» (0,590). Чем больше пациент верит в себя и верит себе, тем быстрее идет процесс адаптации и тем более конструктивные копинги он использует.

Существующая корреляция между «открытостью Я» и «бегством-избеганием» (0,590) свидетельствует о болезненном восприятии ситуации, страхе осознания себя. В качестве защитного механизма реагирования на ситуацию выступает копинг «бегство-избегание».

При анализе корреляционных зависимостей при третьей ситуации болезни было обнаружено, что «планирование решения» зависит от того, что, по мнению больных, думали о них окружающие (внешний локус-контроль) – положительная корреляция со шкалой «зеркальное Я» (0,629).

Уровень «самоконтроля» напрямую зависит от «самоуверенности» (0,590) и «самопринятия» (0,641), а уровень «конфронтативности» – от «самоценности» (0,675).

Обращает на себя внимание обратная связь «открытости Я» с «поиском социальной поддержки» (–0,684) и «принятием ответственности» (–0,629) – чем более ответственно человек относится к ситуации, чем больше пользуется поддержкой окружающих, тем более честным он становится с собой, ориентируется на собственное видение ситуации. Его действия в большей степени осознанны. Возможно, болезнь способствует развитию рефлексии и более глубокому пониманию себя.

Таким образом, во второй ситуации болезни пациенты при планировании решений больше опираются на уверенность в себе, на свои силы. Они еще пытаются переломить ситуацию в свою сторону, причем за счет собственных ресурсов, в то время как пациенты с третьей ситуацией болезни больше ориентируются на ресурсы окружающих. Они осознали, что битва уже проиграна, и переносят усилия с выяснения отношений с собой на выяснение отношений с другими. Поддержка близких – это еще одна возможность спокойно относиться к себе: «Я могу принять ответственность на себя, если мне в этом помогут».

При анализе корреляционных связей между МИС и МЦ-Д во второй ситуации болезни обнаружено наличие положительных корреля-

ляций между шкалами «самопринятие» и «наличие хороших и верных друзей» (0,675) и шкалами «самопривязанность» (0,629) и «счастливая семейная жизнь» (0,675). Это свидетельствует о том, что наличие близких людей является общечеловеческой ценностью и повышает самооценку пациентов.

Существуют и отрицательные зависимости. Так, связь между «самоценностью» и «активной, деятельной жизнью» (–0,590), а также между «самопринятием» и «творчеством» (–0,675) свидетельствует о том, что невозможность реализовать свою активность приводит к повышению своей ценности для пациента. Обесценивание ценностей творчества и активности дает предпосылки для повышения уровня самопринятия, что является защитной реакцией на ситуацию.

При анализе корреляций в группе пациентов с третьей ситуацией болезни привлекает внимание тот факт, что число связей в данном случае гораздо больше. Существует прямая зависимость между шкалами «наличие хороших и верных друзей» – «саморуководство» (0,684) и «зеркальное Я» (0,629) – в данной ситуации пациенты полагают, что друзья нужны и ценны. Для них это дополнительный инструмент, помощь в жизни.

Также центральное место среди корреляций в этой группе занимает шкала «свобода как независимость в действиях и поступках». Она прямо коррелирует с «конфликтностью» (0,641), обратно – с «самоценностью» (–0,590) и «самообвинением» (–0,641). То есть свобода имеет серьезные последствия для формирования самоотношения. Увеличение свободы приводит к снижению самообвинения и самооценности (уменьшает озабоченность самим собой) и обостряет внутренний конфликт (отказ от себя). В результате свобода дает пациенту возможность не заниматься собой, отложить свои проблемы. Чем меньше свободы действий, тем больше акцент на себе. В данном случае свобода выступает как психотерапевтический ресурс.

Существует прямая зависимость между шкалами «самопринятие» и «физическое и психическое здоровье» (0,561) и обратная зависимость в связке «самопринятие» – «интересная работа» (–0,671). При снижении уровня здоровья снижается уровень симпатии к самому себе, пациенту тяжелее принять себя таким, каков он есть. Ценность «интересная работа» перестает быть актуальной в самопринятии, ибо оно идет через ценность здоровья.

Обратная зависимость между шкалами «открытость Я» – «счастливая семейная жизнь» (–0,541) и «самопривязанность» – «любовь» (–0,590) в ситуации отказа от своего Я приводит к повышению значимости для пациентов наличия семьи и близких отношений.

Таким образом, увеличение количества корреляционных связей в группе пациентов с третьей ситуацией болезни свидетельствует об обретении ими некой внутренней позиции по отношению к себе в болез-

ни и приводит к выбору определенной линии поведения. В результате увеличивается степень их адаптированности к ситуации по сравнению с пациентами со второй ситуацией, в том числе через отказ от себя, своих проблем.

В группе больных диабетом со второй ситуацией болезни количество корреляционных связей между МЦ-Д и методикой Лазаруса больше, чем в группе с третьей. Причем центральное место во второй ситуации болезни занимает шкала «самоконтроль», которая положительно коррелирует со шкалами «наличие хороших и верных друзей» (0,641) и «свобода как независимость в действиях и поступках» (0,561). При второй ситуации болезни уровень притязаний у пациентов еще высокий, поэтому они пытаются сами решить свои проблемы, в том числе за счет самоконтроля.

Уровень самоконтроля находится в обратной зависимости со шкалами «физическое и психическое здоровье» (–0,590) и «интересная работа» (–0,641). По-видимому, речь здесь идет о выборе между ценностями Эго и другими ценностями. Чем больше пациенты сосредоточены на здоровье и работе, тем реже применяется самоконтроль.

Помимо «самоконтроля», шкала «наличие хороших и верных друзей» положительно коррелирует с «бегством-избеганием» (0,561) и «положительной переоценкой» (0,641). Видимо, здесь обнаруживается тенденция к переносу ответственности за ситуацию на окружающих и желание получить поддержку.

Корреляция между «красотой природы и искусства» и «принятием ответственности» (0,675) свидетельствует о том, что природа выступает дополнительным источником сил для принятия ответственности за ситуацию.

«Поиск социальной поддержки» напрямую зависит от уровня «познания» (0,590), т.е. чем больше пациент ценит возможность развиваться, тем больше осознает необходимость помощи других в совладании с ситуацией.

Ценность «свободы» напрямую зависит от уровня «конфронтативности» (0,641) – для пациентов важны все способы самовыражения, в том числе и агрессивные.

Высокая степень конфликтности ценности «материально обеспеченная жизнь» приводит к попыткам пациента дистанцироваться от ситуации – механизм психологической защиты (0,561).

Обращает на себя внимание, что шкала «творчество» обратно коррелирует со шкалами «дистанцирование» (–0,675) и «бегство-избегание» (–0,590), следовательно, наличие возможности самовыражения приводит к меньшему использованию неконструктивных копинг-стратегий, повышая адаптивность больных.

Ценность «счастливая семейная жизнь» не имеет корреляций и не влияет на выбор копинг-стратегий.

В группе пациентов с третьей ситуацией болезни ценность «уверенность в себе» отрицательно коррелирует с «дистанцированием» ($-0,629$) и «бегством-избеганием» ($0,590$). Использование пациентами неконструктивных копингов зависит от их неуверенности в себе, неверия в свои силы, что приводит к снижению адаптивности.

Кроме того, существует обратная зависимость между шкалами «активная деятельная жизнь» и «принятие ответственности» ($-0,561$). При прогрессировании заболевания активность пациентов снижается и освобождается большое количество времени для развития в себе способности к рефлексии. Больные переосмысливают свою жизнь и приходят к выводу о необходимости признания своей причастности к проблеме, попытке ее решить.

Наличие прямой зависимости между «принятием ответственности» и шкалами «счастливая семейная жизнь» ($0,671$) и «общая внутренняя конфликтность» ($0,641$) свидетельствует, что семья является дополнительным источником энергии для совладания с ситуацией.

Использование конструктивных копингов («положительная переоценка» и «планирование решения» напрямую зависят от шкалы «познание», т.е. от степени информированности пациентов).

При второй ситуации болезни люди склонны в большей степени опираться на собственные силы, используя самоконтроль и конфронтативный копинг. Свобода и творчество являются для них источником жизненной активности, в то время как здоровье, работа, материально обеспеченная жизнь, друзья лишают их активной жизненной позиции. Во второй группе при третьей ситуации болезни степень уверенности больных в своих силах меньше, что становится причиной использования неконструктивных копингов. Для представителей этой группы источниками жизненной активности являются семья и познание.

Таким образом, получены следующие различия при сравнении механизмов адаптации второй и третьей ситуации болезни:

- во второй ситуации болезни пациенты при планировании решений больше опирались на самоконтроль, уверенность в себе и свои силы, в то время как пациенты с третьей ситуацией болезни ориентированы на ресурсы окружающих;
- во второй ситуации болезни источниками жизненной активности являются такие ценности, как свобода и творчество. В третьей ситуации болезни более значима семья;
- во второй ситуации болезни качество жизни мало зависит, по мнению пациентов, от взаимоотношений с другими людьми. В третьей ситуации больные считают себя зависимыми от сотрудничества с другими, страдают от своей зависимости, ощущения ненужности;
- во второй ситуации болезни у пациентов преобладают психологические защиты (ключевая – дистанцирование). В третьей ситуации основные копинги – поиск социальной поддержки и положительная

переоценка. Отношения с другими людьми крайне важны для пациентов и со второй, и с третьей ситуацией болезни.

Итак, для пациентов, страдающих сахарным диабетом со второй ситуацией болезни, характерны актуальность проблем, связанных с дальнейшей реализацией в жизни, с внутренней независимостью и свободой. У пациентов с третьей ситуацией болезни происходит сужение круга смыслообразующих мотивов и формирование зависимости в отношениях с окружающими. Можно сделать вывод о том, что активность позиции личности трансформируется в связи с тяжестью «ситуации болезни».

Проведенные исследования свидетельствуют о возможности применения понятия «ситуация болезни» для исследования адаптационных стратегий больных сахарным диабетом.

Литература

1. Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б. К психологической теории ситуации // Психол. журн. 2002. Т. 23, № 1. С. 5–17.
2. Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982.
3. Сергиенко Е.А. Психология субъекта: проблемы и поиски // Личность и бытие: субъектный подход. Личность как субъект бытия: теоретико-методологическая основа анализа: материалы III Всесоюз. науч.-практ. конф. Краснодар, 2005. С. 206–225.

THE ANALYSIS OF ADAPTIVE MECHANISMS AT DIFFERENT STAGES OF DIABETES

Orlova M.M. (Saratov)

Summary. We consider the analysis of features of the self-attitude, coping strategy sick by a diabetes from the point of view of author's concept «a situation of illness» is presented in the article. Strategy, characteristic for sick by a diabetes without invalidity, – the second situation of illness – and strategy, characteristic for sick of a diabetes with invalidity, – the third situation of illness are considered. The revealed strategy are considered as display of a subjective component of «a situation of illness».

Key words: illness; health; adaptation; difficult life situations; situation of illness.