

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ БОЛЕЗНИ НА ПРИМЕРЕ БОЛЬНЫХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ: АНАЛИЗ ОБЪЕКТИВНЫХ И СУБЪЕКТИВНЫХ СОСТАВЛЯЮЩИХ

© 2011 М.М.Орлова

Саратовский государственный университет

Статья поступила в редакцию 17.06.2011

Предлагается анализ феномена болезни как социально-психологической ситуации. Автор рассматривает данное явление на примере острых и хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта. Приводится исследование, подтверждающее связь адаптационных стратегий в первой и второй ситуации болезни с самоотношением больного и его принятием новой социальной роли – роли больного.

Ключевые слова: феномен болезни, адаптационные стратегии, ситуации болезни, боль больного, самоотношение.

Анализ феномена здоровья и болезни требует интегративного подхода к построению объяснительных моделей и выходу за пределы сугубо клинического подхода. Перспективным в рассмотрении этих явлений являются социально-психологические концепции. Нам представляется продуктивным рассмотрение феномена здоровья и болезни с точки зрения субъектно-ситуативного подхода¹. Отражением субъектно-ситуативного подхода является понимание ситуации, которое Н.В.Гришина называет изучением ситуации в естественных условиях и представлено следующим определением: «ситуация – система субъективных и объективных элементов, появляющихся в результате активного взаимодействия субъекта и среды»².

С точки зрения этого подхода, разработанного С.Л.Рубинштейном³, и его последователями, субъект – это человек на высшем уровне активности, целостности (системности) и автономности. С.К.Нартова-Бочавер определяет психологическую ситуацию как единство внешних условий и их субъективной интерпретации, ограниченное во времени и побуждающее человека к избирательной активности⁴. Ситуация содержит намерения и притязания субъекта, детерминирована предшествующим поведением

и обращена в будущее посредством предъявления новых требований к субъекту и ситуации.

Л.И.Анцыферова пишет об антиципирующей функции субъекта, заключающейся в ожидании, готовности к трудной ситуации и последующем ее предотвращении или совладании⁵. Способность предвидеть и предотвращать трудные ситуации является одной из «метастратегических техник» жизни. Анализируя сложные ситуации и действия в них индивида с позиций его собственного внутреннего мира, внутренней реальности, по мнению Л.И.Анцыферовой, можно найти ответ на вопрос, почему разные люди весьма различно воспринимают одни и те же ситуации, почему они, обладая приблизительно равным набором стратегий, выбирают неодинаковые приемы разрешения трудных проблем⁶. Функцию регуляции восприятий и представлений человека, а также способ интерпретации окружающего мира и действия в нем субъекта выполняет личностная «теория» или мини-теория в виде систем значений, убеждений и ценностей, которая включает весь опыт жизни, а также предвосхищаемое будущее. Такая теория делает мир предсказуемым и понятным. По Л.И.Анцыферовой, от уровня развития механизма когнитивного оценивания, его гибкости, от способности человека с разных точек зрения рассматривать трудную ситуацию и прибегать к приемам переоценки зависит пра-

⁰ Орлова Мария Михайловна, кандидат психологических наук, доцент. E-mail: Orlova-maria2010@mail.ru

¹ Брушлинский А.В. Проблема субъекта в психологической литературе // Психологический журнал. – 1992. – Т. 13. – №6. – С. 3 – 12. – С. 12.

² Гришина Н.В. Психология социальных ситуаций // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия / Сост. Н.В.Гришина. – СПб.: 2001. – С. 9.

³ Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. – М.: 1957.

⁴ Нартова-Бочавер С.К. Человек суверенный: Психологическое исследование субъекта в его бытии. – СПб.: 2008. – С. 180.

⁵ Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психология социальных ситуаций. Хрестоматия... – С. 316.

⁶ Анцыферова Л.И. Психология повседневности: жизненный мир личности и «техники» ее бытия // Психологический журнал. – 1993. – №2. – С. 3 – 16.

вильный выбор стратегии совладания с травмирующим событием⁷.

В работе Л.Ф.Бурлачук, Н.Б.Михайловой были выделены следующие параметры представленности ситуации в сознании человека: готовность к ситуации, отношение к ней и ее предварительная оценка, ожидания и прогнозирование, проявление механизмов психологической защиты в интерпретации ситуации; эмоциональные переживания собственной репрезентации ситуации; тематическое содержание когнитивных репрезентаций, их иерархия и степень дифференцированности; ориентированность репрезентаций на интересы самого субъекта, других людей, требования реальной ситуации; степень стабильности когнитивных репрезентаций; тенденции динамики⁸.

Рассмотрение болезни как социально-психологической ситуации также предполагает анализ этого явления с точки зрения объективных и субъективных составляющих. Изучение субъективной стороны болезни и здоровья на данный момент представлено понятиями «внутренняя картина болезни» и «внутренняя картина здоровья»⁹. В 1983 году нами было предложено понятие «ситуация болезни», в котором могут быть объединены все представленные нами выше подходы¹⁰. Анализ литературы по проблеме социально-психологической ситуации болезни позволяет выделить следующие параметры, определяющие ситуацию болезни. Это, во-первых, ее объективные составляющие: тяжесть болезни; ее обратимость; социальные ограничения, связанные с болезнью; стаж болезни. К социальным ограничениям мы относим изменение профессионального и семейного статуса. И, во-вторых, субъективные составляющие: когнитивная оценка ситуации; изменение самооценки, выражающееся в частности, в принятии роли больного; переживание болезни, как трудной жизненной ситуации, включающее механизмы психологических защит, копинг-стратегий. Исходя из данного рассмотрения понятия «ситуация болезни», можно предположить наличие в структуре жизненного пути личности динамической модели взаимозависимых элементов.

По нашему мнению, хроническое соматическое заболевание изменяет систему социальных

взаимодействий человека как через систему социальных ожиданий, представленных в социальных представлениях о больном человеке, так и через индивидуальный опыт переживания болезни как социально-психологической ситуации. Нами была разработана классификация ситуаций болезни на примере больных заболеваниями легких. *Первая* (или 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* (или 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* (или конечная) ситуация характеризуется крайней выраженностью влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность – все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов. Классификация учитывает наиболее общие для большинства здоровых людей стороны их психической деятельности, социальной адаптации и наиболее значимые параметры ее изменений (норма, существенное ухудшение, ломка).

В психологической литературе патология представлена, прежде всего, исследованиями ее психосоматических механизмов. Вместе с тем, при некоторых заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) прослеживается связь между манифестацией патологического процесса и психологической дезадаптацией¹¹.

Нами было обследовано 74 человека – мужчины и женщины в возрасте 20-55 лет с острыми и хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта, которые были разделены на группы. *Первую группу* составили больные с первой ситуацией болезни (36 человек) с диагнозом: гастрит, гастродуоденит; вторую группу – больные со второй ситуацией болезни (38 человек) с диагнозом: хронический панкреатит, хронический холецистит, язвенная болезнь же-

⁷ Анциферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита // Психологический журнал. – 1994. – Т. 15. – №1. – С. 3 – 19.

⁸ Бурлачук Л.Ф., Михайлова Н.Б. К психологической теории ситуации // Психологический журнал. – 2002. – т. 23. – №1. – С.5 – 17. – С. 8.

⁹ Анишев В.А. Психология здоровья. – СПб.: 2006.

¹⁰ Орлова М.М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких: Автореф. дисс.к.психол.н. – М.: 1982.

¹¹ Палий И.Г., Резниченко И.Г., Севак Н.М. Психосоматические расстройства в гастроэнтерологической практике: особенности клинического течения и медикаментозной терапии // Новости медицины и фармации. – 2007. – №6.

лудка и 12-типерстной кишки, неспецифический язвенный колит. Данные группы были сходны по полу и возрасту. У больных со второй ситуацией болезни заболевание протекает тяжелее, срок заболевания больше, чем в первой группе, – возникает необходимость изменения образа жизни в связи с болезнью, в первую очередь в сфере пищевого поведения.

Среди больных первой группы (*первая ситуация болезни*), где тяжесть и срок заболевания небольшие, все испытуемые, в основном люди работающие, считающие себя материально независимыми и в материальной поддержке не нуждающимися – 78%. Во второй группе (*пациенты со второй ситуацией болезни*) число больных, не нуждающихся в материальной помощи, меньше – 52%. Это объясняется тем, что многие из работающих пациентов испытывают материальные трудности из-за низкого уровня заработной платы и невозможности подрабатывать в связи с болезнью, и, следовательно, нуждаются в материальной поддержке.

Результаты исследования показывают, что пациенты обеих групп нуждаются в моральной поддержке и получают ее в кругу семьи (чаще всего от супруга и детей) 80% больных, как в первой, так и во второй группе. Ограничения круга общения вне обострения заболевания не отметил ни один из опрошенных как в первой, так и во второй группе, болезнь не мешает людям общаться в привычной для них форме и иметь друзей. Некоторые отметили, что в больнице приобрели новых друзей и знакомых. При обострении и развитии заболевания ограничение круга общения отметили 20% больных со второй ситуацией болезни. На основании анализа клинического интервью мы определили, что по мере развития заболевания болезнь все больше начинает вмешиваться в различные сферы человеческой деятельности: физическую, эмоциональную, социальную (трудовая деятельность, изменение круга общения, семейных отношений). Анализ представлений о больном человеке в группе больных с первой ситуацией болезни показывает, что наиболее значимы: сам факт заболевания, как диагноза и страдания, которое страшит; чувство беспомощности; ограничение возможностей; ущербность и зависимость; отсутствие перспектив и неизлечимость. Для больных со второй ситуацией болезни характерны: большая значимость изменений отношения к миру и себе, эмоциональные проблемы, чувство отверженности, желание независимости.

Ретроспективная оценка переживания ситуации здоровья и болезни проводилась нами с помощью модифицированной методики «Логические уровни сознания», предложенной

Р.Дилтсом и предполагающей воспоминания о ситуации, идентифицированной как ситуация, в которой человек чувствовал себя очевидно здоровым или очевидно больным. Полученные данные позволили выделить 4 типа субъективного описания переживания ситуации здоровья по степени личностной значимости данного переживания: 1) здоровье как отсутствие проблем; 2) формально-позитивное переживание здоровья; 3) здоровье как радость; 4) здоровье, как возможность реализации значимых мотивов. Аналогично были выделены 4 типа субъективного описания переживания болезни: 1) формальное перечисление симптомов заболевания; 2) акцентированное чувство беспомощности; 3) потерянности или чувство утраты собственной личности; 4) страх¹². Ретроспективная оценка переживания ситуации здоровья и болезни показала, что личностное отношение к здоровью выразили 75% больных с первой ситуацией болезни и 62% больных со второй ситуацией. Личностное отношение к болезни выразили 61% больных с первой ситуацией болезни и 52% – со второй. По-видимому, больные со второй ситуацией болезни менее личностно описывают как здоровье, так и болезнь.

Поскольку здоровье и болезнь рассматриваются как взаимодополняющие понятия, можно выделить наиболее часто встречающиеся стратегии переживания здоровья и болезни в обеих группах. Чаще всего встречаются описания здоровья как радости, болезни как перечисление симптомов и беспомощности, а также формальное отношение как к здоровью, так и болезни. При этом в первой ситуации болезни чаще, чем во второй, фигурирует стратегия переживания здоровья как радости, а болезни как утраты собственной личности. Это предполагает, что болезнь в первой ситуации переживается более драматично, а здоровье более ценно. По-видимому, это объясняется новизной самой ситуации болезни и страхом утраты собственной идентичности в качестве здорового человека. Исследование самоотношения по методике МИС показало достоверные различия между двумя группами по шкалам «самоуверенность», «внутренняя конфликтность» и «самообвинение». Таким образом, для пациентов с первой ситуацией болезни более характерна самостоятельность, вера в себя и свои способности, ощущение ценности собственной личности, в то время, как для пациентов со второй ситуацией болезни характерна внутренняя конфликтность

¹² Орлова М.М. Перцепция здоровья и болезни, как выражение адаптационных стратегий // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия Философия. Психология. Педагогика. – 2010. – Вып. 1. – С. 87 – 92.

и самообвинение, что свидетельствует о внутренней дезадаптации.

Анализ копинг-стратегий по методике Лазаруса показал, что и для больных с первой и со второй ситуацией болезни наиболее часто используемыми являются стратегии: «поиск социальной поддержки» (66% и 71%) и «планирование решения проблемы» (70% и 69%), а редко используемыми копингами в обеих группах: бегство-избегание (49% и 47%); – конфронтационный копинг (48% и 46%). Для больных во второй группе более характерными являются такие стратегии как самоконтроль и дистанцирование. То есть стратегии пациентов второй группы направлены на контроль своих эмоций, чувств и действий и попытку отделиться от ситуации, уменьшить ее значимость, что можно расценивать не как преодоление трудной ситуации, а как защиту внутреннего мира.

Анализ результатов по методике «Адаптивность» показал отсутствие достоверных различий по шкалам «нервно-психическая устойчивость» и «коммуникативные способности». Вместе с тем, во второй группе пациентов достоверно большие значения были выявлены по шкале «моральная нормативность». Таким образом, процесс адаптации в группе со второй ситуацией болезни происходит, прежде всего, за счет моральной нормативности, которую можно рассматривать в данном случае как защитный механизм психики.

Анализ особенностей психологических защит у больных желудочно-кишечными заболеваниями показал, что у пациентов со второй ситуацией болезни защитный механизм «регрессия» достоверно более выражен, что свидетельствует об уходе от проблемной ситуации к более ранним формам удовлетворения потребностей, решению проблем посредством запроса о помощи, сдерживания чувства неуверенности в себе и потребности в симбиотических эмоциональных отношениях. Также у пациентов этой группы, в сравнении с первой группой, наблюдается более высокий уровень механизма «замещение», что свидетельствует о сдерживании эмоций агрессии и гнева и обращении их на более безопасные объекты. Это говорит о том, что особенности психологических защит во второй ситуации болезни предполагают определенный выбор: либо больной человек пытается преодолеть ситуацию болезни, либо уйти в защитные формы адаптации.

Исследование типа реагирования на болезнь по методике ЛОБИ показало что, среди больных первой группы преобладает эйфорический тип реагирования на болезнь (40%), что в данной ситуации можно трактовать как пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и

лечению вследствие активного отказа от мысли о болезни и о возможных ее последствиях, как вариант отрицания происходящего.

Во второй группе пациенты чаще всего реагировали по обсессивно-фобическому, неврастеническому и эргопатическому типу. Таким образом, больные со второй ситуацией болезни, опасаются осложнений болезни, неудач в лечении, а также возможных неудач в жизни, семье, на работе, связанных с болезнью, а также боятся потерять независимость в связи с развитием заболевания. Они стремятся продолжать работу, во что бы то ни стало, что может рассматриваться как «уход в работу». Характерны также вспышки раздражения, особенно при болях и неприятных ощущениях, при неудачах в процессе лечения, неблагоприятных данных обследований. Тип реагирования на болезнь подчеркивает «цену» болезни во второй ситуации, которая ставит пациента в условия, создающие необходимость изменения образа жизни, пищевого поведения, риск утраты профессиональных возможностей, а также более осознанного отношения к себе и окружающему.

Анализ результатов по методике ШСО выявил достоверные различия по шкале «ориентация на активный отдых». Это свидетельствует о том, что утяжеление болезни ведет к изменению образа жизни не только больного, но и всей его семьи. Активный отдых становится менее доступным.

Рассмотрим данные корреляционного анализа по наиболее значимым факторам самоотношения в первой и второй ситуации болезни: факторы «самоуверенность», «самообвинение» и «внутренний конфликт» достоверно отличают первую и вторую ситуации болезни. Данные по шкале «Самоуверенность» в первой ситуации болезни имеют множество значимых корреляций. Так, обнаружены положительные корреляции с факторами «саморуководство», «зеркальное Я», «самоценность», «самопринятие», «самопривязанность», отрицательная – с фактором «внутренний конфликт». Это свидетельствует о целостности и позитивности самоотношения в первой ситуации болезни. Обнаружены отрицательные корреляции с такими факторами адаптивности как «коммуникативная адаптивность» и «морально-нравственная адаптивность», а также отрицательные корреляции с такой формой психологической защиты как регрессия. По-видимому, уверенность в себе в первой ситуации болезни не нуждается в психологической защите или механизмах адаптации. Обнаружено множество корреляций с факторами семейного окружения: «сплоченность», «экспрессивность», «морально-нравственные ориентации», «организация», «кон-

фликтность» и «контроль в семье». По-видимому, семейные отношения являются значимым ресурсом уверенности в себе в первой ситуации болезни.

Фактор самообвинения положительно коррелирует с внутренним конфликтом и не имеет корреляций с другими факторами самоотношения. С факторами психологических защит: регрессия, компенсация и рационализация. С факторами копинг-стратегий: самоконтроль, дистанцирование, планирование – обнаружены отрицательные корреляции с гармоничным и ипохондрическим типом реагирования на болезнь. По-видимому, самообвинение в первой ситуации болезни стимулирует развитие как психологических защит, так и копинг-стратегий.

Фактор внутреннего конфликта обнаруживает множество отрицательных корреляций с факторами методики самоотношения, кроме фактора самообвинения. Выявлены положительные корреляции с психологическими защитами: проекция, регрессия, рационализация, компенсация и гиперкомпенсация, и отрицательные корреляции с копинг-стратегиями: планирование, переоценка, поиск социальной поддержки. Таким образом, внутренний конфликт в большей степени способствует переживанию проблем, но не совладанию с ними. Внутренний конфликт отрицательно коррелирует с факторами семейного окружения: сплоченностью, экспрессивностью, независимостью, интеллектуально-культурными ориентациями, ориентацией на активный отдых, организацией семейных отношений. Таким образом, внутренний конфликт лишает возможности получать семейную поддержку. И, наконец, внутренний конфликт способствует развитию тревожного и обсессивно-психастенического типа реагирования на болезнь. Взаимозависимость между самоуверенностью, самообвинением и внутренним конфликтом свидетельствует о том, что ресурсами сохранения уверенности в себе являются семейная поддержка, опора на саморукводство и взаимодействие с другими людьми. Факторы, препятствующие уверенности в себе и способствующие уходу во внутренний конфликт, – психологические защиты и отказ от взаимодействия со своим социальным окружением. Во второй ситуации болезни самоуверенность также имеет множество корреляций, вместе с тем, их несколько меньше, чем в первой ситуации болезни. Это положительные корреляции со шкалами «саморукводство», «самопринятие», «зеркальное Я», «самоценность». В отличие от первой ситуации болезни «самоуверенность» имеет ряд корреляций с психологическими защитами и копинг-стратегиями: положительные – с факторами переопределения, конфронта-

онного копинга, планирования, вытеснения и отрицательная – с регрессией. Это свидетельствует о некоем новом значении уверенности в себе, оно становится менее устойчивым и приводит к необходимости защиты вплоть до агрессии. Обращает на себя внимание значительно меньшее количество корреляций со шкалами семейного окружения. Выявлена корреляция с экспрессивностью. Видимо уверенность в себе во второй ситуации болезни в меньшей степени, чем в первой опирается на ресурсы семейных отношений. При второй ситуации болезни уверенность в себе коррелирует с адаптационными способностями. Уверенность в себе имеет ряд корреляций с типом отношения к болезни: положительные – с обсессивно-психастеническим и эйфорическим типом, отрицательные – с ипохондрическим и апатическим типом. Таким образом, уверенность в себе во второй ситуации болезни не препятствует, а, в ряде случаев, и способствует формированию неконструктивных форм реагирования на болезнь.

Фактор самообвинения во второй ситуации болезни теряет большую часть корреляций с психологическими защитами и не имеет корреляций с копинг-стратегиями. Остается только прямая корреляция с вытеснением. Самообвинение препятствует адаптивным механизмам: отрицательные корреляции с адаптационными способностями и нервно-психической устойчивостью. Самообвинение способствует ипохондрическому и эгоцентрическому типу реагирования на болезнь.

Фактор внутреннего конфликта также имеет значительно меньшее количество, чем в первой, корреляций. Интересно, что данный фактор, кроме прямой корреляции с самообвинением, положительно коррелирует с саморукводством и самопринятием. Во второй ситуации болезни внутренний конфликт не имеет корреляционных зависимостей с психологическими защитами. Обнаружены положительные корреляционные зависимости с конфронтационным копингом, планированием и отрицательная связь – с принятием ответственности. Анализ корреляций между самоуверенностью, самообвинением и внутренним конфликтом показывает, что происходит слияние внутреннего конфликта и самоуверенности, что меняет их смысл. Кроме того, самоотношение теряет инструменты и ресурсы для его поддержания.

Для выявления адаптационных стратегий испытуемые были разделены на группы по степени выраженности факторов самообвинения и внутреннего конфликта, поскольку при сравнении первой и второй ситуации болезни он оказывается наиболее значимым и может рассматриваться как патогенный. Сравнительный ана-

лиз особенностей самоотношения показал, что в первой ситуации болезни больные с выраженным самообвинением составляют примерно четверть от числа испытуемых первой группы. Во второй ситуации их оказалось несколько больше половины. Таким образом, особенности самоотношения выявленные в первой и второй ситуации болезни, подчеркивают, что уверенность в себе можно рассматривать как саногенный фактор, определяющий как внешнюю, так и внутреннюю ресурсность личности. Вместе с тем, во второй ситуации болезни данный фактор теряет свою самостоятельность и становится зависимым от внутреннего конфликта и самообвинения. Кроме того, самоуверенность теряет связь с возможными ресурсами, прежде всего, семейным окружением. Следствием является формирование неконструктивных форм реагирования на болезнь, таких как: страх, тревога, уход в работу, уход в болезнь, безразличие к своей судьбе.

Полученные результаты свидетельствуют о многозначности процесса трансформации личности в процессе развития болезни. Этот процесс предполагает изменение когнитивного, эмоционального и личностного уровня и реализуется в процессах самоидентификации и адап-

тации. Болезнь у больных ЖКТ с первой ситуацией болезни имеет смысл негативного события, подвергающего сомнению идентичность себя со здоровой личностью, что сопровождается акцентированием на эмоциональном компоненте переживания, сохранностью самоотношения и связей с социальным окружением. Во второй ситуации болезни происходящее становится угрозой утраты социальной роли здорового человека, что предполагает ограничение возможностей и перспектив и отражается на изменении образа собственной личности. Это сопровождается внутренней конфликтностью, что может рассматриваться как сопротивление происходящим изменениям, поэтому решение вопроса уверенности в себе происходит через мобилизацию, сопряженную с самообвинением и внутренним неблагополучием, уменьшением связей с социальным окружением, поскольку роль больного требует пересмотра семейных ролей и взаимоотношений, а также активизацией психологических защит и поиском адаптационных стратегий. При этом адаптационные стратегии зачастую имеют пассивный характер, что, по-видимому, связано с невозможностью пользования прежними ресурсами и отсутствием новых стратегий.

ANALYSIS OF OBJECTIVE AND SUBJECTIVE COMPONENTS OF AN ILLNESS SITUATION: STUDY OF GASTROINTESTINAL PATIENTS

© 2011 M.M.Orlova^o

Saratov State University

The author analyses the phenomenon of illness as a socio-psychological situation and examines acute and chronic gastrointestinal conditions. The research confirms the relation of adaptation strategies to the patient's self-image in the first and second illness situations and his/her acceptance of a new social role – that of a patient.

Key words: illness phenomenon, adaptation strategies, illness situations, sick role, self-image.

^o Maria Mikhailovna Orlova, Candidate of Psychology, Associate Professor. E-mail: Orlova-maria2010@mail.ru