



УДК 316.6+159.9:61

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ



Орлова Мария Михайловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский национальный исследовательский государственный университет имени Н. Г. Чернышевского. E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

В статье представлен субъектно-социальный подход к анализу ситуации инвалидности на примере больных сахарным диабетом. Рассматривается проблема ресоциализации больного и инвалида в социально-психологическом контексте, в системе внешних и внутренних детерминант. Раскрывается система психологических и социально-психологических факторов субъективной составляющей ситуации: представления о роли больного/здорового человека и оценке качества жизни. Сделаны выводы о специфичности удовлетворенности жизнью и адаптационных стратегиях личности в зависимости от ситуации здоровья и ситуации инвалидности. Зависимое поведение, характерное для ситуации инвалидности, объясняется ее кризисностью и ограничением социальных возможностей больного. Показана роль представлений о здоровом и больном человеке в адаптационном процессе. Трансформация этих представлений может свидетельствовать о переходе в другую социальную группу – больных людей, что предполагает утрату ценности здоровья и снижение активности личности в ее сохранении.

Ключевые слова: ресоциализация, ситуация здоровья, ситуация болезни, социальные представления, роль здорового человека, роль больного человека.

DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-1-80-84

Проблемы здоровья и болезни, традиционно относящиеся к медицинскому знанию и рассматриваемые в клинической психологии в связи с изучением внутренней картины здоровья и болезни, требуют изучения в *социальном* контексте: это проблемы ресоциализации больного и инвалида, актуализации социальной роли здорового и больного человека, инвалида, формирования социально-психологических ситуаций здоровья и болезни, поскольку именно общество через свои институты определяет социальный и психологический смысл здоровья и болезни. Нестабильность и социальная динамика современного общества являются факторами, обостряющими непредсказуемость этих ситуаций [1].

В настоящее время проблема социализации людей в ситуации соматического заболевания актуализируется благодаря реализации гуманистического подхода к профилактике здоровья и реабилитации, в том числе, и ресоциализации хронических больных и инвалидов, определения места здоровья и болезни в массовом сознании и необходимости адаптации в новых социальных ролях. Решение этих вопросов требует

анализа проявления субъектности в процессах психологической и социально-психологической адаптации, позволяющей определить факторы полноценной социализации личности в ситуациях здоровья и болезни.

Социально-психологические аспекты процесса адаптации личности к ситуации болезни могут рассматриваться с точки зрения системы внешних и внутренних детерминант процесса социализации [2]. К внешним детерминантам относятся взаимодействия с социальными институтами – медицинскими учреждениями и с социальными ролями – врача, больного и инвалида, с «социальной информацией», к которой относятся социальные представления о здоровье, здоровом и больном человеке, способах лечения и ухода за больным, его положении в семье, в рабочем коллективе. Внутренние детерминанты – это физические возможности, система ценностей, эмоциональные и когнитивные особенности, представления о последствиях ситуаций здоровья и болезни – все то, что в медицинской психологии называется внутренней картиной здоровья и болезни. Ситуация здоровья и болезни в контексте объективных и субъективных факторов может рассматриваться как значимая и адаптогенная, не значимая для личности, фрустрационная и кризисная, что определяет проявления субъектности в этих ситуациях [3]. Объективные составляющие ситуации инвалидности больных диабетом связаны с тяжелой формой сахарного диабета как инсулинозависимого, так и инсулинонезависимого типов, невозможностью продолжать профессиональную деятельность, необходимостью постоянно лечиться, ограничением круга общения.

Среди исследованных нами больных (19 человек) мужчины и женщины в возрасте от 18 до 64 лет, состоящие в браке и имеющие детей, со средним, средним специальным и высшим образованием, болеющие от года до 10 лет. Контрольную группу составили 187 здоровых лиц аналогичного возраста и пола. Были проведены исследования по методикам: «Шкала семейных отношений» С. Ю. Куприянова, «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда, МИС С. Р. Пан-



тилеева, «Исследование копинг-стратегий» Р. Лазаруса, МЛЮ «Адаптивность» А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина, по опроснику оценки психологических защит Келлермана–Плутчика–Конте, анкете «Представления о здоровом и больном человеке» и авторской методике ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни. Статистический анализ был представлен среднеарифметическими значениями, достоверностью различий между группами согласно *T*-критерию Стьюдента ($p < 0,05$) и методом корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ выраженности представлений о здоровом человеке показал, что у больных сахарным диабетом со второй степенью инвалидности снижены значимость представлений об активности и социальной востребованности здорового человека ($2,6/3,57$; $T = 3,1$; $p < 0,01$), оптимизм в отношении возможности восстановления здоровья ($1/3$; $T = 7,3$; $p < 0,01$), представление о возможности опоры на самого себя в сохранении здоровья ($0/0,16$; $T = 2,2$; $p < 0,01$); повышена значимость опоры на лекарства ($0,2/0,05$; $T = 2,5$; $p < 0,01$). По-видимому, ситуация инвалидизации как жизненная меняет цели адаптации и ее способы, поскольку здоровье и социальная активность недостижимы и личность не может опереться на саму себя, то основным способом адаптации становится обращение к лекарственным препаратам.

Корреляционный анализ в группе сахарного диабета показал, что снижение значимости представлений о здоровье как активности и социальной востребованности в группе инвалидов коррелирует с повышением дистанцирования ($-0,465$; $p < 0,05$), вытеснением ($-0,479$; $p < 0,5$), снижением значимости идентификации себя с социальными ролями ($0,498$; $p < 0,05$) и материальными проблемами ($0,555$; $p < 0,05$). Можно предположить, что утрата ценности здоровья усиливает реакции ухода в болезнь. Представления о здоровье как социальной активности в группе здоровых лиц коррелируют с отраженным самоотношением ($0,161$; $p < 0,5$), самооценностью ($0,155$; $p < 0,05$), самоуважением ($0,171$; $p < 0,05$), аутосимпатией ($0,247$; $p < 0,01$), социальной активностью ($0,172$; $p < 0,05$), экономическими возможностями ($0,201$; $p < 0,05$), снижением самообвинения ($-0,152$; $p < 0,05$), принятием ответственности ($-0,174$; $p < 0,05$), бегством/избеганием ($-0,174$; $p < 0,05$), конфликтностью в семье ($-0,183$; $p < 0,05$), идентификацией с общительностью ($-0,171$; $p < 0,05$). Следовательно, представление о здоровье как социальной активности является отражением социального благополучия, утрата ценности здо-

ровья свидетельствует о трансформации направленности активности с социальной успешности на уход в болезнь и роль больного человека.

Снижение оптимизма в возможности сохранения здоровья коррелирует с повышением самооценности ($-0,522$; $p < 0,05$), аутосимпатии ($-0,502$; $p < 0,05$), снижением представления о том, что больной ничем не отличается от здорового ($0,748$; $p < 0,01$). Утрата оптимизма способствует изменению определения своей социальной роли. Оптимизм в отношении возможности сохранять здоровье в группе здоровых людей коррелирует с ориентацией семьи на достижения ($0,172$; $p < 0,05$), значимостью преодоления болезни ($0,154$; $p < 0,05$), представлением о социальном одобрении желания быть здоровым ($0,209$; $p < 0,01$), значимостью семейной помощи ($0,206$; $p < 0,01$), снижением идентификации себя со здоровым человеком ($-0,184$; $p < 0,05$), значимостью психологических проблем больных людей ($-0,211$; $p < 0,01$). Это свидетельствует о том, что оптимизм в отношении здоровья ориентирован на социальные нормы и связан с наличием ценности здоровья и страха его утраты.

Акцентирование опоры на лекарства в сохранении здоровья снижает внутренний конфликт ($-0,493$; $p < 0,05$), самообвинение ($-0,672$; $p < 0,01$), внутреннюю неустроенность ($-0,556$; $p < 0,05$), оценку качества жизни в сфере окружающей среды ($0,505$; $p < 0,05$), значимость психологического страдания в образе больного ($-0,567$; $p < 0,05$). Видимо, вера в лекарства играет роль психологической защиты. Опора на лекарства в сохранении здоровья в группе здоровых лиц коррелирует с контролем в семейных отношениях ($0,150$; $p < 0,05$), идентификацией с претензиями к своим экономическим возможностям ($0,272$; $p < 0,01$), широтой идентификаций ($0,162$; $p < 0,05$). Лекарства для больных сахарным диабетом имеют больший личностный смысл, чем для здоровых, являясь ресурсом позитивного самоотношения. Обращает на себя внимание то, что представления о здоровье для здоровых людей являются условием социальной успешности. Они недостаточно осознанны и связаны с семейными отношениями как ресурсом здоровья. Больные диабетом, имеющие инвалидность, переживают потерю возможности быть здоровым человеком. Это сопровождается утратой ценности здоровья как недостижимого и идентификацией себя с больными. В целом представления о здоровом человеке отражают социально-психологическую адаптацию в контексте ролей здорового и больного человека.

Представления о больном человеке в группе больных сахарным диабетом характеризуются



меньшей значимостью соматического страдания (19/30; $T=2,6$; $p < 0,01$) и большей – негативных последствий (27/16; $T=3,1$; $p < 0,01$).

Представление о том, что болезнь – это соматические проблемы, в группе больных сахарным диабетом коррелирует со снижением оценки качества жизни в духовной сфере ($-0,507$; $p < 0,05$) и общего качества жизни ($-0,475$; $p < 0,05$), а также возможности позитивного переобозначения ($-0,472$; $p < 0,05$), т.е. снижение значимости восприятия болезни как телесных проблем можно рассматривать в качестве механизма оздоровления ситуации. Эти представления в группе здоровых лиц коррелируют со снижением значимости переживания здоровья ($-0,189$; $p < 0,05$), бегством/избеганием ($-0,176$; $p < 0,05$), критичностью в адрес личностных особенностей ($0,196$; $p < 0,05$). По-видимому, эти представления в данной группе не имеют значительных связей с личностью.

Негативные перспективы болезни в группе больных не имеют влияния на личностные механизмы, что предполагает их декларативный характер. Значимость негативных перспектив больного в группе здоровых коррелирует с пониманием здоровья как условия социальной востребованности ($0,184$; $p < 0,05$) и проявлением самообвинения ($0,192$; $p < 0,05$), дистанцированием ($0,192$; $p < 0,05$), идентификацией себя с общительностью ($0,166$; $p < 0,05$), снижением вытеснения ($-0,239$; $p < 0,01$), негативных самоописаний ($-0,171$; $p < 0,05$). По-видимому, рассмотрение возможных осложнений болезни – это предостережение самому себе, связанное с ценностью здоровья как условия социальной активности. В группе больных повышение выраженности негативных перспектив болезни у инвалидов не связано с личностными механизмами, возможно, потому что утрачиваются ценности здоровья.

Таким образом, больной человек глазами здорового человека – это человек, страдающий телесно и имеющий негативные перспективы, что предполагает утрату социальной активности, а глазами инвалида это, прежде всего, человек, утрачивающий позитивные перспективы.

Больные сахарным диабетом с инвалидностью воспринимают собственную жизнь как зависимую от физического и психического страдания. Оценка качества жизни инвалидов, больных сахарным диабетом, снижена по показателям физической сферы ($10,1/14,1$; $T=7,5$; $p < 0,01$), психической сферы ($12,4/14,6$; $T=5$; $p < 0,01$), уровня независимости ($11,5/16,2$; $T=9$; $p < 0,01$), общего качества жизни ($75,8/88,4$; $T=6$; $p < 0,01$), т.е. инвалиды воспринимают собственную жизнь как зависимую, связанную с физическим и психическим страданием.

Корреляционный анализ показал, что оценка физического качества жизни у больных коррелирует со снижением отрицания ($-0,456$; $p < 0,05$), проекции ($-0,613$; $p < 0,01$). По-видимому, инвалиды склонны уходить от реальности при повышении физического страдания. Физическое благополучие у здоровых людей, как показал корреляционный анализ, сочетается с представлением о значимости семьи как ресурсе для сохранения здоровья ($0,147$; $p < 0,05$), самоуважением ($0,223$; $p < 0,01$), снижением внутренней неустроенности ($-0,405$; $p < 0,05$), субъективным неблагополучием ($-0,296$; $p < 0,01$), бегством/избеганием ($-0,230$; $p < 0,01$), регрессией ($-0,332$; $p < 0,01$), замещением ($-0,296$; $p < 0,01$), проекцией ($-0,205$; $p < 0,01$), гиперкомпенсацией ($-0,194$; $p < 0,05$), претензиями к своим физическим возможностям ($-0,153$; $p < 0,05$), повышением отрицания ($0,214$; $p < 0,01$), личностным адаптационным потенциалом ($0,449$; $p < 0,05$), идентификацией себя с будущими задачами ($0,157$; $p < 0,05$), восприятием себя активным человеком ($0,137$; $p < 0,05$), представлением о значимости психологических проблем больного человека ($0,165$; $p < 0,05$), значимостью переживания болезни ($0,160$; $p < 0,05$). Можно сделать вывод о том, что оценка благополучия в физической сфере имеет выраженное влияние на личность, что способствует сочувствию больному человеку и идентификации с ним. По-видимому, физическое благополучие является основанием для восприятия себя и своих целей, а в случае его утраты стимулирует уход от своей физической реальности.

Оценка качества жизни в психической сфере коррелирует с поиском социальной поддержки ($0,874$; $p < 0,01$), следовательно, снижение этой оценки уменьшает возможность обращения за помощью. Оценка качества жизни в психической сфере у здоровых испытуемых сочетается с самоуважением ($0,443$; $p < 0,05$), значимостью организации в семье ($0,296$; $p < 0,05$), представлением о соматическом страдании больного ($0,297$; $p < 0,05$), а также снижением субъективного неблагополучия ($-0,338$; $p < 0,05$), конфронтационного копинга ($-0,336$; $p < 0,05$), бегства/избегания ($-0,380$; $p < 0,05$), значимости представления о психологических проблемах больного ($-0,365$; $p < 0,05$). Благополучие в психической сфере, таким образом, опирается на позитивное самоотношение и организованность семейной системы, обеспечивая социальное взаимодействие. Можно говорить о том, что восприятие себя психически благополучным определяет возможность получения социальной помощи, так необходимой именно в ситуации инвалидизации. Утрата восприятия себя психически состоятельным в ситуации ин-



валидности сужает спектр субъективных опор, снижает возможность обращения за помощью.

Снижение удовлетворенности, касающейся своей независимости, в группе больных сахарным диабетом предполагает повышение факторов самопривязанности ($-0,459; p < 0,05$), внутренней конфликтности ($-0,457; p < 0,05$), принятия ответственности ($-0,470; p < 0,05$) и планирования решения ($-0,468; p < 0,05$), экспрессивности в семейных отношениях ($-0,480; p < 0,05$), значимости перспектив больного человека ($-0,466; p < 0,05$) и снижение представления, что больной человек ничем не отличается от здорового ($0,457; p < 0,05$). Таким образом, чувство зависимости стимулирует стремление к возвращению контроля над ситуацией и одновременно – принятие себя в ситуации зависимости. Оценка качества жизни, связанная с независимостью, у здоровых характерна для молодых людей ($-0,209; p < 0,01$) и коррелирует с самоуважением ($0,176; p < 0,05$), снижением факторов внутренней неустроенности ($-0,288; p < 0,01$), субъективного неблагополучия ($-0,313; p < 0,01$), бегства/избегания ($-0,151; p < 0,05$), регрессии ($-0,205; p < 0,01$), замещения ($-0,276; p < 0,01$), проекции ($-0,187; p < 0,05$), гиперкомпенсации ($-0,179; p < 0,05$), повышением отрицания ($0,222; p < 0,01$), личностным адаптационным потенциалом ($0,425; p < 0,05$), экспрессивностью ($0,155; p < 0,05$), идентификацией с будущими задачами ($0,156; p < 0,05$). Можно сделать вывод о том, что независимость дает возможности позитивной самооценки, снижения психологических защит, опирается на адаптивность и семейные отношения. По-видимому, независимость можно рассматривать как утрачиваемую ценность в ситуации инвалидности, что ставит перед личностью выбор: либо сохранить ее за счет усилий, либо принять свое новое социальное положение.

Снижение общей оценки качества жизни в группе больных сахарным диабетом коррелирует со снижением – значимости лекарств как способа сохранить здоровье ($0,459; p < 0,05$), поиска социальной поддержки ($-0,459; p < 0,05$), повышением проекции ($-0,500; p < 0,05$), значимости соматического страдания больного человека ($-0,475; p < 0,05$). Таким образом, снижение субъективного благополучия ослабляет значимость здоровья, возможность обращения за помощью к Другим. Общая оценка качества жизни в группе здоровых испытуемых коррелирует с самоуважением ($0,310; p < 0,01$), аутосимпатией

($0,152; p < 0,05$), позитивным переопределением ($0,168; p < 0,05$), адаптивностью ($0,508; p < 0,01$), повышением семейной сплоченности ($0,228; p < 0,01$), независимостью в семье ($0,222; p < 0,01$), экспрессивностью ($0,165; p < 0,05$), конфликтностью ($0,186; p < 0,05$), организацией в семье ($0,187; p < 0,05$), снижением: внутренней неустроенности ($-0,360; p < 0,01$), бегства/избегания ($-0,207; p < 0,01$), регрессии ($-0,239; p < 0,01$), замещения ($-0,314; p < 0,01$), проекции ($-0,241; p < 0,01$); гиперкомпенсации ($-0,180; p < 0,05$); идентификацией с будущим Я ($0,218; p < 0,01$).

Можно сделать вывод о том, что удовлетворенность жизнью является интегративным показателем благополучия, опирающегося на семейные отношения, адаптивность, самоотношение. Снижение удовлетворенности свидетельствует об утрате имеющихся опор и невозможности использовать социальные ресурсы. Таким образом, инвалиды воспринимают ситуацию инвалидности как проблему зависимости и формирования новых отношений с Другими, в которых обращение за помощью подчеркивает зависимое положение и связанный с этим внутренний конфликт и вместе с тем способствуют принятию себя в новой социальной роли инвалида.

Проведенный анализ свидетельствует о том, что социальная ситуация инвалидности формирует новые отношения с Другими, прежде всего с семейным окружением, снижает благополучие ситуации за счет негативного самоотношения при идентификации себя с ролью инвалида. Различие субъективной составляющей ситуации здоровья и инвалидности заключается в том, что ситуация здоровья – это позитивное самоотношение, опора на семейные отношения и удовлетворенность жизнью, а ситуация инвалидности – это утрата позитивного самоотношения, формирование зависимых отношений в семье, общей неудовлетворенности.

Список литературы

1. Андреева Г. М. Трудности социального познания: «Образ мира» или реальный мир? // Социальная психология в современном мире / под ред. Г. М. Андреевой, А. И. Донцова. М., 2002. С. 182–203.
2. Шамонов Р. М. Субъективное благополучие личности. Психологическая картина и факторы. Саратов, 2008. 296 с.
3. Орлова М. М. Субъектно-социальный подход к исследованию здоровья. Саратов, 2014. 220 с.

Образец для цитирования:

Орлова М. М. Социально-психологические аспекты адаптации личности больных сахарным диабетом // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 17, вып. 1. С. 80–84. DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-1-80-84.



Social and Psychological Aspects of Personality Adaptation of the Patients with Diabetes Mellitus

M. M. Orlova

Saratov State University
83, Astrakhanskay str., Saratov, 410012, Russia
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

The article represents the subject-social approach to the analysis of the disability situation ; through the example of diabetics. The author considers the problem of re-socialization of ill and disabled people in the social and psychological context, the system of internal and external determinants. The system of psychological and socio-psychological factors of the situation subjective component and the ideas about the sick role and a healthy role and evaluation of life quality are revealed. Conclusions about the specific nature of life satisfaction and adaptation strategies for the individual depending on the disability have been made. Dependent behavior typical for the disability situation is a result of this situation crisis nature and limited social opportunities of the patient. The article shows the role of healthy and sick person concepts in the adaptation process. The transformation of these ideas may indicate

a transition to another social group (a group of sick people), which involves the loss of the value of health and reduction of activity of the person in this situation.

Key words: re-socialization, health situation, disease situation, social representations, healthy role, sick role.

References

1. Andreeva G. M. Trudnosti sotsialnogo poznaniya: «Obraz mira» ili realnyy mir? (The difficulties of social cognition: «The image of the world», or the real world?). *Sotsialnaya psikhologiya v sovremennom mire* (Social psychology in the modern world). Eds. G. M. Andreeva, A. I. Dontsov. Moscow, 2002, pp. 182–203 (in Russian).
2. Shamionov R. M. *Subektivnoe blagopoluchie lichnosti. Psikhologicheskaya kartina i faktory* (Subjective well-being of the individual. Psychological factors and painting). Saratov, 2008. 296 p. (in Russian).
3. Orlova M. M. *Subektno-sotsialnyy podkhod k issledovaniyu zdorovya* (Subject-social approach to health research). Saratov, 2014. 220 p. (in Russian).

Cite this article as:

Orlova M. M. Social and Psychological Aspects of Personality Adaptation of the Patients with Diabetes Mellitus. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2017, vol. 17, iss. 1, pp. 80–84. DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-1-80-84.
