



УДК: 159.923.2+316.614.6+616-036.86+616.36-002/004.
DOI: 10.14739/2409-2932.2017.3.113625

В. В. Храмцова, С. С. Панина

Нарушение идентичности и социально-психологическая адаптация больных с заболеванием гепатобилиарной системы

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепро

Переживание негативного телесного опыта через осложнения заболевания и инвалидность рассматривается как трудная жизненная ситуация. Успешность адаптации, приверженность к лечению и сотрудничеству с врачом зависят от личностных особенностей, которые определяют поведенческие репрезентации.

Цель работы – исследовать структуру идентичности и механизмы социально-психологической адаптации больных с заболеванием гепатобилиарной системы.

Материалы и методы. Обследовано 75 больных с диффузными заболеваниями печени – хроническим гепатитом преимущественно вирусной этиологии (36 человек) и циррозом печени (39 человек). Использованы клинический, эмпирический (полуструктурированное перекрестное интервью «больной – врач», «больной – психолог»; диагностика личностных особенностей, структуры идентичности, социально-психологических компонентов адаптации), клинко-психологический, математический методы. Выделено 3 ведущих личностных профиля.

Результаты. Для лиц с дисгармоничным развитием личности характерны нарушения в области становления и развития идентичности. Фрагментация, невозможность личностной интеграции и сильная проницаемость для среды способствуют социально-психологической дезадаптации. Совладание направлено на сохранение проблемной ситуации и заострение внутрилличностного конфликта. Для лиц с трудностями к приспособлению личности характерно нарушение деятельностного взаимодействия с окружающим миром, запрет на собственную Я-идентичность. Социальная адаптация часто нарушается вследствие неустойчивости в эмоционально-волевой сфере и выборе малоадаптивных стратегий преодоления. У лиц с подавлением агрессивных импульсов определяются затруднения формирования подлинного «Я» и идентичности. Адаптивность носит дискретный характер. С возрастанием психического стресса повышается вероятность выбора малоадаптивных стратегий преодоления.

Выводы. При составлении программ психокоррекции и медикаментозном лечении лиц с заболеванием гепатобилиарной системы необходимо учитывать наличие диффузной идентичности и нарушений социально-психологической адаптации.

Ключевые слова: социальная адаптация, социальная дезадаптация, психологическая адаптация.

Актуальные вопросы фармацевтической и медицинской науки и практики. – 2017. – Т. 10, № 3(25). – С. 349–354

Порушення ідентичності та соціально-психологічна адаптація хворих із захворюванням гепатобіліарної системи

В. В. Храмцова, С. С. Панина

Переживання негативного тілесного досвіду через ускладнення захворювання та інвалідність розглядаються як важка життєва ситуація. Успішність адаптації, прихильність до лікування та співпраці з лікарем залежать від особистісних особливостей, що визначають поведінкові репрезентації.

Мета роботи – дослідити структуру ідентичності та механізми соціально-психологічної адаптації пацієнтів із захворюваннями гепатобіліарної системи.

Матеріали та методи. Обстежили 75 хворих із дифузними захворюваннями печінки – хронічним гепатитом переважно вірусної етіології (36 осіб) і циррозом печінки (39 осіб). Використано клінічний, емпіричний (напівструктуроване перехресне інтерв'ю «хворий – лікар», «хворий – психолог»; діагностика особистісних особливостей, структури ідентичності, соціально-психологічних компонентів адаптації), клініко-психологічний, математичний методи. Виділено 3 провідних особистісних профілів.

Результати. Для осіб із дисгармонійним розвитком особистості властиві порушення в області становлення та розвитку ідентичності. Фрагментація, неможливість особистісної інтеграції та сильна проникність для середовища сприяють соціально-психологічній дезадаптації. Подолання спрямовано на збереження проблемної ситуації та загострення внутрішньоособистісних конфліктів. Для осіб із труднощами до пристосування особистості притаманне порушення діяльнісної взаємодії з довкіллям, заборона на власну Я-ідентичність. Соціальна адаптація часто порушується внаслідок нестійкості в емоційно-вольовій сфері та виборі малоадаптивних стратегій подолання. В осіб із придушенням агресивних імпульсів визначаються труднощі формування справжнього «Я» та ідентичності. Адаптивність має дискретний характер. Зі зростанням психічного стресу підвищується ймовірність вибору малоадаптивних стратегій подолання.

Висновки. Під час складання програм психокорекції та медикаментозного лікування осіб із захворюванням гепатобіліарної системи необхідно враховувати наявність дифузної ідентичності, порушень соціально-психологічної адаптації.

Ключові слова: соціальна адаптація, соціальна дезадаптація, психологічна адаптація.

Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. – 2017. – Т. 10, № 3(25). – С. 349–354

Identity disorder and social-psychological adaptation in patients with hepatobiliary disease

V. V. Khramtsova, S. S. Panina

Negative bodily experience due to health complications and disability is perceived as a difficult life situation. The success of adaptation, commitment to treatment and cooperation with a doctor depend on the personality characteristics that define behavioral representations.

Aim. Investigate the structure of identity and mechanisms of social-psychological adaptation of patients with the hepatobiliary system disease.

Contingent and methods. 75 patients with a diffuse liver disease – chronic hepatitis, mostly of viral etiology (36 people) and liver cirrhosis (39 patients) have been examined. We have applied clinical, clinical-psychological, mathematical and empirical methods, semi-structured cross-interviews (“patient-doctor”, “patient-psychologist”), diagnostics of personal characteristics, identity structure, social-psychological components of adaptation. Three leading personality profiles have been highlighted.

Results. Persons with a disharmonious personality development are characterized by disorders in the area of identity formation and development. Fragmentation, the impossibility of personal integration and severe penetrability from the environment contribute to social-psychological maladjustment. The coping is aimed at preserving the problem situation and intensifying the intrapersonal conflict. For persons with difficulties in the adaptation of the personality, a violation of activity interaction with the surrounding world is characteristic, a ban on one’s self-identity. Social adaptation is often disrupted due to instability in the emotional-volitional sphere and choosing low-adaptive coping strategies. Genuine “I” and identity formation is impeded for the individuals suppressing aggressive impulses. Adaptability tends to be discrete. With mental stress increasing, the likelihood of choosing low-adaptive coping strategies increases.

Conclusions. When drafting psycho-correction programs and medical treatment of people with a hepatobiliary disease, it is necessary to take into account the presence of diffuse identity and violations of social-psychological adaptation.

Key words: social adjustment, anomie, psychological adaptation.

Current issues in pharmacy and medicine: science and practice 2017; 10 (3), 349–354

Хроническое соматическое заболевание, которое рассматривается только с позиции соматической составляющей, без учета влияния психологического аспекта, не может отражать всей полноты картины развития заболевания. Психологический компонент как реакция или устойчивое переживание соматического дистресса и осложнений достаточно часто характерен для пациентов с заболеваниями гепатобилиарной системы [1]. Переживание негативного телесного опыта через серьезные осложнения заболевания и инвалидность можно рассматривать как трудную жизненную ситуацию, с которой сталкивается личность [2]. То, насколько успешно будет проходить адаптация к новым условиям в ситуации хронического соматического заболевания, приверженность к лечению и сотрудничество с врачом во многом зависят от личностных особенностей пациента, которые и будут определять поведенческие репрезентации [2,3].

Таким образом, представляется весьма целесообразным исследование идентичности как базового уровня структуры личности, которая формируется в детстве, развивается на всем протяжении жизненного пути, ее развитие многомерно, не всегда гармонично и может идти в сторону регресса [4,5].

На сегодняшний день выделяют 2 аспекта идентичности: социальный, состоящий из интериоризированных социальных норм и позиций, и личностный, основывающийся на сознательном выборе личностью своего развития [6]. При этом личностная идентичность остается вторичной по отношению к социальной, сплетаясь своими содержательными элементами [7]. Адаптационный аспект идентичности выражается в приспособлении к новым социальным условиям, в будущем влияющим на жизненный выбор личности [6]. При этом искажение или смещение потребностей и мотивов как элементов неуспешной адаптации, которые подкрепляются и усиливаются незрелыми личностными Я-структурами, способствуют дезадаптации личности при стремлении к их удовлетворению [8]. Немаловажным является и то, что длительное переживание внутренних и внешних конфликтов без адекватных психических механизмов и

паттернов поведения по эффективному их разрешению приводит к социально-психологической дезадаптации личности [9,10].

Таким образом, опираясь на проведенный анализ современного состояния проблемы, можно сказать, что хроническое соматическое заболевание с высоким риском инвалидизации как трудная жизненная ситуация создает психологическое напряжение и достаточно часто актуализирует разрушающие и неразвитые личностные структуры, что может приводить как к личностному росту и адаптации, так и к дезадаптации и нарушению идентичности с дезадаптивными формами поведения.

Цель работы

Исследовать структуру идентичности и механизмы социально-психологической адаптации больных с заболеванием гепатобилиарной системы.

Материалы и методы исследования

В ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины» после подписания информированного согласия обследовано 75 больных с диффузными заболеваниями печени: хроническим гепатитом преимущественно вирусной этиологии (36 человек) и циррозом печени (39 человек). Эмпирические исследования включали полуструктурированное перекрестное интервью «больной – врач», «больной – психолог» и психодиагностику личностных особенностей (методика «мини-мульти») [11], структуры идентичности («Я-структурный тест Аммона») [4], социально-психологических компонентов адаптации («Проактивное совладающее поведение», «УСК») [11,12]. Клинико-психологическим методом были выделены 3 группы в соответствии с основными профилями личностных особенностей и ведущим показателем по шкале паранойи: группа 1 – профиль с дисгармоничным развитием личности; группа 2 – профиль с трудностями к приспособлению личности; группа 3 – профиль с подавлением агрессивных импуль-

сов. Математическая обработка данных проводилась с использованием Excel Microsoft Office 2007.

Результаты и их обсуждение

У пациентов с дисгармоничным развитием личности (группа 1) ведущим патопсихологическим механизмом нарушения идентичности является расстройство центральной функции агрессии (дефицитарная агрессия $(10,1 \pm 1,32)$). Такие больные ощущают непреодолимые трудности во взаимоотношениях с окружающими. Поведение у них чаще всего малоактивное, круг интересов – суженный. Они склонны жертвовать своими интересами и целями, часто подменяют реальность фантазиями. Внутренний эмоциональный мир достаточно богатый, но выражать правильно свои чувства не могут. Частые жалобы соматического характера на самом деле являются непрямым выражением неудовлетворенности происходящим вокруг. В плане лечебных и реабилитационных мероприятий такие пациенты стараются избегать ответственности и принятия решений. В трудных жизненных ситуациях стратегии совладания направлены на обдумывание и фантазирование без реализации планов в действительности.

Информация, которая вызывает тревогу или сигнализирует об опасности, этими пациентами не может переживаться нормально (дефицитарная тревога $(7,3 \pm 0,64)$). Совладающее поведение направлено на то, чтобы как можно меньше знать о последствиях болезни и сопряженных с ней трудностях. В критических ситуациях контакт с собственным страхом отсутствует. В беседе и поведении это проявляется игнорированием опасности. В совладающем поведении такое «бесстрашие» проявляется в том, что пациенты не учитывают превентивные меры преодоления и продолжают вести нездоровый образ жизни. Дефицит страха проявляется также в склонности к рискованным поступкам, игнорировании последствий своих действий, эмоциональном обесценивании важных событий, частом прибегании к заместительным формам снятия тревоги, в частности – алкоголю и курению.

Регулирование отношений с окружающими у таких больных происходит в основном в виде выстраивания барьеров (дефицитарное и деструктивное внешнее Я-отграничение $(9,3 \pm 0,67, 9,4 \pm 0,89)$). При этом внешнюю активность таких пациентов окружающие ошибочно воспринимают как позитивный фактор, хотя она направлена не на сближение, а на разрыв отношений, что необходимо учитывать при взаимодействии. В поведении это проявляется в стремлении пациента к избеганию контактов, гиперконтроле своих переживаний, неспособности к совместному поиску новых решений. При экспрессивном выражении эмоций рядом с таким пациентом можно в ответ получить неожиданную вспышку неприязни. Свои собственные проблемы чаще всего скрывают. Межличностные взаимодействия стереотипны, телесно скованы, выражают безучастность к окружающим. Неуверенность в межличностном взаимодействии, безынициативность,

неспособность принимать помощь, а также пассивная жизненная позиция являются теми факторами, которые сильно затрудняют взаимодействие врач – больной в лечебном процессе. Совладание в трудной жизненной ситуации направлено на уход от помощи окружающих, так как пациенты не умеют просить и принимать ее, а также разделять свои переживания с другими.

Внутренняя уязвимость, незащищенность от внешнего мира, невозможность определения себя проявляются в виде гиперадаптации к внешней среде, конформизма с нарушением установок личности, что делает невозможным гибкую адаптацию (дефицитарное внутреннее Я-отграничение $(9,0 \pm 1,03)$). Пациентам сложно отделить свои потребности, чувства, установки, интересы от других, они постоянно сомневаются в правильности принятых решений и действий, тяжело переживают прерывание контактов. Склонность к симбиотическому слиянию не дает возможности равноправного взаимодействия, поддержания длительных продуктивных взаимодействий, что негативно отражается на лечебном процессе. В совладающем поведении это проявляется повышенной потребностью в сочувствии и понимании, которое невозможно «насытить».

Достаточно часто выявляются нарушения в виде невозможности совладания с собственными потребностями, так как они не дифференцированы (дефицитарный нарциссизм $(9,3 \pm 1,2)$). Поступки у этих пациентов могут быть недостаточно взвешенными, а межличностное взаимодействие – непоследовательным, что является дестабилизирующим фактором в ситуации длительного лечения и наблюдения. Выявляется чрезмерная идентификация с социальными нормами, непереносимость одиночества, заниженная самооценка, страх перед жизненными трудностями и собственным самоопределением. Ответственность за свое здоровье и лечение перекладывается на окружающих и случайные обстоятельства. Для успешного взаимодействия таким больным постоянно нужны поддержка и одобрение.

Таким образом, для больных с дисгармоничным развитием личности характерны нарушения в области становления и развития идентичности. Фрагментация, невозможность интеграции в сложноорганизованную личность и сильная проницаемость для среды создают внутреннее и внешнее напряжение, затрудняя или нарушая интерперсональное взаимодействие, что способствует социально-психологической дезадаптации. Механизмы совладания направлены преимущественно на сохранение проблемной ситуации и заострение внутриличностного конфликта.

У больных с трудностями в приспособлении личности (группа 2) выявляются нарушения в совместной деятельности (деструктивная агрессия $(7,3 \pm 0,95)$). Запрет на собственную автономию и идентичность актуализирует агрессивные импульсы, которые направлены на свои планы и цели. Для таких пациентов характерны периодические вспышки неадекватной физической агрессии, не зависящей от актуальной ситуации

и конкретного человека, на которого она направляется. Пациенты могут внезапно начать разрушать сложившиеся хорошие отношения и обесценивать теплые чувства. Агрессивность чаще всего у них проявляется в виде чрезмерной требовательности, ироничности по отношению к окружающим. Склонность к конфронтациям не дает возможности длительно сотрудничать с врачом. Достаточно часто наблюдаются кратковременные нарушения эмоционально-волевого контроля, что снижает их социальную адаптацию за счет создания негативной атмосферы, препятствуя реализации планов и целей.

Несформированность идентичности (дефицитарное внутреннее Я-ограничение ($7,4 \pm 1,20$)) создает трудности у пациента в правильном отделении прошлого от будущего, фантазии от реальности. В связи с этим опыт у них плохо структурируется и остается в виде фрагментов. Нечувствительность к телесным ощущениям, а также откладывание на длительный период основных витальных потребностей способствуют тому, что такие пациенты могут слишком поздно обращаться за врачебной помощью. Несоразмерность эмоционального ответа на жизненные ситуации с непоследовательностью и хаотичностью в поведении препятствует как сотрудничеству с врачом, так и возможности проведения длительного лечения.

Нарушение способности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя представляет собой реактивное защитное переживание (деструктивный нарциссизм ($6,0 \pm 1,35$)). Непомерные ожидания, обиды, переживания фрустраций чаще всего пациент переносит на значимых людей, что связано с нестабильностью отношения к себе. Выявляется склонность часто менять позиции от недооценки до переоценки себя и своих возможностей. В крайних случаях это проявляется в виде фантазий величия или малоценности. При этом стабилизация такого психического состояния затрудняется ввиду того, что пациент не может устанавливать продуктивное межличностное взаимодействие. Коммуникация чаще всего носит односторонний характер. Рассогласованность между внутренним представлением о самом себе и внешним выражением проявляется в контроле окружающих и требованиях подтверждения своей исключительности. В поведении это проявляется в чрезмерной неосторожности в общении, нетерпимости к критике, неадекватной оценке своих способностей, потребности в своей значимости и ценности, отгораживании от близких отношений. Такие пациенты достаточно чувствительны даже к небольшим проявлениям враждебности и фиксируются на этом, что может формировать трудно корригируемые параноидные реакции. Но так как открытое выражение агрессивных импульсов затруднено, то в эмоционально-аффективной сфере преобладает скука и безрадостность существования. Необходимо учитывать тот факт, что потребность во внимании любой ценой, манипулятивное поведение, обидчивость и осторожность в общении, повышенная требовательность к окружающим являются неблагоприятным фоном как для диагностики, так и для лечения таких пациентов.

В трудных жизненных ситуациях основное внимание уделяется предвосхищению потенциальных стрессоров и подготовке к их нейтрализации с использованием большого репертуара действий, в частности по поддержанию здорового образа жизни, отстранением от окружающих, демонстрацией высокого личностного ресурса. Аффективность решения тревожащих проблем находится в плоскости достижений, при этом отрицательный полюс составляют апатичность, небрежность, безответственность и необязательность.

Таким образом, для лиц с трудностями к приспособлению личности характерно нарушение деятельностного взаимодействия с окружающим миром с запретом на отдельность, самовыражение и собственную идентичность личности. Социальная адаптация часто нарушается вследствие неустойчивости в эмоциональной и волевой сферах. Неудовлетворенная потребность в своей значимости и ценности, а также близких отношениях способствуют выбору малоадаптивных стратегий преодоления.

У пациентов с подавлением агрессивных импульсов (группа 3) основные нарушения идентичности формируются в области затруднения регулятивных процессов взаимодействия личности с внешним миром (дефицитарное внешнее-Я ограничение ($4,1 \pm 1,86$)). У этих пациентов возникают трудности в отграничении себя от других. Целостность личности затрудняется. В поведении этих пациентов определяется гиперadaptation, чрезмерная зависимость от внешних обстоятельств и норм, они в большей степени ориентированы на чужие критерии и оценки. Выявляется недостаточность рефлексии и невозможность отделять свои чувства и переживания от других. Они не могут в полной мере отстаивать собственные интересы, испытывают постоянные сомнения в правильности принимаемых решений. Так как поведение пациента сильно ориентировано на мнение окружающих, большое значение в лечении имеют нормы и правила референтной группы, которая и будет определять успешность или неуспешность лечения.

Совладание с собственными потребностями остается у этих пациентов развитым в недостаточной мере (внутреннее-Я ограничение ($4,4 \pm 1,92$)), а затруднения в развитии близких отношений препятствуют формированию идентичности. Для этих пациентов характерна чрезмерная мечтательность, трудности ее отделения от реальности, чрезмерная фиксация на негативных переживаниях, низкий контроль аффекта. Отсутствие контакта с телесными процессами проявляется в желании немедленного удовлетворения возникшего импульса и наоборот, пациент использует длительную депривацию витальных потребностей. Поведение может носить хаотичный характер, периодами быть достаточно непоследовательным и не отвечать жизненной ситуации.

Способ совладания со стрессом у этих пациентов ориентирован на будущее и направлен на формирование ресурса личности и уменьшение переживания дистресса. Преобладает превентивное преодоление, направленное на снижение фактора стресса заболевания через более

здоровый образ жизни. Для таких пациентов характерно стремление рассказывать о том, как они смогли перестроить свое поведение, привычки и пристрастия, а также отказ от употребления алкоголя, курения и других вредных привычек. Они в меньшей степени нуждаются в эмоциональном разделении своих переживаний с другими людьми, а также не интересуются информацией о своем заболевании. Ресурсный потенциал достаточно высокий. Аффективность решения тревожащей проблемы находится в плоскости активности, но значительно снижается при неудачах и может проявляться в виде безответственности и непоследовательности поступков.

Таким образом, для лиц с подавлением агрессивных импульсов характерно нарушение регулятивных процессов взаимодействия личности с внешним миром, затруднение формирования подлинного «Я» и идентичности. Адаптивность носит дискретный характер. С возрастанием психического стресса повышается вероятность выбора пациентами малоадаптивных стратегий преодоления.

Выводы

1. Формированию социально-психологической дезадаптации больных с заболеванием гепатобилиарной системы способствуют преобладание в идентичности выраженных дефицитарных структур и механизмов совладания со стрессом, сохраняющих проблемную ситуацию и заостряющих внутриличностные конфликты.

2. Прогностически неблагоприятными психологическими характеристиками для психокоррекционного и лечебного процесса являются:

– у больных с дисгармоничным развитием личности – внутриличностное и межличностное напряжение с сохранением проблемной ситуации и конфликта;

– у больных с трудностями к приспособлению личности – неудовлетворенная потребность в своей значимости и ценности, неустойчивость эмоционально-волевой сферы, нарушение активного взаимодействия;

– у больных с подавлением агрессивных импульсов – сильное влияние значимых других, низкая толерантность к психологическому стрессу.

3. Для смягчения влияния психологического фактора на лечебный процесс необходимо проведение психокоррекционных мероприятий:

– у больных с дисгармоничным развитием личности психотерапия должна быть направлена в первую очередь на восстановление границы “организм – среда”, которая у этих пациентов вынесена в среду. Эта работа лежит в плоскости возврата проекций и присвоения пациентом отвергаемых аспектов личности. В ситуации злоупотребления алкоголем и развития психопатологических состояний на фоне интоксикации в виде вычурности, предпсихотической фазы необходима консультация нарколога и психиатра;

– у больных с трудностями к приспособлению личности основное внимание уделяется механизмам слияния и эмоциональным состояниям;

– у больных с подавлением агрессивных импульсов психокоррекционная работа должна быть направлена в первую очередь на усиление и осознание своей агрессии, формирование новых форм поведения с опорой на свои возможности.

Список литературы

- [1] Кутова Н.В. Особистісні властивості пацієнтів із хронічним панкреатитом біліарної та алкогольної етіології: обґрунтування диференціації психокорекційних підходів / Н.В. Кутова, М.В. Маркова // Медична психологія. – 2015. – №2. – С. 82–88.
- [2] Василенко Т.Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ [Электронный ресурс] / Т.Д. Василенко // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2014. – №6(29). – Режим доступа: <http://mprj.ru>.
- [3] Пушкин И.А. Психологические механизмы адаптации и дезадаптации больных алкоголизмом, проживающих в условиях частичной социальной изоляции / И.А. Пушкин // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2012. – Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – Вып. 3. – С. 44–48.
- [4] Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. – СПб. : Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. – 438 с.
- [5] Жукова О.И. Кризис идентичности как нормообразующее становление личности / О.И. Жукова, В.Д. Жуков // Вестник Кемеровского государственного университета культуры и искусств. – 2014. – №4(29-1). – С. 81–88.
- [6] Морозова Е.В. Структура идентичности как фактор реабилитации личности / Е.В. Морозова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2012. – №3. – С. 16–19.
- [7] Аршинская С.Э. Структура идентичности: проблемы анализа / С.Э. Аршинская // Вестник Бурятского государственного университета. – 2009. – №14. – С. 83–89.
- [8] Налчаджян А.А. Социально-психическая адаптация личности / А.А. Налчаджян. – Ереван, 1988. – 263 с.
- [9] Красильников И.А. Социально-психологическая адаптация личности и стратегии разрешения внутренних конфликтов / И.А. Красильников, В.В. Константинов // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. – 2009. – Т. 11. – №4-4. – С. 932–937.
- [10] Малышев И.В. Характеристика социально-психологической адаптации и копинг-стратегий личности в разных условиях социализации [Электронный ресурс] / И.В. Малышев // Современные исследования социальных проблем. – 2012. – №12(20). – Режим доступа до журн.: www.sips.nkras.ru.
- [11] Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 2000. – 672 с.
- [12] Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса / Н.Е. Водопьянова. – СПб. : Питер, 2009. – 226 с.

References

- [1] Kutova, N. V., & Markova, M. V. (2015). Osobystisni vlastyivosti patsientiv iz khronichnym pankreatytom biliarnoi ta alkoholnoi etiolohii: obgruntuvannia dyferentsiatsii psykhhokorektsiinykh pidkhodiv [Personality features of Patients with chronic Pancreatitis of biliary and alcoholic origin: differentiation of Psychocorrection approaches]. *Medychna psykholohiia*, 2, 82–88. [in Ukrainian].

- [2] Vasilenko, T. D. (2014). Trudnaya zhiznennaya situatsiya: metodologicheskij analiz [The difficult situation in life: methodological analysis]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: e'lektronnyj nauchnyj zhurnal*, 6(29). Retrieved from <http://mprj.ru> [in Russian].
- [3] Pushkin, I. A. (2012). Psikhologicheskie mekhanizmy adaptatsii i dezadaptatsii bol'nykh alkogolizmom, prozhivayuschikh v usloviyakh chastichnoj socialnoj izolyatsii [Psychological mechanisms of adaptation and disadaptation of alcoholics living in conditions of partial social isolation]. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta*, 12(3), 44–48. [in Russian].
- [4] Kabanov, M. M., & Neznanov, N. G. (2003). *Ocherki dinamicheskoy psikhiiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie [Sketches of dynamic psychiatry. Transcultural study]*. Saint Petersburg: Institut im. V. M. Behтерева. [in Russian].
- [5] Zhukova, O. V., & Zhukov, V. D. (2014). Krizis identichnosti kak normoobrazuyushee stanovlenie lichnosti [Identity Crisis as a Norm-Setting Formation of Personality]. *Vestnik Kemerovskogo gosudarstvennogo universiteta kul'tury i iskusstv*, 4(29-1), 81–88. [in Russian].
- [6] Morozova, E. V. (2012). Struktura identichnosti kak faktor rehabilitatsii lichnosti [Structure of identity as a factor of rehabilitation of personality]. *Mediko-social'naya e'kspertiza i rehabilitatsiya*, 3, 16–19. [in Russian].
- [7] Arshinskaya, S. E. (2009). Struktura identichnosti: problemy analiza [Structure of identity: problems of analysis]. *Vestnik Buryatskogo gosudarstvennogo universiteta*, 14, 83–89. [in Russian].
- [8] Nalchadzgyan, A. A. (1988). *Social'no-psikhicheskaya adaptatsiya lichnosti [Socio-psychological adaptation of the person]*. Yerevan. [in Russian].
- [9] Krasilnikov, I. V., & Konstantinov, V. V. (2009). Social'no-psikhologicheskaya adaptatsiya lichnosti i strategii razresheniya vnutrennikh konfliktov [Social and psychological adaptation of a person. Strategies of inner conflicts solution]. *Izvestiya Samarskogo nauchnogo centra Rossijskoj akademii nauk. Social'nye, gumanitarnye, mediko-biologicheskie nauki*, 11(4-4), 932–937. [in Russian].
- [10] Malyshev, I. V. (2012). Kharakteristika social'no-psikhologicheskoy adaptatsii i koping-strategii lichnosti v raznykh usloviyakh socializatsii [The characteristic of the social-psychological adaptation and the coping-strategy of a personality in different conditions of the socialization]. *Sovremennye issledovaniya social'nykh problem*, 12(20). Retrieved from www.sips.nkras.ru [in Russian].
- [11] Rajgorodskij, D. Y. (2000). *Prakticheskaya psikhodiagnostika. Metodiki i testy. [Practical psychodiagnostics. Procedures and tests]*. Samara. [in Russian].
- [12] Vodop'yanova, N. E. (2009). *Psikhodiagnostika stressa [Stress Psychodiagnostics]*. Samara: Piter. [in Russian].

Сведения об авторах:

Храмова В. В., канд. психол. наук по специальности «медицинская психология», научный сотрудник группы психоневрологии, психотерапии и медицинской психологии отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации при внутренних, нервных болезнях и психосоматических расстройствах, ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепро.

Панина С. С., канд. мед. наук, ведущий научный сотрудник группы терапии отдела медико-социальной экспертизы и реабилитации при внутренних, нервных болезнях и психосоматических расстройствах, ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗ Украины», г. Днепро.

Відомості про авторів:

Храмова В. В., канд. психол. наук за спеціальністю «медична психологія», науковий співробітник групи психоневрології, психотерапії та медичної психології відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах та психосоматичних розладах ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.

Панина С. С., канд. мед. наук, провідний науковий співробітник групи терапії відділу медико-соціальної експертизи та реабілітації при внутрішніх, нервових хворобах та психосоматичних розладах, ДУ «Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України», м. Дніпро.

Information about the authors:

Khramtsova V. V., Ph.D., Psychotherapy & medical psychology group of the department of medical and social expertise and rehabilitation in internal, nervous diseases and psychosomatic disorders of State Institution "Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Health of Ukraine", Dnipro.

Panina S. S., Ph.D., Leading Researcher at the therapy group of the department of medical and social expertise and rehabilitation in internal, nervous diseases and psychosomatic disorders of State Institution "Ukrainian State Research Institute of Medical and Social Problems of Disability Ministry of Health of Ukraine", Dnipro.

E-mail: xvv2004@gmail.com

Конфликт интересов: отсутствует.

Conflicts of Interest: authors have no conflict of interest to declare.

Надійшло до редакції / Received: 23.05.2017

Після доопрацювання / Revised: 26.06.2017

Прийнято до друку / Accepted: 03.07.2017