

2015; 2: 40–57. Russian (Миннибаев Т.Ш., Рапопорт И.К., Чубаровский В.В. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья студентов по результатам медицинских осмотров. Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья 2015; 2: 40-57).

9. Shemetova GN, Krasnikova NV, Gubanova GV, et al. Priorities of preventive working cardiovascular disease among people of working age. Saratov, 2011; 216 p. Russian (Шеметова Г.Н., Красникова Н.В., Губанова Г.В. и др. Приоритеты профилактической работы при сердечно-сосудистой патологии среди лиц трудоспособного возраста. Саратов, 2011; 216 с.).

УДК [159.9:616] +316.6

Оригинальная статья

ТРАНСФОРМАЦИЯ СИСТЕМЫ ИДЕНТИФИКАЦИЙ ЛИЧНОСТИ В СИТУАЦИИ ТЯЖЕЛОГО СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

М. М. Орлова — ФГБОУ ВО «Саратовский национальный исследовательский государственный университет им. Н. Г. Чернышевского», доцент кафедры консультативной психологии, доцент, кандидат психологических наук.

TRANSFORMATION OF THE PERSONAL IDENTIFICATION SYSTEM IN THE CONTEXT OF SEVERE SOMATIC DISEASE

M. M. Orlova — Saratov State University, Associate Professor of Department of Counseling Psychology, Associate Professor, PhD.

Дата поступления — 29.12.2018 г.

Дата принятия в печать — 13.06.2019 г.

Орлова М. М. Трансформация системы идентификаций личности в ситуации тяжелого соматического заболевания. Саратовский научно-медицинский журнал 2019; 15 (2): 347–352.

Ресоциализация лиц в ситуации болезни определяет одну из важнейших задач системы здравоохранения, а именно: восстановление социальных возможностей больного. *Цель:* психологический анализ трансформации системы идентификаций личности в ситуации хронического соматического заболевания. *Материал и методы.* В исследование включены на основе случайной выборки мужчины и женщины в возрасте 18–65 лет, больные ишемической болезнью сердца (ИБС) (n=116), и контрольная группа (n=181). Использовались следующие методики: анкета; методика исследования самоотношения (МИС) С. Р. Пантелеева; исследование копинг-стратегий Р. Лазаруса; «Индекс жизненного стиля»; шкала семейного окружения (ШСО) в адаптации С. Ю. Куприянова; опросник ВОЗ КЖ-100; тест М. Куна «Кто Я?»; тест-опросник УСК Дж. Роттера; анкета В. Н. Довлатовой на выявление склонности к иждивенчеству. *Результаты.* Получены значимые различия (p=0,01) в выраженности показателей идентичности, которые позволили выявить особенности системы идентификаций, характерных для больных ИБС в ситуациях болезни. По данным регрессионного анализа выделены различия в предикторах идентификации с социальными ролями, физическими характеристиками, негативными самоопределениями и общим количеством самоописаний. *Заключение.* Изменение личности больного ИБС можно интерпретировать как отчуждение от себя, что приводит к сложностям в социальных взаимодействиях, утрате возможности опираться на собственную личность и требует психотерапевтического вмешательства. Анализ внутренней картины болезни больных хроническими соматическими заболеваниями в социальном контексте дает возможность определить задачи ресоциализации пациентов в ситуации инвалидности.

Ключевые слова: ИБС, социальные механизмы, социальные нормы, социальные роли, внутренняя картина болезни.

Orlova MM. Transformation of the personal identification system in the context of severe somatic disease. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2019; 15 (2): 347–352.

Resocialization of persons in a situation of illness determines one of the most important tasks of a health care system, namely, restoration of social opportunities of a patient. *Objective:* psychological analysis of identity system transformation of identifications in a situation of a severe physical disease. *Material and Methods.* The study included a random sample of men and women aged 18–65: patients with ischemic heart disease (IHD) (n=116), and the control group (n=181). The following methods have been used: questionnaire, personal self-conception survey by S. R. Panteleev; R. Lazarus» study coping strategies; «Life style index»; family environment scale (FES) adapted by S. Y. Kupriyanov; WHO Quality of Life Questionnaire (WHOQOL); M. Kuhn»s test «Who am I?»; J. Rotter»s subjective control level test questionnaire; V. N. Dovlatova»s questionnaire for identifying cognitive inclination to dependency. *Results.* Significant differences (p=0.01) in expression of identity indicators were obtained, which allowed to identify features of identification system characteristic of patients with ischemic heart disease without disability and with disability. Differences in identification predictors with social roles, physical characteristics, negative self-identification and total number of self-descriptions were identified using the regression analysis data. *Conclusion.* Change of personality of a patient with ischemic heart disease can be interpreted as othering and leads to difficulties in social interactions and loss of opportunity to rely on their own personality, which requires psychotherapy. Socialization as a basic characteristic of modern society defines one of the most important tasks of medical and social assistance to the population, namely, the restoration of the social capabilities of the patient. An analysis of the internal picture of the disease in patients with chronic somatic diseases in a social context makes it possible to determine the tasks of re-socialization in a situation of disability.

Key words: ischemic heart disease, social mechanisms, social norms, social roles, internal picture of a disease.

Введение. Здоровье и болезнь отражаются на самоопределении личности как в механизмах полноты или утраты телесных возможностей, опре-

деляющих социальную реализацию человека, так и в механизмах включенности в социальные роли, принадлежность к которым детерминирует социальные взаимодействия.

Возможность изменения структуры идентичности и формирования новых форм идентификаций

Ответственный автор — Орлова Мария Михайловна
Тел.: +7 (927) 1335996
E-mail: orlova-maria2010@mail.ru

может быть объяснена ее структурно-динамическими характеристиками [1]. Следовательно, идентичность всегда сохраняет свою «незаконченность» [2], ее трансформация происходит бессознательно [3] и имеет адаптационную функцию [4, 5].

Болезнь ведет к изменению восприятия самого себя в связи с ухудшением состояния, телесных возможностей, а также в связи с принадлежностью к группе здоровых или больных людей, которая закрепляется в виде диагноза. Этот механизм описан в концепции о роли больного, предложенной Т. Парсонсом [6]. Можно сказать, что в процессе болезни происходит утрата тождественности самому себе. Это порождает кризис идентичности и предполагает смену целей, ценностей и убеждений.

Можно воспринимать идентичность здорового и больного человека как интериоризированную роль, которая приобретает смыслообразующую функцию и участвует в изменении личности в ситуации болезни. Идентичность здорового и больного человека, будучи включенной в общую структуру идентификаций, проявляется в аффективной и смысловой сфере личности, поведении, стратегиях жизненного выбора человека.

В ситуации ишемической болезни сердца трансформация системы идентификаций свидетельствует об изменении системы представлений и социальных ролей в рамках болезни. Утрата позитивного самоотношения ведет к невозможности опереться на себя, что снижает ценность собственной личности, фиксирует возникшие социальные ограничения и формирует новый тип отношений с социальной средой [7, 8].

Личностная трансформация в ситуации этого заболевания заключается в угрозе утраты или самой утрате идентичности здорового человека и значимости от опоры на семейную поддержку, получение которой затруднено в связи с переживанием внутреннего конфликта [9, 10].

Самоопределение личности в ситуации болезни можно рассматривать как один из наиболее существенных механизмов внутренней картины болезни [11].

Цель: психологический анализ трансформации системы идентификаций личности в ситуации тяжелого соматического заболевания для решения проблем ресоциализации.

Материал и методы. Исследованы мужчины и женщины в возрасте от 18 до 65 лет: больные ИБС (85 человек), больные ИБС с инвалидностью (31 человек); испытуемые без хронических соматических заболеваний — контрольная группа (181 человек).

Использовались следующие методики: авторская анкета; методика исследования самоотношения (МИС) С.Р. Пантелеева; исследование копинг-стратегий Р. Лазаруса; «Индекс жизненного стиля»; шкала семейного окружения (ШСО) в адаптации С. Ю. Куприянова; опросник качества жизни ВОЗ КЖ-100; тест М. Куна «Кто Я?» (модификация Т.В. Румянцевой); тест-опросник на выявление уровня субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина, С. А. Голыкиной, А. М. Эткинда; анкета В. Н. Довлатовой на выявление когнитивной склонности к иждивенчеству [12–19].

Статистическая обработка данных произведена с использованием программ Microsoft Office Excel 2007 и SPSS-19. Проверка нормальности распределения осуществлялась по одновыборочному критерию Колмогорова — Смирнова (распределение нормальное). Для оценки значимости различий ис-

пользовали Т-критерий Стьюдента. В работе применяли регрессионный анализ.

Результаты. При сравнении выраженности показателей шкал идентичности (методика М. Куна «Кто Я?») между группой больных ИБС без инвалидности, с инвалидностью и контрольной группой выявлены значимые различия по следующим шкалам: социальной идентичности — между группой больных ИБС и контрольной группой ($p < 0,01$); идентичности в физической сфере — между группой больных ИБС и контрольной группой ($p < 0,01$), а также между группой инвалидов по ИБС и контрольной группой ($p < 0,01$); по выраженности негативных самоописаний как при сравнении группы больных ИБС и контрольной группы ($p < 0,01$), так и при сравнении инвалидов по ИБС и контрольной группы ($p < 0,01$); по показателю общего количества идентификаций — между группой больных ИБС и контрольной группой ($p < 0,01$) и между группой инвалидов по ИБС и контрольной группой ($p < 0,01$).

Значимых различий в отношении показателей, полученных по шкалам методики «Кто Я?» М. Куна, между инвалидами ИБС и больными ИБС без инвалидности не обнаружено.

Для оценки внутренней структуры характеристик личности, связанных с системой идентификаций, проведен регрессионный анализ (табл. 1–4).

Предикторами идентификации с социальными ролями являются: сниженные защитные механизмы отрицания и регрессии, низкий уровень конфликтности в отношениях и организации в семье, а также интернальности в межличностных отношениях. Следовательно, значимость социальных ролей у испытуемых из контрольной группы можно рассматривать как опору на себя и свою социальную активность, а не на семейную поддержку.

В группе больных ИБС без инвалидности предикторами идентификации себя с социальными ролями являются: низкий уровень склонности к иждивенчеству, позитивное отношение к себе, выраженность копинг-стратегий. По-видимому, значимость социальных ролей является ресурсом самоотношения и активных копинг-стратегий.

У инвалидов по ИБС предикторами выраженности идентификации с социальными ролями выступают: интернальность в сфере межличностных отношений, выраженность копинг-стратегии «планирование решения» и сниженный уровень самоконтроля. Таким образом, сохранность социальных ролей дает возможность опереться на взаимодействия с другими людьми.

В целом это свидетельствует о том, что субъективная значимость социальных ролей в ситуации болезни позволяет сохранить опору на себя, а в ситуации инвалидности опору на межличностное окружение.

Предикторами идентификации с физическим состоянием являются: защитный механизм «проекция», копинг-стратегии «положительное переопределение», «принятие ответственности» и «бегство-избегание», а также сниженный уровень семейной сплоченности. По-видимому, идентификация с физическим состоянием у здоровых людей определяется как форма психологической защиты и противоречивых копинг-стратегий.

В группе больных ИБС предикторами идентификации с физическим состоянием выступают сниженная возможность выражать эмоции в семье и субъективный контроль в семейной сфере. Следовательно,

Таблица 1

Данные регрессионного анализа параметра «социальное Я» в исследуемых группах

Предикторы	Контрольная группа (испытуемые без хронических соматических заболеваний), коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС без инвалидности, коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС с инвалидностью, коэффициент (R-квадрат)
Отрицание	-0,2 (6%)	-	-
Регрессия	-0,2 (5%)	-	-
Конфликтность в семье	-1,4 (4%)	-	-
Организация в семье	-0,8 (2%)	-	-
Интернальность в межличностной сфере	-1,6 (2%)	-	7,9 (10%)
Склонность к иждивенческой позиции	-	-2,8 (14%)	-
Аутосимпатия	-	1,3 (9%)	-
Принятие ответственности	-	19,5 (5%)	-
Поиск социальной поддержки	-	22,1 (5%)	-
Планирование принятия решений	-	-	29,9 (6%)
Семейная сплоченность	-	-	-11,2 (1%)

Таблица 2

Данные регрессионного анализа параметра «физическое Я» в исследуемых группах

Предикторы	Контрольная группа (испытуемые без хронических соматических заболеваний), коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС без инвалидности, коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС с инвалидностью, коэффициент (R-квадрат)
Проекция	0,2 (5%)	-	-
Положительное переопределение	0,2 (2%)	-	-34,4 (6%)
Семейная сплоченность	-0,9 (1%)	-	-4,4 (10%)
Принятие ответственности	0,2 (1%)	-	-
Бегство-избегание	0,1 (1%)	-	-
Экспрессивность в семье	-	-3,7 (8%)	-
Интернальность в семейной сфере	-	-4,4 (5%)	-
Гиперкомпенсация	-	-	0,1 (3%)

фиксированность на физическом состоянии основывается на недостатке ресурсности опоры на семейную поддержку.

К предикторам идентификации с физическим состоянием в группе инвалидов по ИБС можно отнести низкий уровень семейной сплоченности, позитивного переопределения и гиперкомпенсацию. Таким образом, значимость физического состояния для самоидентификации в ситуации инвалидности определяется недостатком опоры на семейные отношения и невозможностью найти позитивное в ситуации, что приводит к необходимости использования психологических защит.

Можно сделать вывод о том, что фиксация на физическом состоянии во всех группах связана с психологическими защитами и недостатком опоры на семейную поддержку.

Предикторами выраженности негативных самоописаний в контрольной группе являются: сниженные показатели по общему количеству самоописаний и семейной сплоченности и копинг-стратегии «поиск социальной помощи», «принятие ответственности», «бегство-избегание», «планирование решений»,

а также уверенность в себе. Иными словами, идентификация с негативными самоописаниями характерна для людей с нешироким спектром идентификаций, высокой активностью копинг-стратегий, выраженной уверенностью в себе и сниженным уровнем сплоченности в семье. Видимо, это свидетельствует о том, что негативные самоописания мобилизуют стратегии преодоления.

В группе больных ИБС предикторами выраженности негативных самоописаний выступают: низкая самооценочность, пониженный уровень психологической защиты «регрессия», а также уровня дохода и экспрессивности в семейных отношениях; конфликтные отношения и контроль в семье. Следовательно, негативные отношения являются реакцией на негативное самоотношение, проблемы в семейных отношениях и экономическую депривацию.

В группе инвалидов по ИБС предикторами выраженности негативных самоописаний являются: сниженная идентификация с социальными ролями и общительностью, обедненность интересов в семье, негативное самоотношение и значимость восприятия окружающими. По-видимому, в этой группе

Таблица 3

Данные регрессионного анализа параметра «негативное Я» в исследуемых группах

Предикторы	Контрольная группа (испытуемые без хронических соматических заболеваний), коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС без инвалидности, коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС с инвалидностью, коэффициент (R-квадрат)
Общее количество самоописаний	-1,3 (5%)	-	-
Поиск социальной поддержки	0,43 (5%)	-	-
Принятие ответственности	0,5 (4%)	-	-
Бегство-избегание	0,3 (3%)	-	-
Семейная сплоченность	-1,7 (3%)	-	-
Самоуверенность	1,8 (2%)	-	-
Планирование принятия решений	0,2 (2%)	-	-
Самоценность	-	-4,4 (10%)	-
Регрессия	-	-0,3 (4%)	-
Уровень дохода на члена семьи	-	-1,3 (4%)	-
Экспрессивность в семье	-	-3,8 (4%)	-
Конфликтность в семье	-	2,9 (2%)	-
Контроль в семье	-	2,8 (2%)	-
Социальное Я	-	-	-0,7 (20%)
Коммуникативное Я	-	-	-0,8 (16%)
Интеллектуально-культурная ориентация в семье	-	-	-6,3 (11%)
Аутосимпатия	-	-	-1,2 (3%)
Зеркальное Я	-	-	2,8 (2%)

Таблица 4

Данные регрессионного анализа параметра «общее Я» в исследуемых группах

Предикторы	Контрольная группа (испытуемые без хронических соматических заболеваний), коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС без инвалидности, коэффициент (R-квадрат)	Группа больных ИБС с инвалидностью, коэффициент (R-квадрат)
Склонность к иждивенческой позиции	-1,1 (45%)	-1,1 (68%)	-0,5 (25%)
Общая интернальность	1,8 (40%)	-	-
Интернальность в межличностной сфере	1,3 (14%)	-	-
Негативное Я	-0,04 (5%)	-	-
Интеллектуально-культурная ориентация в семье	0,4 (3%)	-	-
Гиперкомпенсация	-0,02 (2%)	-	-
Интернальность в производствен- ной сфере	-	1,9 (55%)	-
Уровень дохода на члена семьи	-	0,4 (21%)	-
Самоконтроль	-	4,8 (6%)	-
Стаж болезни	-	-0,1 (5%)	-
Интернальность в деятельности	-	-	1,1 (26%)
Возраст	-	-	-0,1 (11%)
Общая оценка качества жизни	-	-	-0,01 (3%)

негативное самоотношение является предпосылкой формирования зависимости от Других.

В целом обнаруживается изменение адапционного смысла негативных самоописаний: если у здоровых людей это фактор мобилизации, то в группе больных ИБС это фактор переживания объективных и субъективных проблем, а в группе инвалидов это фактор формирования зависимого поведения.

Предикторами общего количества самоописаний в контрольной группе являются: низкая выраженность иждивенческой позиции, негативных самоописаний, психологической защиты «гиперкомпенсация», общая интернальность, интернальность в межличностной сфере, широта семейных интересов. Следовательно, большое общее количество самоописаний может рассматриваться как фактор ресурсности субъективного контроля и семейных отношений, а также профилактики формирования зависимого поведения.

В группе больных ИБС предикторами общего количества самоописаний выступают: низкая склонность к иждивенчеству, небольшой стаж болезни, повышенная интернальность в производственной сфере, высокий уровень дохода на члена семьи, семейная сплоченность. Значит, в ситуации болезни общее количество самоописаний может рассматриваться как ресурс сохранения субъективного контроля и сплоченности семьи. Это более характерно для больных с небольшим стажем болезни и экономическим благополучием.

Предикторами общего количества самоописаний в группе инвалидов с ИБС являются: интернальность в деятельности, низкая выраженность склонности к иждивенческой позиции, общей оценки качества жизни и относительно молодой возраст. Следовательно, общее количество самоописаний опирается на сохраненность интернальности в деятельности при переживании сниженной общей оценки качества жизни.

Можно сделать вывод, что во всех группах общее количество самоописаний несет смысл ресурсности личности и семейных отношений.

Обсуждение. Проведенное исследование подтвердило и дополнило полученные нами ранее результаты, свидетельствующие о том, что социальные роли у больных ИБС становятся менее значимыми в структуре идентификаций, чем у здоровых людей; больные и инвалиды часто идентифицируют себя с физическим состоянием и возможностями, что предполагает формирование новой значимой для личности идентификации с социальной ролью больного [7]. Обращает на себя внимание повышение частоты встречаемости негативных самоопределений как у больных, так и у инвалидов, что можно трактовать как недовольство изменениями, происходящими в структуре личности. В обеих сравниваемых группах наблюдается явное снижение количества описаний, что можно рассматривать как снижение интереса к собственной личности.

Система идентификаций личности, по-видимому, выступает индикатором ресурсности в сложной жизненной ситуации, к которой относятся болезнь и инвалидность [9].

Сохранность социальных ролей в ситуации болезни позволяет сохранить опору на себя, а в ситуации инвалидности опору на межличностное окружение. Фиксация на физическом состоянии во всех группах связана с психологическими защитами и недостатком опоры на семейную поддержку. Негатив-

ные самоописания в ситуации болезни утрачивают мобилизационный смысл и становятся фактором переживания в трудной жизненной ситуации, а в ситуации инвалидизации служат фактором формирования зависимого поведения.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что изменение личности у больных ИБС связано с трансформацией их идентичности. Эта трансформация предполагает разрушение прежних социальных ролей, что приводит к снижению субъективного контроля за происходящим, повышению идентификаций с физической сферой, формирует идентификацию себя с ролью больного человека, негативное самоотношение и порождает утрату доверия к собственным возможностям и социальной помощи. Повышение негативных самоописаний в системе идентификаций больного связано с дезадаптацией в различных сферах личности, прежде всего с утратой уверенности в себя и финансовой несостоятельностью. Снижение общего количества самоописаний у больных и инвалидов, по-видимому, связано с тем, что система идентификаций в целом обедняется и становится менее осознанной. Таким образом, отличительной особенностью изменения личности больного ИБС является отчуждение от себя, которое ведет к сложностям в сфере социальных взаимодействий и утрате возможности опираться на собственную личность. Социализация как базовая характеристика современного общества определяет одну из важнейших задач медико-социальной помощи населению, а именно: восстановление социальных возможностей больного. Анализ внутренней картины болезни больных хроническими соматическими заболеваниями в социальном контексте дает возможность определить задачи ресоциализации в ситуации инвалидности.

Конфликт интересов не заявляется.

Авторский вклад: концепция и дизайн исследования, получение и обработка данных, написание статьи, анализ и интерпретация результатов, утверждение рукописи для публикации — М. М. Орлова.

References (Литература)

1. Antonova NV. The problem of personal identity in the interpretation of modern psychoanalysis, interactionism and cognitive psychology. *Voprosy Psichologii* 1996; 1: 131–43. Russian (Антонова Н.В. Проблема личностной идентичности в интерпретации современного психоанализа, интеракционизма и когнитивной психологии. *Вопросы психологии* 1996; 1: 131–43).
2. Hall S. The question of cultural identity. In: Deth JV, Scarbrough E. *The Impact of Values*. Oxford: Oxford Univ. Press, 1995; p. 119–25.
3. Andreeva GM. *Psychology of social cognition*. Moscow, 2000; 288 p. Russian (Андреева Г.М. Психология социального познания. М., 2000; 288 с.).
4. Erikson EH. *Identity: youth and crisis*. Moscow, 1996; 344 p. Russian (Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. М., 1996; 344 с.).
5. Evstifeeva EA, Makarov AV. Influence of modern technologies on transformation of physical identity. *Science Prospects* 2010; 3 (5): 52–5. Russian (Евстифеева Е.А., Макаров А.В. Влияние современных технологий на трансформацию телесной идентичности. *Перспективы науки* 2010; 3 (5): 52–5).
6. Pavlenkov OV. Normativistic concepts of values and valuable orientations in the sociological science (E. Durkheim, M. Veber and T. Parsons). *Izvestia of Ural State University. Series 3: Social and political sciences* 2011; 2 (91): 164–71. Russian (Павленков О.В. Нормативистские концепции ценностей и ценностных ориентаций в социологической науке (Э. Дюркгейм, М. Вебер и Т. Парсонс). *Известия Уральского государственного университета* 2011; 2 (91): 164–71).

- ственного университета. Серия 3: Общественные науки 2011; 2 (91): 164–71).
7. Orlova MM. Transformation of identity in patients with ischemic heart disease as a manifestation of adaptation strategies. *Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Science* 2015; 174: 101–8. Russian (Орлова М.М. Трансформация идентичности у больных ишемической болезнью сердца как проявление адаптационных стратегий. *Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена* 2015; 174: 101–8).
8. Lazareva EYu, Nikolaev EL. Multi-level adaptation system of person with disease. *The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology* 2012; 8: 93–104. Russian (Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Система многоуровневой адаптации личности при болезни. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии* 2012; 8: 93–104).
9. Orlova MM. The identity of the patient with coronary heart disease as a subjective component of the disease situations. *Vestnik of Saint-Petersburg University. Series 12: Psychology. Sociology. Pedagogy* 2014; 3: 90–7. Russian (Орлова М.М. Идентичность больного ишемической болезнью сердца как субъективная составляющая ситуаций болезни. *Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика* 2014; 3: 90–7).
10. Isaeva ER. Psychological adaptation resources of the individual in terms of health and disease. *Medical psychology in Russia* 2015; 1 (30): 8. Russian (Исаева Е.Р. Психологические адаптационные ресурсы личности в условиях здоровья и болезни. *Медицинская психология в России* 2015; 1 (30): 8).
11. Abrosimov IN, Yaltonkiy VM. The choice of coping strategy as a factor of psychological adaptation of the patient to chronic somatic disease. *Herald of Omsk University. Series: Psychology* 2018; 4: 12–8. Russian (Абросимов И.Н., Ялтонский В.М. Выбор копинг-стратегии как фактор психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию. *Вестник Омского университета. Серия: Психология* 2018; 4: 12–8).
12. Pantileev SR. *Methodology of personal self-conception research*. Moscow: Smysl, 1993; 32 p. Russian (Пантилеев С.Р. *Методика исследования самоотношения*. М.: Смысл, 1993; 32 с.).
13. *Methodology for psychological diagnosis of ways of coping with stressful and problematic situations for the individual: Manual for doctors and medical psychologists*. St. Petersburg: SPbNIPNI n. a. V.M. Bekhterev, 2009; 38 p. Russian (Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Изд-во СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009; 38 с.).
14. Vasserman LI, Yeryshev OF, Klubova EB. *Psychological diagnostics of life style index*. St. Petersburg: SPbNIPNI n. a. V.M. Bekhterev, 2005; 50 p. Russian (Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. *Психологическая диагностика индекса жизненного стиля*. СПб.: Изд-во: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005; 50 с.).
15. Eydemiller EG, Dobryakov IV, Nikolskaya IM. *Textbook for doctors and psychologists. 2nd corrected and additional edition*. St. Petersburg: Rech», 2006; 352 p. Russian (Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. *Учебное пособие для врачей и психологов*. СПб.: Речь, 2006; 352 с.).
16. Nikiforov GS, ed. *Diagnostics of health: Psychological workshop*. St. Petersburg: Rech», 2007; 950 p. Russian (Диагностика здоровья: психологический практикум/под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007; 950 с.).
17. Ivanova NL, Rumyantseva TV. *Social identity: theory and practice*. Moscow, 2009; 456 p. Russian (Иванова Н.Л., Румянцева Т.В. *Социальная идентичность: теория и практика*. М., 2009; 456 с.).
18. Rean AA. *Practical Psychodiagnostics of the personality*. St. Petersburg: St. Petersburg University press, 2001; 224 p. Russian (Реан А.А. *Практическая психодиагностика личности: учеб. пособие*. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2001; 224 с.).
19. Dolmatova VN. *Psychological and pedagogical conditions of overcoming the dependent position of the pupils of the orphanage: PhD diss*. Lipetsk, 2008; 171 p. Russian (Долматова В.Н. *Психолого-педагогические условия преодоления иждивенческой позиции воспитанников детского дома: дис.... канд. психол. наук*. Липецк, 2008; 171 с.).