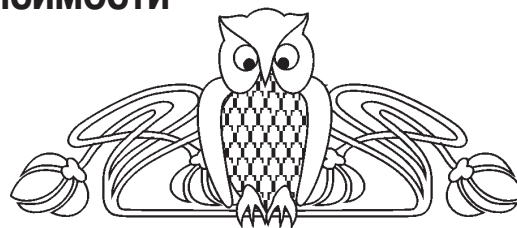




УДК 316.6+159.9:61

АДАПТАЦИОННАЯ РЕСУРСНОСТЬ СОЦИАЛЬНЫХ ПРЕДИКТОРОВ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ИНВАЛИДИЗАЦИИ

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



Проблема реабилитации и ресоциализации больных хроническими соматическими заболеваниями и инвалидов требует рассмотрения этого процесса в интегративном контексте различных научных дисциплин: медицины, социологии, социальной и медицинской психологии. Одним из вариантов решения этой задачи является анализ ситуации болезни и личности инвалида с точки зрения представления о маргинальности. В статье рассмотрена трансформация личностной ресурсности социальных предикторов ситуации болезни больных сахарным диабетом как без инвалидности, так и с ней. Подчеркивается значимость профессиональной деятельности в сохранении роли здорового человека. Тяжелое инвалидизирующее заболевание затрагивает всю систему механизмов адаптации личности и позволяет оценить сохраненные и дефицитные сферы взаимодействия личности с социумом при изменении роли здорового человека на роль больного (инвалида). Анализируются формирование зависимого поведения у больных в связи с инвалидностью и трансформация системы идентичности. В ситуации сахарного диабета без инвалидности больной опирается на социальные взаимодействия, что снижает уровень независимости, но не вызывает внутреннего конфликта, в ситуации инвалидности опора на социальные взаимодействия становится свидетельством зависимости и утраты идентичности с ролью здорового человека.

Ключевые слова: маргинальность, адаптационные стратегии, субъектность, ситуация болезни, инвалидность.

DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-4-465-470

Динамичность развития современного общества предполагает усложнение социальной ситуации и высокий риск потери имеющихся социальных позиций. Одним из факторов, создающих ситуацию социальных изменений, является болезнь, особенно тяжелое соматическое инвалидизирующее заболевание. Т. Шибутани рассматривает процесс социализации личности в изменяющемся обществе в связи с проблемой маргинальности человека [1]. Маргинальность может быть определена объективными факторами, такими как изменение социальных норм, традиций, социального статуса, экономического положения, биологических особенностей, предполагающих переход человека в другую социальную роль и утрату социальных позиций. Большое значение имеет «фатальность» ситуации, а также субъективные факторы, к которым относятся степень

субъектности адаптации, оценка качества жизни имеющейся ситуации, оптимизм или пессимизм в оценке перспектив её развития [2], трансформация идентичности, личностных ценностей и адаптационных стратегий.

Применение понятия маргинальности к анализу ситуации болезни у хронических соматических больных, по данным литературы, предполагает, что она рассматривается как условие формирования социального аутсайдерства в отношении лиц, страдающих зависимостями и социально опасными болезнями. Например, это представители таких медицинских маргинальных групп, как больные алкоголизмом, туберкулезом легких, ВИЧ-инфекцией, которые демонстрируют экстернальный локус контроля, рентные установки к лечению [3–8].

Нам представляется, что ситуация социальной неопределенности, ухудшение экономического положения, изменение образа жизни являются непременным атрибутом социальных последствий любого тяжелого соматического заболевания. Это связано с ограничениями или невозможностью реализовать себя в прежних, прежде всего, профессиональных ролях и создает внутренний конфликт, затрудняющий возможность осуществления смыслообразующих мотивов личности и формирующий зависимость от других людей, что, в частности, может выражаться в иждивенческой позиции [9]. Маргинальность больного человека связана с объективными внешними составляющими ситуации болезни, такими как утрата или ограничение профессиональной реализации, ухудшение социальной и экономической защищенности, ограничение социальных взаимодействий рамками медицинских учреждений и семейным кругом, что дополняется необратимостью, невозможностью придерживаться прежнего образа жизни, необходимостью отказа от жизненных планов, зависимостью от других людей. К субъективным факторам, определяющими маргинальность больного человека, относятся пассивность позиции, утрата значимости роли здорового человека, идентификация



себя с больным и инвалидом, формирование зависимого способа взаимодействия [10].

Адаптационные стратегии в ситуации болезни во многом связаны с субъектностью и социальной компетентностью личности, которые утрачиваются с утяжелением болезни и сужением жизненного кругозора как следствие невозможности реализации прежних социальных ролей [11–12]. Сохранение личностной и ценностной структуры, а также прежней системы идентификаций возможно за счет творческой активности личности, интернальности, самоуважения, референтной группы, осознанности адаптации, что обеспечивает получение опыта преодоления и расширяет диапазон адаптационных стратегий, в том числе конструктивных отношений с другими людьми. В рамках проведенных нами исследований это было показано на примере целого ряда нозологий [13].

Процесс адаптации больного, с точки зрения утраты социальных позиций, реализуется через трансформацию социальных и психических аспектов, что приводит к формированию личности с новыми свойствами, по аналогии с изменениями личности маргинала [14]. Человек ощущает невозможность успешно выполнять свои социальные роли, испытывает недоверие по отношению к людям, чувство одиночества, ненужности, психологической незащищенности. При наличии стремления сохранить утраченное может произойти отчуждение самого себя, за которым наступает некоторая деперсонализация, снижающая социальную активность [15].

Маргинализация больного как социально-психологический феномен, по нашему мнению, определяется поиском социально-личностной идентичности в условиях социальных ограничений: она переживается как конфликт идентичности, что может восприниматься как отчужденность от всего, что было ранее, в том числе и самого себя.

Целью данной работы являлся анализ изменений личности больных сахарным диабетом в зависимости от социальных предикторов ситуации болезни. Было исследовано 48 больных сахарным диабетом второго типа без инвалидности и 19 больных сахарным диабетом – инвалидов 2-й группы инвалидности. Контрольную группу составили 187 здоровых лиц аналогичного возраста и пола. Были проведены исследования по методикам: «Шкала семейных отношений» в адаптации С. Ю. Куприянова, «Незаконченные предложения» М. М. Орловой, «Кто Я» М. Куна, Т. Макпартленда, МИС С. Р. Панталева, «Исследование копинг-стратегий» Р. Лазаруса, многоуровневый

личностный опросник «Адаптивность» А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина, опросник оценки психологических защит Келлермана–Плутчика–Конте, авторская анкета «Представления о здоровом и больном человеке». Статистический анализ проводился методом корреляционного анализа Пирсона с применением компьютерной программы SPSS-19 ($p < 0,05$).

По результатам анализа полученных данных в контрольной группе мужчины более ориентированы на профессиональные успехи ($0,2$; $p < 0,01$) и опираются на более высокую нервно-психическую устойчивость ($0,2$; $p < 0,01$) и сплоченность семьи ($0,19$; $p < 0,05$). Женщины больше идентифицируют себя с материальными и хозяйственными задачами ($0,22$; $p < 0,01$), испытывают страх перед последствиями болезни ($0,2$; $p < 0,01$). С возрастом повышается профессиональный статус ($0,3$; $p < 0,01$), у испытуемых чаще наличествует супружеская семья ($0,48$; $p < 0,01$), снижаются самоуважение ($-0,16$; $p < 0,01$), сплоченность ($-0,22$; $p < 0,01$) и организация в семье ($-0,16$; $p < 0,05$), оценка качества жизни в сфере независимости ($-0,21$; $p < 0,01$) и общее качество жизни ($-0,24$; $p < 0,01$), повышается идентификация себя с физической сферой ($0,16$; $p < 0,05$). По-видимому, при большем социальном капитале люди субъективно воспринимают себя и свои отношения более критично.

Уровень образования также повышает уровень профессионального статуса ($0,25$; $p < 0,01$) и снижает самопринятие ($-0,21$; $p < 0,01$), что повышает критичность в отношении себя и других. Профессиональный статус коррелирует с возрастом ($0,3$; $p < 0,01$), образованием ($0,25$; $p < 0,01$), наличием супружеской семьи ($0,19$; $p < 0,05$), идентификацией себя с деятельностью ($0,16$; $p < 0,05$) и опорой в решении вопросов здоровья на семейную поддержку ($0,16$; $p < 0,05$). Данные факторы можно рассматривать как симптомокомплекс социальной полноценности, характерный для мужчин ($0,2$; $p < 0,01$).

Наличие детей сочетается со снижением самооценности ($-0,27$; $p < 0,01$), самопривязанности ($-0,19$; $p < 0,05$), психологических защит, таких как компенсация ($-0,31$; $p < 0,01$), рационализации ($-0,19$; $p < 0,05$), представления о сплоченности своей семьи ($-0,24$; $p < 0,01$), оценки качества жизни ($-0,24$; $p < 0,01$), повышением дистанцирования как копинг-стратегии ($0,2$; $p < 0,01$), идентификацией с материальными ($0,25$; $p < 0,01$) и физическими характеристиками ($0,27$; $p < 0,01$), опорой на себя в сохранении здоровья ($0,2$; $p < 0,01$). Этот социальный фактор, по всей видимости, может рассматриваться как ситуация испытания и повышения проблемности.



Наличие супружеской семьи связано с профессиональным статусом (0,48; $p < 0,01$), самопринятием (0,17; $p < 0,05$), дистанцированием (0,16; $p < 0,05$), снижением психологических защит, таких как замещение (-0,15; $p < 0,05$), рационализация (-0,18; $p < 0,05$).

В целом наиболее проблемной сферой для здоровых людей может считаться сфера родительства. Следовательно, можно сделать вывод о том, что наиболее оптимизирующим социальным фактором является профессиональный статус: болезнь и особенно инвалидизация предполагает утрату именно этого социального фактора.

Объективные составляющие ситуации диабета 2-го типа без инвалидности связаны с неожиданным началом, средней степенью тяжести течения болезни, которая диктует необходимость соблюдения диеты, регулярного приема лекарственных препаратов. Вместе с тем это предполагает изменение образа жизни и зависимость от медицинских учреждений. Субъективные составляющие ситуации сахарного диабета для работающих больных характеризуются, как нам кажется, прежде всего, ограничениями, связанными с изменением образа жизни.

В нашем исследовании группа больных диабетом представлена мужчинами и женщинами от 18 до 64 лет преимущественно со средним специальным и высшим образованием, находящимися в браке и имеющими детей.

Анализ влияния социальных факторов на адаптационные возможности личности показал, что для мужчин, больных сахарным диабетом, более характерны нервно-психическая адаптивность (0,39; $p < 0,01$) и личностная адаптивность в целом (0,326; $p < 0,05$), а также более высокое качество жизни (0,33; $p < 0,05$). Для женщин более характерны внутренняя неустроенность (0,303; $p < 0,05$) и большая опора на семейную поддержку (0,358; $p < 0,05$). По-видимому, в этой группе сохраняются полоролевые особенности реагирования на стрессовую ситуацию.

Возраст в этой группе сочетается с повышением имеющегося профессионального статуса (0,435; $p < 0,01$), наличием семьи (0,469; $p < 0,01$), детей (0,349; $p < 0,05$) и стажа болезни (0,358; $p < 0,05$), самопринятия (0,422; $p < 0,01$) и вместе с тем снижением общей оценки качества жизни (-0,458; $p < 0,01$), в том числе в сфере социальных взаимодействий (-0,392; $p < 0,01$), что, видимо, связано с субъективным уровнем неудовлетворенности своей жизнью.

Уровень образования коррелирует с профессиональным статусом (0,389; $p < 0,01$), значимостью переживания здоровья (0,343; $p < 0,05$), ориентацией семьи на активный отдых (0,323;

$p < 0,05$) и снижением проекции (-0,435; $p < 0,05$). По-видимому, уровень образования можно рассматривать как субъективный ресурс в ситуации болезни, поскольку он позволяет иметь амбиции и повышает активность личности.

Профессиональный статус коррелирует с возрастом (0,435; $p < 0,01$), уровнем образования (0,389; $p < 0,01$), снижением конфронтационного копинга (-0,293), повышением экспрессивности в семье (0,296; $p < 0,05$). Можно рассматривать профессиональный статус как оптимизирующий социальный фактор наряду с образованием.

Наличие супружеской семьи в данной группе более характерно для женщин (0,390; $p < 0,01$), коррелирует с возрастом (0,469; $p < 0,01$), наличием детей (0,685; $p < 0,01$), принятием себя в глазах других людей (0,494; $p < 0,01$), самоуважением (0,465; $p < 0,01$), аутосимпатией (0,429; $p < 0,01$), представлением, что здоровью помогает семья (0,304; $p < 0,05$), снижением психологических защит, таких как вытеснение (-0,294; $p < 0,05$), рационализация (-0,293; $p < 0,05$), оценкой качества жизни в духовной сфере (-0,316; $p < 0,05$). Можно говорить о том, что семейные люди в большей степени сохраняют позитивное самоотношение.

Наличие детей также коррелирует с возрастом (0,349; $p < 0,05$), позитивным самоотношением, а именно с аутосимпатией (0,323; $p < 0,05$) снижением психологических защит, таких как вытеснение (-0,348; $p < 0,05$) и рационализация (-0,318; $p < 0,05$), значимостью представлений о соматических ограничениях, связанных с болезнью (-0,319; $p < 0,05$), повышением значимости здоровья как условия активности и социальной востребованности (0,378; $p < 0,01$), чаще встречается в полной семье (0,685; $p < 0,01$). По-видимому, наличие семьи и детей является субъективно значимым социальным ресурсом.

Стаж болезни коррелирует с возрастом (0,358; $p < 0,05$), значимостью здоровья (0,339; $p < 0,05$), личностным адаптационным потенциалом (0,318; $p < 0,05$), значимостью социальных ролей (0,288; $p < 0,05$). Это свидетельствует о том, что ситуация болезни у больных сахарным диабетом без инвалидности характеризуется их субъективной ресурсностью социальных возможностей, позволяющих воспринимать себя здоровым человеком, что предъявляет определенные требования и повышает критичность к себе. В этом случае социальные ограничения, связанные с болезнью, в частности, возможной инвалидизацией, составляют основу переживания ситуации.

Объективные составляющие ситуации инвалидности больных диабетом связаны с тяжелой формой его течения (как инсулинозависимого, так и инсулинонезависимого типа), сопровождаются



явлениями микроангиопатии, что предполагает значительные нарушения функций органов зрения, нервной системы и почек, невозможность продолжать профессиональную деятельность, необходимость постоянного лечения, ограничение круга общения, инвалидизацией как изменением социального статуса, предполагающим опеку со стороны общества.

Для мужчин, больных диабетом, характерны более высокие психологические защиты: регрессия (0,56; $p < 0,05$), замещение (0,5; $p < 0,05$), отрицание (0,56; $p < 0,05$), проекция (0,54; $p < 0,05$), рационализация (0,57; $p < 0,01$). Для них характерны снижение идентификации с социальными ролями (-0,61; $p < 0,01$) и повышение значимости идентификации себя с личностными особенностями (0,49; $p < 0,05$). По-видимому, это предполагает переориентацию личности на новые критерии.

Возраст повышает внутренний конфликт, такие копинг-стратегии, как дистанцирование (0,56; $p < 0,01$), самоконтроль (0,58; $p < 0,01$), бегство-избегание (0,51; $p < 0,05$), снижает оценку качества жизни в сфере уровня независимости (-0,47; $p < 0,05$), оптимизм в возможности сохранить здоровье (-0,58; $p < 0,01$). Следовательно, возраст является фактором, отягощающим ситуацию болезни.

Уровень образования снижает опору на семейную поддержку (-0,46; $p < 0,05$) в сохранении здоровья. Видимо, образование повышает стремление к самостоятельности.

Наличие супружеской семьи усиливает опору на морально-нравственные ориентации в семье и повышает оценку качества жизни в социальных взаимодействиях и вместе с тем снижает восприятие себя как активного человека (-0,46). По-видимому, семью можно рассматривать как опору в трудной жизненной ситуации.

Наличие детей стимулирует дистанцирование (0,57; $p < 0,01$), опору на морально-нравственные ориентации в семье (0,61; $p < 0,01$) и повышает оценку качества жизни в сфере окружающей среды (0,53; $p < 0,05$). Обращает на себя внимание, что оптимизация состояния не сопровождается активными формами адаптации.

Длительность болезни в этой группе коррелирует с выраженностью идентификации с физической сферой (0,6; $p < 0,01$), в том числе и с идентификацией себя с больным человеком (0,6; $p < 0,01$), со снижением оценки качества жизни (0,46; $p < 0,05$), приводит к реакции капитуляции и формированию новой философии, объясняющей имеющуюся ситуацию потерь.

Анализ специфичности связи социальных факторов с субъективным благополучием лю-

дей в зависимости от ситуации болезни дает представление об изменении восприятия своего социального положения и форм социальной адаптации больного человека среди других людей. Происходящая трансформация связана с промежуточностью социальной роли больного – либо человек продолжает воспринимать себя здоровым, адаптируясь с опорой на самого себя, либо рассматривает себя зависимым и социально опекаемым.

Обращает на себя внимание то, что для здорового человека наиболее адаптивным можно рассматривать фактор профессионального статуса. Семейные отношения и наличие детей не оказались значимым ресурсом. По-видимому, профессиональный статус можно рассматривать как выражение социальной значимости индивида, что стимулирует адаптацию, направленную на достижение личного успеха.

У больных сахарным диабетом без инвалидности сохраняются социальные ориентации здорового человека, при этом семейные отношения становятся значимым ресурсом. Это свидетельствует о поиске ресурсов в ситуации ограничения социальных возможностей и может создать основу для формирования зависимого поведения и изменения идентичности.

В группе инвалидов утрата профессиональной самореализации стимулирует переориентацию на идентичность больного (инвалида) и опору на семейное окружение. Таким образом, у инвалидов по сахарному диабету социальные факторы могут рассматриваться как оптимизирующие в рамках адаптации к новому социальному статусу инвалида, что предполагает реализацию себя в узком (семейном) социальном круге. По-видимому, это опосредует изменение характера адаптации, когда опора на себя сменяется зависимостью от Других.

Список литературы

1. Шибутани Т. Социальная психология. Ростов н/Д, 1998. 536 с.
2. Пачколина Е. Н. Состояние маргинальности и его динамика у студентов из сельской местности в условиях города : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Самара, 2006. 28 с.
3. Узлов Н. Д. Личностные характеристики больных с бытовой ожоговой травмой и их отношение к болезни // Клиническая психология: Итоги. Проблемы. Перспективы : сб. материалов Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Санкт-Петербург, 27–28 апреля 2010 г.). СПб., 2010. С. 182–188.
4. Узлов Н. Д. Напряженность психологических защит, отношение к болезни и лечению больных алкоголизмом при первичной и вторичной госпитализации // Актуальные вопросы теории и практики психо-



- логии отношений: материалы Всерос. науч.-практ. конф. (Екатеринбург, 24–27 мая 2010 г.) / науч. ред. С. А. Минюрова, С. В. Духновский. Екатеринбург, 2010. С. 229–231.
5. Узлов Н. Д. Личностные профили женщин-заключенных, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом // Медицинская психология в России. 2011. № 2. URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer16.php (дата обращения: 15.04.2017).
 6. Узлов Н. Д. Психологический портрет пациентов с бытовой ожоговой травмой // Тюмен. мед. журн. 2011. № 2. С. 45–46.
 7. Узлов Н. Д., Башкирцева О. В. Самоотношение ВИЧ-инфицированных и заболевших туберкулезом осужденных // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика. 2014. № 2 (4). URL: http://www.medpsy.ru/climp/2014_2_4/article08.php (дата обращения: 15.04.2017).
 8. Узлов Н. Д., Габдрахманова Н. Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни // Медицинская психология в России. 2013. № 3 (20). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2013_3_20/nomer/nomer06.php (дата обращения: 15.04.2017).
 9. Орлова М. М. Субъективная ресурсность социальных предикторов ситуации болезни при острых и хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2–3. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23978> (дата обращения: 28.08.2017).
 10. Орлова М. М. Субъективная ресурсность социальных предикторов ситуации болезни (на примере острых и хронических заболеваний легких) // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2015. Т. 15, вып. 4. С. 94–98.
 11. Орлова М. М. Трансформация идентичности у больных ишемической болезнью сердца как проявление адаптационных стратегий // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. Сер. Психолого-педагогические науки. 2015. № 174. С. 101–109.
 12. Орлова М. М. Адаптационные стратегии в условиях тяжелого инвалидизирующего заболевания как субъективная составляющая ситуации болезни // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2013. Т. 13, вып. 4. С. 64–70.
 13. Орлова М. М. Субъектно-социальный подход к исследованию здоровья. Саратов, 2014. 220 с.
 14. Стоунквист Э. В. Маргинальный человек. Исследование личности и культурного конфликта // Современная зарубежная этнография. М., 1979. С. 90–112.
 15. Mancini B. J. No owner of soil: The concept of marginality revisited on its sixtieth birthday // International Review of Modern Sociology. 1988. Vol. 18, № 2. P. 182–204.

Образец для цитирования:

Орлова М. М. Адаптационная ресурсность социальных предикторов у больных сахарным диабетом в зависимости от степени инвалидизации // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2017. Т. 17, вып. 4. С. 465–470. DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-4-465-470.

Adaptive Resource of Social Predictors in Patients with Diabetes Mellitus Depending on the Degree of Disability

Mariya M. Orlova

Saratov State University

83, Astrakhanskaya str., Saratov, 410012, Russia

E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

The problem of rehabilitation and resocialization of patients with chronic somatic diseases and disabled people requires consideration of this process in the integrative context of various scientific disciplines: medicine, sociology, social and medical psychology. One of the ways to solve this problem is to analyze the situation of a person with a disability from the point of view of marginalization. The article deals with the transformation of the personal resource of social predictors of the situation of patients with diabetes mellitus both with and without disability. The importance of professional activity in preserving the role of a healthy person is emphasized. Severe disabling disease affects the entire system of mechanisms of personality adaptation and allows you to assess the safe and deficit areas of personal interaction with the society when the role of a healthy person changes to the role of a patient (disabled person). The formation of dependent behavior in patients with disabilities and the transformation of the identity system are analyzed. A patient with diabetes with no disability relies on social interaction. This usually reduces the level of independence, but does

not cause any internal conflict. In the situation of disability, reliance on social interaction is the evidence of dependence and losing their identity with the role of a healthy person.

Key words: marginality, adaptation strategies, subjectivity, disease situation, disability.

References

1. Shibutani T. *Sotsialnaya psikhologiya* [Social psychology]. Rostov-on-Don, 1998. 536 p. (in Russian).
2. Pachkolina E. N. *Sostoyanie marginalnosti i ego dinamika u studentov iz selskoy mestnosti v usloviyakh goroda*: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk [The condition of marginality and its dynamics in students from rural areas in the city: autoref. diss. ... cand. of psychology]. Samara, 2006. 28 p. (in Russian).
3. Uzlov N. D. Lichnostnye kharakteristiki bolnykh s bytovoy ozhogovoy travmoy i ikh otnoshenie k bolezni [Personality characteristics of patients with a domestic burn injury and their relation to illness]. In: *Klinicheskaya psikhologiya: Itogi. Problemy. Perspektivy: sb. materialov Vseros. nauch.-prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem* [Clinical psychology: Results. Problems. Prospects: Collection materials All-Russian scientific-practical.



- conf. with intern. Participation]. (St. Petersburg, April 27–28, 2010). St. Petersburg, 2010, pp. 182–188 (in Russian).
4. Uzlov N. D. Napryazhennost psikhologicheskikh zashchit, otnoshenie k bolezni i lecheniyu bolnykh alkogolizmom pri pervichnoy i vtorichnoy hospitalizatsii [Tension of psychological defenses, attitude to illness and treatment of patients with alcoholism in primary and secondary hospitalization]. In: *Aktualnye voprosy teorii i praktiki psikhologii otnosheniy: materialy Vseros. nauch.-prakt. konf.* (Actual problems of theory and practice of psychology of relations: materials All-Russian scientific-practical. conf.) (Ekaterinburg, May 24–27, 2010). Eds. S. A. Minyurova, S. V. Dukhnovskyy. Ekaterinburg, 2010, pp. 229–231 (in Russian).
 5. Uzlov N. D. Lichnostnye profili zhenshin-zaklyuchennykh, VICH-infitsirovannykh i bolnykh SPIDom [Personal profiles of female prisoners, HIV-infected and AIDS patients]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2011, no. 2. Available at: medpsy.ru (accessed 15 April 2017) (in Russian).
 6. Uzlov N. D. Psikhologicheskiy portret patsientov s bytovoy ozhogovoy travmoy [Psychological portrait of patients with a domestic burn injury]. *Tyumen. med. zhurn.* [Tyumen Medical Journal], 2011, no. 2, pp. 45–46 (in Russian).
 7. Uzlov N. D., Bashkirtseva O. V. Samootnoshenie VICH-infitsirovannykh i zabollevshikh tuberkulezom osuzhdennykh [Self-relationship of HIV-infected and tuberculosis-infected convicts]. *Klinicheskaya i meditsinskaya psikhologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika* [Clinical and medical psychology: research, training, practice], 2014, no. 2 (4). Available at: <http://medpsy.ru/climp> (accessed 15 April 2017) (in Russian).
 8. Uzlov N. D., Gabdrakhmanova N. N. Sovladayushchee povedenie i zashchitnye mekhanizmy lichnosti u bolnykh tuberkulezom legkikh s anozognozicheskim tipom otnosheniya k bolezni [Conforming behavior and protective mechanisms of personality in patients with pulmonary tuberculosis with an anosognotic type of attitude towards the disease]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2013, no. 3 (20). Available at: <http://medpsy.ru> (accessed 15 April 2017) (in Russian).
 9. Orlova M. M. Subektivnaya resursnost sotsialnykh prediktorov situatsii bolezni pri ostrykh i khronicheskikh zabollevaniyakh zheludochno-kishechnogo trakta [Subjective resource of social predictors of the disease situation in acute and chronic diseases of the gastrointestinal tract]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya* [Modern problems of science and education], 2015, no. 2–3. Available at: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=23978> (accessed 28 August 2017) (in Russian).
 10. Orlova M. M. Subektivnaya resursnost sotsialnykh prediktorov situatsii bolezni (na primere ostrykh i khronicheskikh zabollevaniy legkikh) [Subjective resource of social predictors of the disease situation (on the example of acute and chronic lung diseases)]. *Izv. Saratov Univ. (N.S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2015, vol. 15, iss. 4, pp. 94–98 (in Russian).
 11. Orlova M. M. Transformatsiya identichnosti u bolnykh ishemichekoy boleznyu serdtsa kak proyavlenie adaptatsionnykh strategiy [Transformation of identity in patients with ischemic heart disease as a manifestation of adaptation strategies]. *Izv. Ros. gos. ped. un-ta im. A. I. Gertsena. Psikhologo-pedagogicheskie nauki* [IZVESTIA: Herzen University Journal of Humanities and Sciences. Psychological and pedagogical sciences], 2015, no. 174, pp. 101–109 (in Russian).
 12. Orlova M. M. Adaptatsionnye strategii v usloviyakh tyazhelogo invalidiziruyushchego zabollevaniya kak subektivnaya sostavlyayushchaya situatsii bolezni [Adaptation strategies in conditions of severe disabling disease, as a subjective component of the disease situation]. *Izv. Saratov Univ. (N.S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2013, vol. 13, iss. 4, pp. 64–70 (in Russian).
 13. Orlova M. M. *Subektno-sotsialnyy podkhod k issledovaniyu zdorovya* [Subject-social approach to health research]. Saratov, 2014. 220 p. (in Russian).
 14. Stonequist E. V. *The marginality man. A study in personality and culture conflict*. New York, 1961. 228 p. (Russ. ed.: Stonequist E. V. Marginalnyy chelovek. Issledovanie lichnosti i kulturnogo konflikta. In: *Sovremennaya zarubezhnaya etnografiya: referat. sb.* Moscow, 1979, pp. 90–112).
 15. Mancini B. J. No owner of soil: The concept of marginality revisited on its sixtieth birthday. *International review of modern sociology*, 1988, vol. 18, no. 2, pp. 182–204.

Cite this article as:

Orlova M. M. Adaptive Resource of Social Predictors in Patients with Diabetes Mellitus Depending on the Degree of Disability. *Izv. Saratov Univ. (N. S.), Ser. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2017, vol. 17, iss. 4, pp. 465–470. DOI: 10.18500/1819-7671-2017-17-4-465-470.
