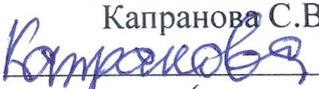




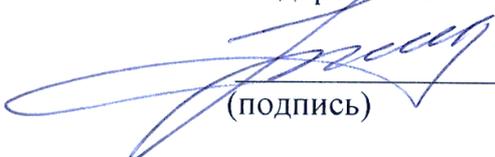
ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)
Факультет психологии

Выпускная квалификационная работа на тему:
**«СПЕЦИФИЧНОСТЬ КОПИНГА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ
РАССТРОЙСТВАХ»**

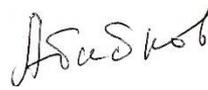
по специальности 37.05.01 – Клиническая психология
основная образовательная программа – Клиническая психология
специализация: Клиническое консультирование, психодиагностика и
психотерапия

Обучающийся:
Аспирантка 3 года обучения
дневной формы обучения
Капанова С.В.

(подпись)

Рецензент:
д.м.н., доцент
Федорова А.И.


(подпись)

Научный руководитель:
д.м.н., профессор
Абабков В.А.



Санкт-Петербург
2022

Оглавление

| | |
|---|----|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ..... | 7 |
| 1.1. Концепции адаптации..... | 7 |
| 1.1.1. Реагирование на болезнь, адаптация к болезни | 9 |
| 1.2. Теоретико-методологические представления о стрессе, роль стресса в этиологии расстройств..... | 11 |
| 1.3. Концепция копинга, этапы развития и подходы к изучению | 15 |
| 1.3.1. Трансактная модель стресса и копинга R.Lazarus и ее развитие (M. Perrez&M. Reicherts, Shwarzer) | 19 |
| 1.4. Теоретико-методологический анализ современных исследований копинга..... | 25 |
| 1.4.1. Методы и методики исследования копинга..... | 25 |
| 1.4.2. Специфичность копинга в различных группах населения и при различных расстройствах..... | 27 |
| ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 30 |
| 2.1. Материалы исследования | 30 |
| 2.2. Методы исследования..... | 31 |
| ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ КОПИНГА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ..... | 33 |
| 3.1. Исследование пациентов с ревматоидным артритом (РА) | 46 |
| 3.2. Исследование пациентов с болезнью Паркинсона (БП) | 47 |
| 3.3. Исследование пациентов с депрессивным расстройством..... | 48 |
| 3.4. Исследование пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ)..... | 49 |
| 3.5. Исследование пациентов с алкогольной зависимостью..... | 50 |
| 3.6. Исследование беременных | 51 |
| 3.7. Корреляционный анализ..... | 51 |
| 3.8. Кластерный анализ | 54 |
| ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ..... | 55 |
| ВЫВОДЫ | 59 |

| | |
|--------------------|----|
| ЗАКЛЮЧЕНИЕ | 62 |
| ЛИТЕРАТУРА..... | 63 |
| ПРИЛОЖЕНИЕ 1 | 70 |

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность работы состоит в том, что проблема специфичности копинга, являясь относительно разработанной в теоретическом ключе, на практике представляется нереализованной. В современных исследованиях, прямо или косвенно затрагивающих копинг-поведение, можно отметить две существенные методологические проблемы.

Первая касается теоретического единства концептуального базиса исследования и используемых инструментов. Например, цель исследования – определить роль когнитивных изменений и личностных особенностей как факторов социальной адаптации на инициальной стадии параноидной шизофрении. Одна из задач – исследование защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения как личностной особенности у пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении в сравнении с психически здоровыми лицами и выявить взаимосвязь особенностей защитного, совладающего со стрессом и фрустрационного поведения с когнитивными характеристиками пациентов. Используя методику «Стратегии совладающего поведения» (Lazarus R.S., Folkman S., Вассерман Л.И. с соавт., 2009) автор опирается не на транзактную модель стресса по Lazarus R.S., а на концепцию психической адаптации человека Березина Ф.Б. В некоторых исследованиях можно встретить формулировку «защитно-совладающее поведение», что указывает на отсутствие четкого разделения концепции копинга от механизмов психологической защиты.

Вторая проблема относится к эмпирической части любого исследования, а именно – выбору групп сравнения. В описанном выше примере исследования автор приходит к очевидному выводу о различиях копинг-стратегий между группой пациентов и психически здоровых лиц, не учитывая при этом конкретные стрессоры для испытуемых каждой группы и те личностные смыслы, которыми они наделены. Сравнение таких разнополярных групп как пациенты с эндогенным психическим расстройством, сопровождающимся значительными нарушениями в когнитивной, эмоциональной и личностной сферах с лицами без психических нарушений не позволяет делать выводы о специфичности копинг-поведения в отношении первых.

Для решения отмеченных проблем представляется необходимым проведение такого исследования, которое, во-первых, опирается на непротиворечивую концепцию копинга и стресса, а также использует методы в русле выбранной концепции, не смешивая понятия, классификации и школы. Наиболее перспективным направлением в исследовании копинга является подход, сочетающий внимание к личностным особенностям человека с учетом влияния на него времени и контекста ситуации.

Теоретической и методологической основой исследования являются: теория отношений В.Н. Мясищева [26], транзактная модель стресса R. Lazarus [64].

Цель – сравнительное изучение специфичности копинг-поведения при вызванном дистрессе, связанном с различными соматическими, неврологическими и психическими расстройствами.

Задачи:

1. Провести литературный анализ по тематике специфичности копинг-поведения.
2. Изучить особенности личности, дистресса и симптоматики у пациентов с ревматоидным артритом, болезнью Паркинсона, пограничным расстройством личности, депрессивным расстройством, алкогольной зависимостью, беременных, испытывающих дистресс и здоровых лиц.
3. Провести сравнительное изучение специфичности копинга в основных и контрольной группах.
4. Проанализировать характер связей предпочитаемых копинг-стратегий, уровня воспринимаемого стресса, социальной поддержки, особенностей личности и симптоматики между группами пациентов.
5. Провести кластерный анализ полученных данных.

Объект исследования – копинг-стратегии пациентов с различными соматическими и психическими расстройствами.

Предмет исследования – специфичность копинг-стратегий, уровень воспринимаемого стресса, социальной поддержки, особенности личности и симптоматика пациентов с различными соматическими и психическими расстройствами.

Были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Группы сравнения, ориентированные на наличие дистресса, имеют как общие (поскольку наличие любого расстройства предполагает общность показателей), так и специфические различия (связанные с особенностями конкретного расстройства).
2. Отличия в копинг-поведении между группами связаны с определёнными показателями шкал других методик.
3. Дополнительный анализ может показать специфичность различных кластеров, не связанных с конкретным расстройством.

Научная новизна состоит в непротиворечивости теоретической основы и используемых методов исследования, а также в разнообразии и количестве исследуемых групп пациентов.

Практическая значимость заключается в возможности использования результатов исследования в психотерапевтическом сопровождении пациентов, страдающих данными заболеваниями.

ГЛАВА 1. ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1. Концепции адаптации

В основе процесса адаптации лежит стремление организма к гомеостазу и сохранению достигнутого результата. Однако, гомеостаз представляет собой не неизменную совокупность каких-либо биологических показателей, а сменяющие друг друга состояния системы организм-среда [7]. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно, также постоянно осуществляется и процесс адаптации. Ф.Б.Березин рассматривает психическую адаптацию как фактор, влияющий на отдельные уровни биологической адаптации.

Психическая адаптация – это процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды. Помимо собственно поддержания психического гомеостаза, психическая адаптация оптимизирует взаимодействие человека со средой и регулирует соотношение характеристик процессов на психофизиологическом уровне.

Физиологические изменения, наступающие в следствие психического стресса сходны с проявлением стресса системного, что с одной стороны позволяет выявить роль психологических факторов стресса, а с другой – требует соотнесения этих понятий. Крайняя точка зрения заключается в сведении системного стресса к эмоциональному. Такая позиция основывается на утверждении, что изменения, описанные как общий адаптационный синдром, в любом случае связаны с эмоциональной активацией и что даже при воздействии физических стрессоров типичные реакции со стороны гипофизарно-адренкортикальной системы могут быть минимизированы в случае, если минимизируются психологические переменные (эмоциональный дискомфорт, боль), опосредующие воздействия этих физических факторов [66].

Отличительной чертой психического стресса от системного является тревога. Являясь результатом возникновения или ожидания угрозы, тревога может рассматриваться как форма адаптации организма в условиях острого или хронического стресса. Однако в первую очередь важно рассматривать ее как сигнал, свидетельствующий о нарушении адаптации. С возникновением тревоги связывают усиление поведенческой активности, изменение характера поведения или включение механизмов интрапсихической адаптации; причем уменьшение интенсивности тревоги воспринимается как свидетельство

достаточности и адекватности реализуемых форм поведения, как восстановление ранее нарушенной адаптации. Тревога лежит в основе любых (адаптивных и неадаптивных) изменений психического состояния и поведения, обусловленных психическим стрессом.

Рассмотрим уровни психической адаптации. Аллопсихическая адаптация – модификация поведенческой активности в следствие усиления тревоги. Это позволяет вернуть баланс в систему человек-среда, снизить эмоциональное напряжение. Человек либо покидает проблемную ситуацию, либо воздействует на нее таким образом, чтобы удовлетворить актуальные потребности.

Интрапсихическая адаптация – действие механизмов психологической защиты. Они позволяют снизить тревогу за счет переориентации личности. Взаимоотношения в системе человек-среда меняются при относительной стабильности среды.

Б.Ф.Березин выделяет два фактора нарушения психической адаптации. Поскольку приведение системы человек-среда к состоянию баланса предполагает удовлетворение потребностей личности с учетом требований среды, риск адаптационных нарушений прямопропорционален затруднению реализации значимых потребностей в условиях неэффективных стереотипов их удовлетворения.

Напряженность адаптационных механизмов при нарушении взаимоотношений между индивидуумом и средой, снижение эффективности психической адаптации и возрастание риска ее нарушений связаны с возникновением состояния, обусловленного блокировкой мотивированного поведения, т. е. с фрустрацией. В данном случае термином фрустрация обозначается состояние, возникающее при блокаде актуальных потребностей (которое можно оценить клинически или с помощью психодиагностических методик), используя для обозначения ситуаций, в которых возникает это состояние, и факторов, его вызывающих, термин «фрустрационная ситуация» или «фрустрирующее воздействие». Несмотря на чрезвычайное многообразие фрустрирующих ситуаций, они характеризуются двумя обязательными условиями: наличием актуально значимой потребности и препятствия для реализации мотивированного поведения, направленного на ее удовлетворение.

Оценить роль фрустрации отдельных потребностей в нарушении процесса психической адаптации трудно, т.к. в реальной ситуации практически невозможна блокада одной отдельно взятой потребности, поскольку любые фрустрирующие воздействия неизбежно сказываются на совокупности потребностей. Фрустрационная напряженность в каждый конкретный момент определяется взаимодействием между комплексом потребностей и совокупностью фрустрирующих ситуаций. Чем выше фрустрационная напряженность, тем выше вероятность рассогласования в системе потребностей и

наступления интрапсихического конфликта, который в свою очередь провоцирует эмоциональный стресс и, как следствие, возникновение нарушений работы нервной системы.

1.1.1. Реагирование на болезнь, адаптация к болезни

Приведенные выше исследования показывают, что пациенты с психическими расстройствами обладают особенностями восприятия и когнитивного контроля. В этом контексте необходимо обратить внимание на проблему психической адаптации человека к хроническому заболеванию, являющейся центральной в изучении психологии соматического больного. Подробный обзор разных моделей адаптации можно найти в книге «Совладание со стрессом: теория и психодиагностика» (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010), остановимся подробнее на модели Levetthal L. и соавторов, включающей когнитивный уровень внутренней картины болезни и копинг.

Субъективная модель болезни содержит следующие компоненты:

- Отличительные (для пациента) особенности болезни – описание болезни и ее проявлений;
- Причины болезни – представления пациента о повлиявших факторах;
- Временная перспектива – представления пациента о возможной продолжительности и характере течения;
- Последствия – представления пациента о степени влияния заболевания на его жизнь;
- Контролируемость – представления пациента о зависимости течения болезни от его действий.

Субъективная модель болезни, а именно представления самого пациента о тех или иных закономерностях, обуславливает выбор стратегии управления болезнью и управления эмоциональной реакцией на болезнь. Описанная модель тесно перекликается концепцией внутренней картины болезни, разрабатываемой в русле теории отношений В.Н.Мясищева, согласно которой отношение личности к болезни отражает всю полноту переживаний и поведения пациента в связи с заболеванием в контексте отношений к себе, окружающим, значимым сторонам жизни. Выделяют следующие факторы, влияющие на отношение к болезни:

- Особенности заболевания и его лечения (например, побочные эффекты лечебных мероприятий);

- Преморбидные особенности личности (особенности системы значимых отношений);
- Социально-психологические факторы (возраст, социальный статус и т.д.)

Анализируя связь копинга и течения заболевания Aldwin и Revenson предположили, что существуют две модели – прямого и амортизированного эффекта [40]. Так, избегающий копинг непосредственно приводит к нарастанию психологических симптомов, независимо от стрессогенности ситуации, в то время как проблемно-ориентированный копинг смягчал прямое влияние негативного события. Позднее Aldwin и Yancura сформулировали пять возможных вариантов взаимосвязи копинга и состояния здоровья [39]:

- 1) Прямой эффект – непосредственная связь между использованием копинга и исходом заболевания;
- 2) Амортизированный (или буферный) эффект – копинг оказывает влияние на стресс, который в свою очередь, оказывает влияние на течение и исход заболевания;
- 3) Опосредованный эффект – влияние копинга на состояние здоровья опосредуется другими переменными, например, эмоциональным состоянием;
- 4) Контекстуальный эффект – эффект копинга определяется реакцией окружающих в контексте события;
- 5) Ложный эффект – связь между копингом и состоянием здоровья исчезает при анализе личностных особенностей с использованием форм самоотчета.

В настоящее время дезадаптивный копинг не рассматривается как самостоятельный фактор риска развития соматической патологии, но имеет прогностическое значение для адаптации человека к заболеванию. Например, среди пациентов с диабетом II типа использование эмоционально-ориентированного копинга играет значимую роль в развитии депрессивной и тревожной симптоматики, а также повышению уровня дистресса в отношении имеющегося заболевания [47]. Среди пациенток с гинекологическими онкологическими заболеваниями использование избегающих копинг стратегий тесно связано с худшим, по сравнению с референсной группой, состоянием здоровья, фоном настроения и качеством жизни [53].

Среди исследований, изучающих факторы риска развития соматических заболеваний можно выделить многочисленную группу работ, в центре внимания которых

находится связь между поведением типа А и сердечно-сосудистыми заболеваниями. Хотя эта связь в настоящее время считается эмпирически подтвержденной [11, с.96], некоторые исследования представляют менее однозначные результаты. Например, обзорный анализ 33 исследований не выявил значимой причинно-следственной связи [62]. Однако хотя прямая причинно-следственная связь подвергается сомнению, поведение типа А, характеризующееся стремлением к соперничеству, амбициозностью и агрессивностью влияет на специфику поведения в потенциально стрессогенных условиях и стратегии их преодоления [71]. В результате изучения враждебности как специфической черты поведения типа А было установлено, что она является значимым предиктором развития ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, нарушений сердечного ритма, метаболического синдрома и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в целом [11].

W.Мао и соавторы исследовали взаимосвязь враждебности, копинга и депрессивной симптоматики. Результаты показали как непосредственное влияние копинга на выраженность депрессивных симптомов, так и опосредованное враждебностью [65]. Стоит отметить, что непосредственной связи между враждебностью и депрессивной симптоматикой не было выявлено, что подчеркивает значимость опосредованного характера связи конструкторов в данной модели. Предпочтительное использование пассивных копинг-стратегий усиливает враждебность, что приводит к развитию депрессивного синдрома, который является фактором риска соматических заболеваний.

1.2. Теоретико-методологические представления о стрессе, роль стресса в этиологии расстройств.

Впервые предложив профессиональный термин «стресс» в 30-е гг. 20в. Г.Селье определил его как «неспецифический ответ организма на любое предъявленное ему требование» [28]. Раздражители, вызывающие стресс, Селье назвал «стрессорами». Г.Селье отмечает несущественность субъективной приятности или неприятности стрессора, при этом дифференцируя понимание этого явления и выделяя понятия «дисстресс» и «эустресс». Дисстрессом называется такое психическое состояние и процессы, при которых постоянно или временно нарушается равновесие между требованиями к индивиду и его ресурсами в связи с их недостаточностью. Понятие «эустресс» означает переживания, которые индивид испытывает в случае соответствия выдвинутых требований и своих ресурсов.

Описанные в классических исследованиях Селье стадии стресса характерны для любого адаптационного процесса, поскольку включают и непосредственную реакцию на

воздействие, требующее адаптационной перестройки (стадия тревоги, аларм-реакция), и период максимально эффективной адаптации (стадия резистентности), и (в случае недостаточности адаптационных механизмов) нарушение адаптационного процесса (стадия истощения).

Понимание стресса в дальнейшем было расширено Р.Лазарусом, предложившим модель стресса как трансактного процесса. В этом случае стресс начинается со специфической оценки события (стрессора) – первичная оценка, затем индивид оценивает собственные ресурсы по его преодолению – вторичная оценка. В результате формируются связанные со стрессом эмоции и адаптивные реакции (копинг). Согласно подходу Р.Лазаруса, стресс – это процесс, протекающий в постоянном взаимодействии индивида со средой.

В настоящее время стресс принято понимать в четырех основных значениях:

- 1) событие, несущее дополнительную нагрузку – раздражающий феномен, усложняющий ход событий;
- 2) реакция на определенное событие;
- 3) промежуточный процесс между раздражителем и реакцией на него;
- 4) трансактный процесс.

Самыми распространенными эмоциональными стрессовыми реакциями являются переживания печали, тревоги, страха, гнева. Интенсивность и характер переживаемых эмоций зависят от типов стрессоров. В зависимости от негативности и времени на реадaptацию различают повседневные трудности, критические жизненные события и хронические стрессоры [4]. Повседневные трудности (микрострессоры) – отягощающие эпизоды повседневного переживания и поведения, связанные с соответствующими для данного стресса оценками и требующие непривычного приспособления. А. Kanner и соавторы (1981) в качестве наиболее распространенных повседневных микрострессоров выделяют недовольство собственной внешностью, бытовые неудобства, финансовые заботы и др. Микрострессоры также можно категоризировать как рабочие (переработка, конфликты в коллективе), межличностные и социальные (конфликты в семье, с соседями), ролевые стрессоры (ролевой конфликт). Микрострессоры могут усиливать воздействие более сильных стрессоров и способствовать развитию расстройств.

Критические жизненные события (макрострессоры) удовлетворяют трем условиям:

- 1) поддаются точному датированию и локализации во времени;
- 2) требуют качественной реорганизации в структуре «индивид-окружающий мир»;
- 3) сопровождаются стойкими аффективными реакциями.

Эти критерии отличают макрострессоры от хронических стрессоров, временной адаптации и повседневных трудностей. Критические жизненные события считаются нормативными, если они базируются на биологической природе и с большей или меньшей вероятностью наступают у всех членов данного культурного сообщества. Ненормативные критические жизненные события характеризуются внезапностью и непредсказуемостью. И нормативные, и не нормативные критические жизненные события могут носить и позитивный, и негативный характер.

Хронические стрессоры определяются главным образом временной протяженностью стресса. К ним относятся продолжительные эмоциональные и физические нагрузки, например, в семье или на работе. Исследования показывают, что на развитие стрессовых расстройств может оказывать влияние любой тип стрессора, в зависимости от его субъективной оценки индивидом.

Международная классификация болезней 10-го пересмотра рассматривает стрессовые расстройства в разделе F40 «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», а именно в рубрике F43 «Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации». Данная категория выделена на основании наличия стрессового события исключительной силы или значительных изменений, в результате которых наступает дезадаптация [20]. В рубрику входят:

F43.0 Острая реакция на стресс

F 43.1 Посттравматическое стрессовое расстройство

F 43.2 Расстройства адаптации

F43.20 Кратковременная депрессивная реакция

F43.21 Пролонгированная депрессивная реакция

F43.22 Смешанная тревожная и депрессивная реакция

F43.23 С преобладанием нарушения других эмоций

F43.24 С преобладанием нарушения поведения

F43.25 Смешанное расстройство эмоций и поведения

F43.26 Другие преобладающие специфические симптомы

F43.8 Другие реакции на тяжелый стресс

Рубрика F43.2 включает расстройства, определяющиеся не только симптомологией и особенностями течения, но и одним из следующих факторов: стрессовое жизненное событие исключительной силы, вызвавшее острую стрессовую реакцию; какое-либо жизненное событие, приводящее к продолжительно сохраняющимся неприятным обстоятельствам. Важную роль в появлении и развитии расстройства адаптации играет

индивидуальная предрасположенность, однако данное состояние невозможно без стрессового фактора.

Классификация Американской ассоциации психиатров 5-го пересмотра (DSM-V) выделяет следующие категории расстройств данного спектра: травматические и связанные со стрессом расстройства (trauma- and stressor-related disorders), а также расстройства с соматическими симптомами (somatic symptom and related disorders).

Соматоформные расстройства с 2013 г. включены в раздел расстройств с соматическими симптомами. Разделяют расстройства с преобладанием соматических болей; психологических факторов, влияющих на другие медицинские условия; расстройств адаптации. В этот раздел также входят ранее выделяемые отдельно соматизированные расстройства и недифференцированные соматоформные расстройства, а также конверсионные расстройства.

Предварительная русскоязычная редакция МКБ 11-го пересмотра в разделе «Расстройства, связанные со стрессом» содержит следующие рубрики [21]:

- 6B60 Посттравматическое стрессовое расстройство;
- 6B61 Сложное посттравматическое стрессовое расстройство;
- 6B62 Длительное расстройство горя;
- 6B63 Расстройство адаптации;
- 6B64 Реактивное расстройство привязанности;
- 6B65 Нарушение социального участия
- 6B6Y Другие уточненные расстройства, связанные со стрессом;
- 6B6Z Нарушения, связанные со стрессом, неуточненные

Раздел «Психологические и поведенческие факторы, влияющие на расстройства и заболевания, классифицированные в других рубриках» содержит пункт:

6E40.4 Физиологический ответ, связанный со стрессом, влияющий на расстройства или болезни, классифицированные в других рубриках.

В настоящее время изучению роли стресса в этиологии заболеваний уделяется большое внимание не только в клинической психологии, но и в медицине в целом. Например, доказано влияние стресса на развитие и течение различных сердечно-сосудистых заболеваний [3, 6, 8]. Важно отметить роль хронического стресса, опосредованного депрессивным состоянием, в возникновении ревматоидного артрита [15].

Рассмотрим две модели болезней, учитывающие психологические факторы, к которым относится переживание человеком воздействия стресса.

Биопсихосоциальная модель болезни возникла в конце 70-х гг. XX века. Психиатр Джордж Л. Энджел описал гипотетического пациента, 55-летнего мужчину, который

перенес второй сердечный приступ через шесть месяцев после первого. Личность пациента основывает его собственную интерпретацию боли в груди и объясняет его отрицание этого, пока его работодатель не дает ему разрешения обратиться за помощью. Хотя его сердечный приступ может быть связан только сугубо с биологическими факторами, более широкая оценка помогает понять, что различные результаты могут быть возможны в зависимости от того, как человек реагирует на свое состояние. Была представлена описательная модель, обеспечивающая проект исследования, общие границы обучения и план реальных действий в клинической практике [52].

Биологическая часть модели описывает связь причины заболевания с нарушением той или иной функции органа или системы. Психологическая – сопоставляет наличие психологических факторов (стресс, нарушение эмоционального реагирования, снижение самоконтроля) с проблемами здоровья. Социальная – исследует влияние на здоровье различных социальных факторов, например, экономический статус пациента. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Практическая реализация биопсихосоциальной модели предполагает «бригадную» работу с пациентом, т.е. привлечение специалистов не только медицинского профиля, но и психологического, а так же социальных работников.

Диатез-стресс-модель предполагает, что помимо стрессора для возникновения определенного расстройства у индивида должна быть еще особая уязвимость или предрасположенность – диатез [4]. Например, неотъемлемой частью депрессивного расстройства являются негативные убеждения о себе, мире, своем будущем. С точки зрения когнитивно-поведенческой терапии, формированию таких установок способствовал детский опыт человека (например, отсутствие внимания родителей), который актуализировался под влиянием негативных событий в его взрослой жизни [43].

1.3. Концепция копинга, этапы развития и подходы к изучению

Наблюдение Фрейда о недоступности для сознания некоторых неприятных и нарушающих душевное равновесие мыслей, послужило мощным толчком к изучению механизмов совладающего поведения. Исходная концепция защит и вытеснения со временем была уточнена самим Фрейдом общим определением защиты как борьбы эго с неприятными мыслями и чувствами, а вытеснение выступило как один из видов защит. Популярность теории о механизмах психологической защиты быстро набирала обороты и была расширена Анной Фрейд. К десяти защитам, описанным Фрейдом – регрессия, вытеснение, реактивное образование, изоляция, бездействие, проекция, интроекция,

поворот против себя, реверсия и сублимация – А.Фрейд сформулировала еще несколько, в том числе интеллектуализацию [32].

Важно отметить два момента в опубликованной А.Фрейд работе «Эго и защитные механизмы». Первый состоит в наблюдении, что несмотря на описанное множество защит, при столкновении со стрессовой или травмирующей ситуацией человек использует только несколько из них. Еще одна идея, определившая на продолжительное время направление для исследований, состояла в предположении о специфичности стиля защитного поведения. Например, истерическое невротическое расстройство связывалось с вытеснением, а паранойя с проекцией.

На основе предположения о специфичности предпочитаемого защитного поведения возникла идея о неравнозначной «патологичности» защит. Исследователями (G.Engel (1962), R.Lazarus (1983), K.Menninger (1963) были предприняты попытки иерархической классификации защит [59]. Наименее противоречивой считается классификация G.Vaillant (1971), в которой выделены четыре класса на основании соответствия определенной психопатологии, см.Таблицу 1.

Таблица 1. Иерархическая классификация психологических защит G.Vaillant (1971)

| Соотнесенная психопатология | Виды защит |
|--|---|
| Психотические защиты | <ul style="list-style-type: none"> ● отрицание ● искажение |
| Незрелые защиты (соответствуют расстройствам личности) | <ul style="list-style-type: none"> ● пассивная агрессия ● отыгрывание ● диссоциация ● проекция ● аутистическое фантазирование ● обесценивание |
| Невротические защиты | <ul style="list-style-type: none"> ● интеллектуализация ● вытеснение ● поворот против себя ● замещение, соматизация ● бездействие, рационализация |
| Зрелые защиты | <ul style="list-style-type: none"> ● подавление ● альтруизм ● юмор ● сублимация |

G.Vaillant отмечает необходимость разграничения копинг-ответов, таких как поиск социальной поддержки и сознательные когнитивные усилия (сбор информации, прогнозирование опасности и репетиция действий) и непроизвольных адаптивных механизмов – защитных механизмов эго. «Защитные механизмы отражают целостный

динамический психологический процесс совладания (копинга) с реальностью в большей степени, чем deficit state или выученная произвольная стратегия» [76, с.45].

Путем разграничения «адаптивных» и «неадаптивных» видов психологических защит в 60-е гг. 20-го в. сформировалось отдельное направление, все чаще определяемое названием «копинг». Под копинг-ответом подразумевались сознательные стратегии реагирования на стрессовые ситуации. «Копинг-поведение отличается от защитного в силу того, что последнее ригидно, вынужденно, искажает реальность и недифференцировано; в то время, как первое гибко, целенаправленно, ориентировано на реальность и дифференцировано» [57, с.374].

Развитие концепции копинга тесно связано с психоанализом, что во многом определило подход к его изучению. Первые исследователи копинга как самостоятельного теоретического конструкта (К.А. Menninger, N. Haan, G.E. Vaillant) ориентировались в изучении на тот же подход, что и в случае с защитным поведением, рассматривая копинг как стиль или личностную черту. Основываясь на двух измерениях реакции человека на стрессовую ситуацию, они определили два вида копинга – проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный. Позже в эту классификацию был включен копинг, ориентированный на избегание.

Другим взглядом на изучение копинга стало исследование реакции человека на определенный тип стрессовой ситуации, причем в крайних ее проявлениях, т.е. ситуациях угрозы жизни. Фокус на исключительную силу обстоятельств поставил под сомнение влияние личности на способ совладания со стрессовой ситуацией.

Изучение влияния самого человека на процесс копинга получило новый виток развития в русле психологии личности. Противостояние между учеными, придерживавшихся важности личностных черт и теми, кто считал более значимыми ситуативные факторы, получило название интериндивидуального и интраиндивидуального подходов. В исследовательском смысле в первом случае это означало попытку выделить базовые копинг-стратегии конкретной личности, используемые в разных типах стрессовых ситуаций. Во втором – определить базовые копинг-стратегии, используемые человеком в зависимости от контекста ситуации.

Стилевой подход в изучении копинга акцентирует внимание на личностных чертах, которые в какой-то мере превосходят влияние контекста ситуации и времени в выборе копинг-стратегии. Если взять за основу пятифакторную модель, то личностные черты могут рассматриваться в следующих измерениях – нейротизм, экстраверсия, открытость опыту, конформность и сознательность. Они влияют на психологическое функционирование человека, можно также предположить, что в том числе и на копинг-поведение. Личностные

черты взаимодействуют с ситуацией в формировании восприятия стресса и в стрессе раскрываются в полной мере.

Первые исследователи (К.А. Menninger, N. Haan, G.E. Vaillant) ориентировались в изучении копинга на тот же подход, что и в случае с защитным поведением, рассматривая копинг как стиль или личностную черту. Первая классификация выделяла проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный виды копинга. Проблемно-ориентированный копинг включает стратегии, направленные на попытку решения, реконцептуализации или минимизации влияния стрессовой ситуации, в то время как эмоционально-ориентированный копинг фокусируется на собственных переживаниях, фантазирование.

Копинг, ориентированный на избегание – вид копинга, не направленный на решение проблемы или эмоциональную регуляцию. Включает реакцию, ориентированную на человека (например, поиск социальной поддержки), а также привлечение замещающей ситуации (т.е. отвлечение от непосредственного источника стресса).

N. Haan (1977) в своей модели (Model of ego functioning) описывает копинг с двух позиций. В метатеоретическом смысле копинг – это открытое, гибкое, способное к изменениям взаимодействие с собственным «Я» и окружающей средой, более предпочтительное для человека, чем поведение, деформирующее реальность и провоцирующее нереалистичное восприятие ситуации. На практическом уровне копинг проявляется в предпочитаемом образе действий или способе решения задач в ежедневном взаимодействии человека с окружающими его условиями среды. «Человек обращается к копингу – когда может, защищается – когда должен, фрагментирует – когда его принуждают» [цит. по 56 с.276].

Кроме копинга и защит N. Haan выделяет фрагментирование (fragmentary processes) – это патологическая форма приспособления, к которой человек прибегает, если ни копинг, ни защитное поведение не помогли справиться со стрессом. К таким формам относятся деперсонализация и галлюцинирование. Таким образом, в данной модели копинг является критерием нормативного состояния личности.

Подводя итог вышеизложенному, можно выделить три теоретических и методологических подхода к изучению совладающего поведения. Психоаналитический подход фокусируется на механизмах психологической защиты, как основе преодоления стресса. Личностно ориентированные подходы выделяют индивидуальные стили копинга, на выбор которых влияют личностные особенности человека. И в первом, и во втором случае совладающее поведение сводится к адаптации, как базовой характеристике личности. Изучение копинга как процесса акцентирует внимание на когнитивной

составляющей, подчеркивая его гибкость и пластичность по отношению к изменяющимся обстоятельствам, а также активной роли самого человека как действующего субъекта.

1.3.1. Трансактная модель стресса и копинга R.Lazarus и ее развитие (M. Perrez & M. Reicherts, Shwarzer)

Модель стресса и копинга R.Lazarus и S.Folkman (1984) является одной из наиболее разработанных и известных. В ее основе лежит утверждение о том, что столкнувшись со стрессором, человек его оценивает и именно оценка определяет его эмоциональную и поведенческую реакцию. Копинг – постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются как превосходящие ресурсы личности [63]. Такое определение копинга подчеркивает суть концепции. Во-первых, подход к изучению копинга как изменяющегося процесса, а не стабильного набора черт. Во-вторых, отграничение копинга от автоматического поведения, направленного на адаптацию; подчеркивается значение оценки и сознательный характер усилий. В-третьих, важность самих усилий, но не их результата – успешного или неуспешного преодоления ситуации. В-четвертых, направленность усилий на управление обстоятельствами, а не на подчинение.

Оценку стрессора принято разделять на первичную и вторичную, хотя сам R.Lazarus считает такое обозначение, заимствованное из ранних работ, неудачным [64, с.31]. Такое деление подразумевает превосходство одного над другим либо в значимости, либо в последовательности, а также не отражает содержание процесса. Однако на данный момент такое обозначение является общепринятым, поэтому здесь и далее мы пользуемся им.

Первичная оценка касается личностного смысла ситуации и позволяет отнести стрессор к одной из категорий:

- 1) Нерелевантный стрессор – столкновение со средой не нарушает комфорт человека;
- 2) Щадяще-позитивный стрессор – результат столкновения оберегает или усиливает чувство комфорта человека. В этом случае взаимодействие со стрессором приводит к положительным эмоциям – радости, оживлению, умиротворению;
- 3) Стресс – результатом столкновения непосредственно повреждение, утрата или угроза повреждение и/или утраты, а также вызов или испытание. Последний вид характеризуется мобилизацией копинговых усилий и фокусом на потенциальной награде или выигрыше.

Если ситуация оценивается как стрессовая (т.е. как ситуация угрозы или вызова), подключается механизм вторичной оценки. «Вторичная оценка является ключевым элементом любого столкновения со стрессом, т.к. исход зависит от того, что может быть сделано и что поставлено на карту» [цит. по 64, с.35]. Это комплексный процесс анализа доступных возможностей, вероятности, что выбранная стратегия сработает нужным образом и ожидания собственной эффективности в реализации этого плана.

На процесс оценки влияют стремления и убеждения человека. Они определяют аспекты, на которых человек фокусируется в ситуации столкновения со стрессором, формируют понимание обстоятельств и, как следствие, эмоциональные переживания и копинговые усилия, а также обеспечивают основание для конечного результата оценки. Любое событие, затрагивающее устойчивое стремление, оценивается как значимое именно в той степени, в которой исход данного события вредит или угрожает этому стремлению, либо содействует ее реализации.

Вен разделяет примитивные убеждения и убеждения высшего порядка [64]. К первому типу относятся убеждения, основанные на внешнем авторитете, например, родительском. Какое-либо утверждение о реальности или взаимосвязи фактов воспринимается как реальность или действительный факт. Убеждения высшего порядка являются продуктом собственного опыта личности, подвергнутого сомнению. С течением времени такое убеждение может стать примитивным, т.е. не требующим доказательств. Система убеждений, в которой особое значение имеют убеждения о собственном контроле над обстоятельствами, а также убеждения экзистенциального порядка, выполняет роль линзы, через которую человек воспринимает ситуацию и наделяет ее личностным смыслом.

В большинстве случаев убеждение в контролируемости ситуации снижает эмоциональное напряжение. Однако, в ситуациях, когда обладание контролем противоречит предпочитаемому стилю или вступает в конфликт с целями и стремлениями личности, стресс возрастает.

Влияние ситуационных факторов в трансактной модели стресса и копинга Р.Лазаруса рассматривается с точки зрения личностного смысла и отношения личности к стрессовой ситуации. Рассматриваются следующие параметры:

- 1) Новизна – если ситуация новая, но ни один из ее аспектов ранее не был связан психологически с опасностью, то она не оценивается как угрожающая. Похожим образом она не будет оценена, как ситуация вызова возможностям, если ни один из ее аспектов ранее не был связан с поощрением или какой-либо выгодой. В то же время, человек не обязательно должен был в прошлом подвергнуться какой-

либо опасности напрямую, чтобы оценить ситуацию, как угрожающую. Например, искаженная информация или ее недостаток влияют на оценивание ситуации в условиях отсутствия личного опыта.

2) Предсказуемость – параметр, описывающий характеристики или условия среды, которые можно распознать или «вскрыть», дающие возможность предугадать, как эти условия будут меняться. Исследования, целью которых было изучение данного параметра, проводились на животных. Для разграничения когнитивной модели исследований от области зоопсихологии Р.Лазарус вводит следующий параметр:

3) Неопределенность появления события – параметр, описывающий, как вероятность появления события влияет на оценку. Ситуация неопределенности наступления какого-либо события не позволяет заработать/запуститься процессу копинга, т.к. копинг-стратегии, направленные на предупреждение появления события обычно несовместимы со стратегиями, направленными на предупреждение наступления события. Другими словами, человек не в состоянии предпринимать одновременно противоположные действия или когнитивные усилия таким образом, чтобы это не провоцировало страх, тревогу, руминацию.

Факторы времени также являются важными параметрами стрессовой ситуации, влияющими на процесс оценки. Чем меньше времени до наступления события, особенно если оно несет признаки опасности, тем скорее запустится процесс оценки. Продолжительность стрессовой ситуации является одним из ведущих факторов в возникновении психического расстройства. Неопределенность в точном моменте времени наступления события влечет за собой стрессовые переживания в случае, когда конкретные признаки сообщают человеку, что событие точно произойдет и оно может быть угрожающим. Т.е. именно внутреннее ощущение неотвратимости создает условия для возникновения стресса, а не только объективные характеристики ситуации.

Хотя личностные факторы, такие как ценности и убеждения, и ситуационные рассматриваются отдельно, Р.Лазарус подчеркивает их созависимость и невозможность их раздельной оценки при изучении копинга личности. При использовании соответствующих методик личностные и ситуационные факторы замеряются по-отдельности, но анализируются и интерпретируются только с учетом их тесной связи. Именно такой подход в полной мере отражает концепцию трансактности модели Лазаруса и Фолкман.

М. Perrez и М. Reicherts (1992) продолжили разработку отдельных аспектов психологической концепции стресса Р. Лазаруса на основе функциональной концепции.

[70]. В частности они дополнили объективные измерения (параметры) ситуации, описали субъективные параметры ситуации и объективные отличительные характеристики стресса:

Таблица 2. Субъективные параметры ситуации (M. Perrez, M. Reicherts)

| Субъективные измерения | Параметры ситуации | Объективные измерения |
|---|--------------------|--|
| Субъективная значимость ситуации | Валентность | Собственная стрессовость ситуации |
| Субъективная оценка человеком собственных ресурсов для контроля над ситуацией | Контролируемость | Возможности для контроля внутри ситуации |
| Субъективная оценка вероятности изменения ситуации без прикладывания собственных усилий | Изменяемость | Вероятность, что ситуация изменится сама по себе; по законам собственной динамики. |
| Субъективная оценка неопределенности ситуации | Неопределенность | Степень, в которой ситуация содержит достаточную информацию для установления ее точного значения |
| Субъективная оценка вероятности повторения ситуации | Повторяемость | Вероятность повторного наступления события |
| Наличие личного опыта в подобном рода ситуациях | Осведомленность | - |

Таблица 3. Объективные отличительные характеристики стресса (M. Perrez, M. Reicherts)

| | |
|-----------|--|
| Утрата | Лишение желаемого источника награды или позитивного подкрепления (например, разлука с близким человеком) |
| Наказание | Наступление травмирующей ситуации (например, автомобильная авария) |

R. Schwarzer (1993) расширил модель R.Lazarus за счет включения в нее концепции контроля и Я-концепции. Модель позитивного копинга (positive coping) рассматривает стратегии преодоления стресса с точки зрения перспективы личностного роста [75].

Таблица 4. Модель копинга R. Schwarzer

| | |
|-------------------------------------|--|
| Эмоционально-ориентированный копинг | Реактивный копинг (прошлое и будущее) Упреждающий копинг (будущее в краткосрочной перспективе) Превентивный копинг (будущее в долгосрочной перспективе) |
| Проблемно-ориентированный копинг | Реактивный копинг (прошлое и настоящее) Проактивный копинг |

Реактивный копинг – это усилия направленные на проблему, с которой человек столкнулся в прошлом или настоящем, а также попытки компенсации или принятия в случаях потери (например, работы или близких). К характерным стратегиям относятся изменение целей под новые обстоятельства, определение преимуществ и поиск смысла (search for meaning). Важным условием эффективности реактивного копинга является наличие у человека позитивных убеждений в своей способности справиться с вынужденным регрессом.

Предупреждающий копинг (anticipatory coping) направлен на события, которые воспринимаются как стрессовые, но пока не случившиеся. Это запланированное событие, вероятность наступления которого высока и находится в ближайшем будущем. Ситуация оценивается как вызов, угроза или потенциально полезная, т.е. дающая преимущества в случае, если человек с ней справится. Предупреждающий копинг проявляется в первую очередь в оценке известных рисков и выявлении неизвестных. Как и в случае с реактивным копингом процесс управления рисками тем успешнее, чем больше вера в самоэффективность.

В отличие от предупреждающего копинга, который направлен на управление событием с высокой степенью наступления в краткосрочной перспективе, превентивный копинг – это попытка подготовиться к ситуации с неопределенной вероятностью наступления в отдаленном будущем. Цель действий состоит в поиске и подготовке ресурсов, чтобы минимизировать негативные последствия от события в случае его наступления.

Суть модели позитивного копинга отражена в определении проактивного копинга. Отличительной чертой проактивного копинга является его отношение к проблемной ситуации во временной перспективе, а именно то, что он случается до наступления потенциально стрессового события. Проактивный копинг не требует восприятия ситуации как угрозы или потери, т.е. негативной оценки. Это усилия, направленные на предотвращение или видоизменение события. Для эффективного проактивного копинга необходимо пройти пять последовательных стадий [42]:

- 1) Накопление ресурсов – в данном случае сюда относятся время, деньги, навыки организации и планирования, социальная сеть (семья, друзья). Нехватка ресурсов или их отягощенность значительно снижают вероятность применения проактивного копинга. Например, в условиях дефицита времени человек может пропустить начальную стадию формирования потенциально проблемной ситуации, на которой минимум усилий позволит получить максимум результат. В семьях, где

один из родителей страдает хронической депрессией, дети используют копинг, который нечувствителен к окружающей среде и предпочитают избегать соприкосновения с любыми потенциально стрессовыми обстоятельствами [58].

2) Распознавание потенциального стрессора – это стадия внимания к потенциально тревожной информации и интерпретации предупреждающих сигналов, которые либо поступают из вне, либо являются результатом рефлексии. На тенденцию к распознаванию источника стимула оказывают влияние индивидуальные особенности человека.

3) Первичная оценка стрессора – этот этап ставит перед человеком как минимум две взаимосвязанных задачи: определение проблемы и регуляция возбуждения. На выбор схемы для определения проблемы влияют личностные особенности, предыдущий опыт, а также экспертность в какой-либо области знаний.

4) Предварительные усилия – усилия, направленные на совладание с потенциально стрессовой ситуацией до того, как она реализовалась во всей полноте. Чем четче была определена проблема на предыдущей стадии, тем легче переход от планирования к действиям.

5) Получение обратной связи и сопоставление с первичной оценкой.

Проактивный копинг способствует движению вперед, учитывает ресурсы личности, требования обстоятельств, потенциальные риски и возможности для развития личности. Таким образом, модель R. Schwarzer наделяет копинг не только функцией преодоления стресса, но и движущей силой личностного роста.

Подход к копингу как процессу, а не статичной черте личности, определяет особенности в его изучении:

1) Копинговые мысли и действия, возникающие под действием стресса, должны фиксироваться и замеряться отдельно от их результатов с тем, чтобы независимо оценить их адаптивность или дезадаптивность. Не существует универсально «плохого» и «хорошего» копинга, однако в каждом конкретном случае один вид копинга может оказаться результативнее, чем другой.

2) Копинг применяется для разных угроз, вытекающих из стрессовой ситуации и изменяется в зависимости от их адаптационной значимости и требований. Практическое применение этого принципа состоит в необходимости конкретизации тех самых угроз для человека в его стрессовой ситуации в определенном моменте времени.

3) При изучении копинга необходимо описание мыслей и действий человека в попытке совладания со стрессовой ситуацией – только таким образом возможна

непосредственная оценка копинга профессионалом, а не интерпретация его самим человеком.

4) С точки зрения процесса копинг определяется как продолжительные когнитивные и поведенческие усилия по управлению специфическими внешними и/или внутренними условиями, которые оцениваются как превосходящие ресурсы человека. Необходимо подчеркнуть, что в данном подходе копинг – это именно процесс когнитивных и поведенческих усилий, а не их результат. Как процесс он не содержит в себе характеристики успешности или неуспешности, адаптивности или дезадаптивности.

1.4. Теоретико-методологический анализ современных исследований копинга

1.4.1. Методы и методики исследования копинга

Итак, копинг представляет собой сложный идиосинкратический конструкт, зависящий от меняющейся ситуации и изменения восприятия ее человеком. По мнению Shwarzer, оценка копинга не эквивалентна типичным способам измерения других психологических показателей и стандартная психометрическая шкала способна измерить лишь отдельные составляющие копинг-поведения, но не весь процесс в его целостности.

В отечественной и зарубежной литературе исследования копинга представлены достаточно широко и можно выделить некоторые особенности. Во-первых, зарубежные исследования отличаются значительным разнообразием используемых методик. Наиболее часто используются следующие методики:

Brief COPE (COPE Inventory, Carver, 1997) – опросник оценивает использование разных копинг-стратегий, содержит 28 пунктов. Респонденту предлагается оценить, насколько часто он прибегает к использованию той или иной стратегии по шкале от 1 («не делаю так никогда») до 4 («делаю так часто»). Опросник оценивает частоту использования 14 стратегий, среди которых самообвинение, самоотвлечение, юмор, поведенческая отчужденность, использование инструментальной поддержки и другие. Полная версия опросника адаптирована и валидизирована на русском языке в 2010 году (Гордеева Т. и соавт.).

The Coping Inventory for Stressful Situations, CISS (Endler & Parker, 1990, 1999) форма самоотчета, состоящая из 48 пунктов. Респонденту предлагается ответить, насколько он вовлечен в разные копинг-действия в стрессовой ситуации, оценивая вовлеченность от 1 (не вовлечен) до 5 (сильно вовлечен). Опросник оценивает частоту использования проблемно-ориентированного, эмоционально-ориентированного, а также избегающего копинга. Достоверная информация о валидации на русский язык отсутствует.

Proactive Coping Inventory (Greenglass et al., 1999) – теоретической базой данного опросника является модель позитивного копинга Shwarzer. Опросник содержит 55 утверждений, 7 субшкал – проактивный копинг, рефлексивный копинг, стратегическое планирование, превентивный копинг, поиск инструментальной поддержки, поиск эмоциональной поддержки, избегающий копинг. Данная методика адаптирована и валидизирована на русском языке в 2018 году [5].

Coping with Health, Injuries and Problems Scale (CHIP, Endler, Parker, & Summerfeldt, 1998) – опросник является специфическим для оценки совладания с соматическими заболеваниями. Содержит 32 утверждения для оценки 4 базовых стратегий – уход, смягчение, инструментальный и эмоциональный копинг. Достоверная информация о валидации на русский язык отсутствует.

Некоторые исследователи используют так же полуструктурированные интервью с открытыми вопросами, которые позволяют находить баланс между тем, чтобы респонденты чувствовали себя достаточно свободно, но оставались в рамках обсуждения значимой темы [72, 73].

В результате анализа авторефератов на соискание научных степеней в России за период 1993-2017 гг. прямо или косвенно затрагивающих копинг-поведение, были выделены следующие особенности в подходах к его изучению.

Во-первых, присутствие формулировки «защитно-совладающее поведение» [9, 34]. Некоторые авторы, определяют защитно-совладающее поведение, как комплекс осознаваемых и неосознаваемых стратегий, позволяющих адаптироваться к условиям течения болезни и проводимому лечению [10]. Также встречается формулировка «стресс-преодолевающее поведение» [36, 24, 31].

Во-вторых, расхождение теоретического основания исследования и применяемых методик. Так, с большой частотой совместно используются опросник «Стратегии совладающего поведения» (Lazarus R.S., Folkman S., 1987 в адаптации Крюковой Т.Л. и соавт., 2005 или в адаптации Вассермана Л.В. и соавт., 2009) и «Индекс жизненного стиля» (Plutchik R., Kellerman H., 1979; Вассерман Л.И. с соавт., 2005) [9, 18, 34, 35]. Один из исследователей отмечая, что механизмы психологической защиты и копинг являются значимыми составляющими адаптации, по результатам проведенного исследования делает вывод о влиянии определенных видов защит на формирование определенных копинг-стратегий [35].

В-третьих, можно отметить малое разнообразие используемых методик. Несмотря на то, что не каждая работа основывается на трансактной модели стресса и копинга, в подавляющем числе случаев применяется именно опросник «Стратегии совладающего

поведения» (Lazarus R.S., Folkman S., 1987). Второй по частоте использования можно выделить «Опросник для изучения копинг-поведения» Е. Heim (1988, адаптирован Карвасарский Б.Д. с соавт., 1999) [23, 27, 30, 35].

Четвертая особенность не является уникальной для отечественных исследований, скорее характеризует общее положение дел по исследуемому вопросу. Большинство исследований сфокусированы на взаимосвязи диагноза и предпочитаемой копинг-стратегии без учета влияния личностных особенностей. Немногие исследования учитывают личность, как фактор, влияющий на копинг-поведение не меньше, чем наличие или отсутствие диагноза.

1.4.2. Специфичность копинга в различных группах населения и при различных расстройствах

Копинг у беременных целесообразно изучать при допущении специфичности стрессовых переживаний. Одна из особенностей стрессовых переживаний у беременных выражается в том, что тревогу вызывают не столько актуальные, сколько потенциальные ситуации угрозы, способные нанести вред будущему ребенку. Показано, что использование позитивных копинг-стратегий и наличие социальной поддержки связаны с низким уровнем воспринимаемого стресса на всем протяжении беременности [55].

Данные о предпочтении тех или иных копинг-стратегий неоднозначны. В целом, можно выделить следующие тенденции. Проблемно-ориентированный копинг – наиболее часто используемая стратегия, второй по частоте – эмоционально-ориентированный, на последнем месте – избегающий копинг [77]. Однако, согласно некоторым исследованиям, женщины в период беременности чаще, чем не беременные используют копинг-стратегии, направленные на избегание и отвлечение [17]. Повышение уровня личностной тревожности и реакция «ухода», при которой беременные малообщительны и неконтактны также могут проявляться у женщин в этот период [12]. Беременные с выраженными депрессивными переживаниями демонстрируют предпочтение стратегий дистанцирования, избегания, самоконтроля, конфронтации, решения проблем и принятия ответственности, чем поиск поддержки и позитивную переоценку [54].

По другим данным беременные женщины используют различные копинг-стратегии с такой же частотой, как и другие категории испытуемых. Женщины с осложненно протекающей беременностью более склонны при совладании с трудностями использовать самоконтроль и подавление негативных эмоций [2]. Некоторые исследователи отмечают такую специфическую для беременных копинг-стратегию как «плыть по течению». Она

изучалась на выборке первородящих женщин в контексте совладания с неизвестностью будущего (течения беременности, родов) и является скорее собирательным образом множества стратегий, чем самостоятельным видом [44].

Хронический прогрессирующий характер РА делает необходимым адаптацию пациентов к своему состоянию, а также дистрессу, сопровождающему последствия этого диагноза – болевой синдром, значительное ограничение физических возможностей, когнитивные нарушения, нарушение сна. Дистресс, и депрессия, являясь следствиями данного заболевания, рассматриваются также в качестве этиологических факторов. Т.к. РА имеет иммунологическое основание, можно предположить, что на его возникновение, в частности, влияют дистрессовые факторы, реализуемые через иммунную систему. По разным данным около половины пациентов имеют депрессивное расстройство до начала заболевания артритом.

Исследования копинга у пациентов с ревматоидным артритом так же немногочисленны. В фокусе внимания исследователей находится либо копинг в отношении депрессивной симптоматики, либо совладание с хронической болью.

По данным Brown и соавт. у данной группы пациентов пассивный копинг (полагание на других, ограничение социальной активности) приводит к тяжелым депрессивным состояниям, в то время как формы активного копинга помогают не только успешно противостоять депрессии, но и снижают субъективную остроту болевого синдрома [45].

Пациенты с РА в равной степени используют множество стратегий. В то же время они затрачивают больше усилий на действия, направленные непосредственно на уменьшение боли, а также на поиск психологического комфорта. Пациенты, в течение одного дня более интенсивно использующие копинг, отмечали уменьшение боли на следующий день [38]. По данным Aschenbrenner и соавт. пациенты с РА чаще всего прибегают к следующим копинг-стратегиям: использование копинг-установок, молитв, действия, направленные на уменьшение боли [41]. Обращение к религии является часто используемой копинг-стратегией наряду с принятием и планированием и по данным Coughlan и соавт. [50].

По данным DeLongis и соавт. наиболее часто используемой копинг-стратегией у пациентов с РА является дистанцирование. В целом, среди пациентов с данным диагнозом женщины прибегают к копингу чаще, чем мужчины, в то же время достоверной связи с возрастом не обнаружено [51].

Для пациентов с болезнью Паркинсона (БП) в целом характерно использование проблемно-ориентированного копинга. Однако, с увеличением продолжительности

заболевания чаще регистрируется обращение к эмоционально-ориентированному копингу, чем к проблемно-ориентированному или избегающему [60]. По данным Bucks и соавт. планирование решения проблемы – наиболее часто используемая стратегия, конфронтация – наименее [46].

По некоторым данным пациенты с БП предпочитают эмоционально-ориентированный копинг, проявляющийся в следующих стратегиях: избегание, дистанцирование, самоконтроль, конфронтация, принятие ответственности и положительная переоценка и поиск поддержки [74].

Существуют данные о различиях используемых копинг-стратегий внутри групп пациентов с разными формами БП. Например, исследование показало, что пациентам с болезнью Паркинсона с преимущественно ригидно-брадикинетической формой заболевания не свойственно использование проблемно-ориентированного копинга. Основными стратегиями совладающего поведения для таких пациентов явились пассивные стратегии, направленные на избегание взаимодействия со стрессором, в также сосредоточенные на усилиях по регулированию своих чувств и действий [14].

Пациенты с БП в равной степени используют стратегии и проблемно- и эмоционально-ориентированного копинга. В то же время, пациенты с фронтальным типом нарушения исполнительных функций (PWFTEI) используют стратегию положительной переоценки чаще, чем пациенты без данного типа нарушения [67, 68].

Пациенты с депрессивным расстройством обладают широким репертуаром копинг-стратегий, отдавая предпочтение поиску социальной поддержки, избеганию, самоконтролю и принятию ответственности. [16, 19]. Кроме избегания и переключения внимания, исследователи также отмечают «полагание на лекарства», как одну из ведущих копинг-стратегий среди пациентов, страдающих депрессивным расстройством с соматическими симптомами [48].

В настоящее время отмечается высокая распространенность пограничного расстройства личности среди молодежи, что обуславливает рост интереса и практической необходимости понимания механизмов совладания с последствиями заболевания. Однако исследования копинг-поведения у данных пациентов немногочисленны. Холмогорова А.Б. и Климова И.Д. приводят данные обследования студентов с выраженными чертами ПРЛ, согласно которым преобладающими копинг-стратегиями являются избегание, отрицание и употребление психоактивных веществ [33]. Большинство исследований отмечают, что пациенты с ПРЛ чаще всего прибегают к неадаптивным стратегиям, таким как самоповреждающее поведение, что еще больше усугубляет их состояние и провоцирует дальнейшее нарастание симптоматики [49, 61, 69].

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Материалы исследования

В исследовании приняли участие 7 групп испытуемых (180 человек, из них 139 женщин и 41 мужчина) с различными психическими и соматическими заболеваниями в возрасте от 18 до 81 года (M=42,07).

Таблица 5. Состав участников исследования

| Группа | n | Возраст M |
|---|----|-----------|
| Ревматоидный артрит (РА) | 31 | 46,3 |
| Болезнь Паркинсона (БП) | 31 | 68,0 |
| Депрессивное расстройство | 30 | 39,4 |
| Беременные | 31 | 29,5 |
| Пограничное расстройство личности (ПРЛ) | 17 | 23,6 |
| Алкоголизм | 10 | 44,4 |
| Здоровые | 30 | 36,0 |

Таблица 6. Социально-экономические характеристики выборки

| Образование | Материально-бытовые условия | Финансовое положение | Профессиональный статус |
|--------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| Высшее – 111 чел. | Собственное жилье – 135 чел. | Комфортное – 29 чел. | Работает – 72 чел. |
| Незаконченное высшее – 19 чел. | Аренднованное жилье – 34 чел. | Удовлетворительное – 120 чел. | Частичная занятость – 11 чел. |
| Средне-специальное – 36 чел. | Коммунальное жилье – 11 чел. | Затруднительное – 31 чел. | Не работает – 65 чел. |
| Среднее – 14 чел. | | | Декрет – 32 чел. |

75 участников отметили наличие хронических соматических заболеваний (гастрит – 19 чел., гипертония – 7 чел., сахарный диабет – 6 чел., астма – 5 чел. и др.), 11 человек заявили о хронических неврологических заболеваниях (мигрень, невралгия лицевого нерва, полинейропатия, ревматический васкулит и др.), 5 человек имеют коморбидные психические расстройства (ипохондрическое расстройство, ОКР).

81 человек отметил дополнительный источник стресса, субъективно не связываемый с заболеванием (проблемы в семье – 35 чел., проблемы на работе – 15 чел., смерть близкого человека – 5 чел., развод – 4 чел. и др.).

Набор беременных осуществлялся на базе женской консультации № 33 г. Санкт-Петербурга, в которой проходил отбор пациенток для участия в группе психологической коррекции дистресса у беременных. В группу для участия в данном исследовании были отобраны пациентки с высоким уровнем воспринимаемого стресса на 22-24 неделях беременности.

Набор пациентов с ревматоидным артритом (M06.9) осуществлялся на базе клиники им. Э.Э. Эйхвальда СЗГМУ им. И.И. Мечникова. В группу были включены пациенты с диагностированным заболеванием не менее 2-х лет, находящиеся на стационарном лечении в момент обострения заболевания.

Набор пациентов с болезнью Паркинсона (G20) осуществлялся на базе ФГБУ НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева. В группу были включены пациенты с диагностированным заболеванием не менее 5 лет, не имеющие серьезных когнитивных нарушений, препятствующих выполнению методик. Были исключены лица, имеющие сопутствующие психические расстройства.

Набор пациентов с депрессивным расстройством (F32.10, F32.2, F33.11, F33.10) и пограничным расстройством личности (F60.31) также осуществлялся на базе ФГБУ НМИЦ ПН им В.М. Бехтерева во время прохождения стационарного лечения.

Набор пациентов с алкогольной зависимостью осуществлялся на базе одного из частных коммерческих наркологических центров г. Санкт-Петербург. В группу включены пациенты, проходящие реабилитацию, с опытом употребления от 5 до 15 лет.

2.2. Методы исследования

В соответствии с целью исследования были использованы следующие методики:

1. Анкета (см. Приложение 1);
2. Симптоматический опросник SCL-90 (Л.Р. Дерогатис, 1974) [29];
3. Шкала воспринимаемого стресса-10 (Cohen et al. 1983) [1];
4. Методика «Способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» [22];
5. Vig-5 (короткая версия) [37];
6. Опросник Беккера [25];
7. Методика «Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах» [13].

Данные были обработаны с помощью RStudio версии 1.3.1093. Помимо базовых функций для статистической обработки и визуализации данных были использованы функции из пакетов psych, ggplot2, dplyr, data.table, knitr, reshape2. К методам математико-

статистической обработки относятся описательные статистики, методы проверки нормальности распределения, параметрические и непараметрические критерии сравнения выборок, а также параметрические и непараметрические методы корреляционного анализа.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СПЕЦИФИЧНОСТИ КОПИНГА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Тест Шапиро-Уилкса показал, что данные в основном распределены не нормально, поэтому далее используются непараметрические методы статистического анализа – критерий Краскела-Уоллеса, критерий Вилкоксона, попарные сравнения тестом Вилкоксона с поправкой Бонферрони-Холм.

SCL-90

Таблица 7. Описательные статистики методики SCL-90

| | РА n= 31 | БП n= 31 | Депр. n= 30 | Бер. n= 31 | ПРЛ n= 17 | Алк. n= 10 | Здор. n= 30 |
|-------------|-------------|--------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|
| SOM | 1.13 +0.85 | 0.71+-0.54 | 1.22+-0.75 | 0.82+-0.54 | 1.58+-0.88 | 0.53+-0.34 | 0.58+-0.41 |
| O-C | 1.00+-0.75 | 0.77+-0.46 | 1.65+-0.85 | 1.23+-0.92 | 2.34+-0.72 | 0.92+-0.43 | 0.75+-0.49 |
| INT | 0.95+-0.74 | 0.53+-0.41 | 1.25+-1.04 | 0.97+-0.77 | 2.26+-0.77 | 0.79+-0.62 | 0.74+-0.53 |
| DEP | 1.03+-0.75 | 0.71+-0.55 | 2.92+-1.05 | 0.98+-0.7 | 2.81+-0.55 | 0.91+-0.59 | 0.7+-0.58 |
| ANX | 0.78+-0.71 | 0.56+-0.54 | 1.64+-1.03 | 0.78+-0.68 | 2.11+-0.86 | 0.83+-0.54 | 0.46+-0.37 |
| HOS | 0.57+-0.5 | 0.22+-0.27 | 0.94+-0.9 | 0.85+-0.74 | 1.82+-1.08 | 0.67+-0.79 | 0.49+-0.49 |
| PHOB | 0.42+-0.57 | 0.45+-0.6 | 0.88+-0.94 | 0.6+-0.84 | 1.44+-0.98 | 0.31+-0.29 | 0.16+-0.27 |
| PAR | 0.69+-0.57 | 0.27+-0.34 | 0.83+-0.79 | 0.75+-0.7 | 1.3+-0.51 | 0.92+-0.84 | 0.5+-0.4 |
| PSY | 0.46+-0.5 | 0.18+-0.31 | 0.98+-0.71 | 0.44+-0.55 | 1.29+-0.68 | 0.46+-0.33 | 0.23+-0.21 |
| GSI | 0.82+-0.59 | 0.54+-0.37 | 1.4+-0.7 | 0.83+-0.59 | 1.96+-0.51 | 0.72+-0.41 | 0.53+-0.32 |
| PDSI | 1.49+-0.43 | 1.42+-0.41 | 2.26+-0.6 | 1.6+-0.48 | 2.63+-0.44 | 1.46+-0.45 | 1.46+-0.42 |
| PST | 46+-24.14 | 31.94+-15.55 | 54.03+-18.64 | 44.16+-21.69 | 67.12+-10.02 | 44.8+-12.79 | 31.77+-15.84 |

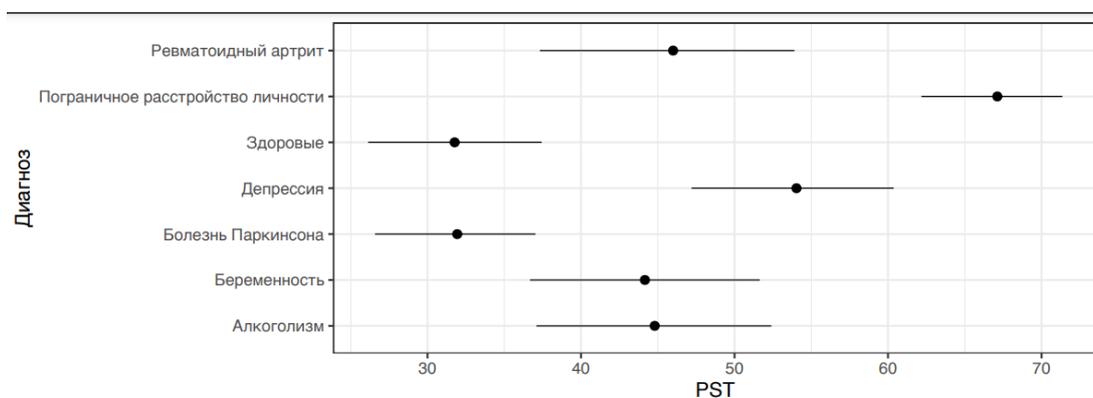
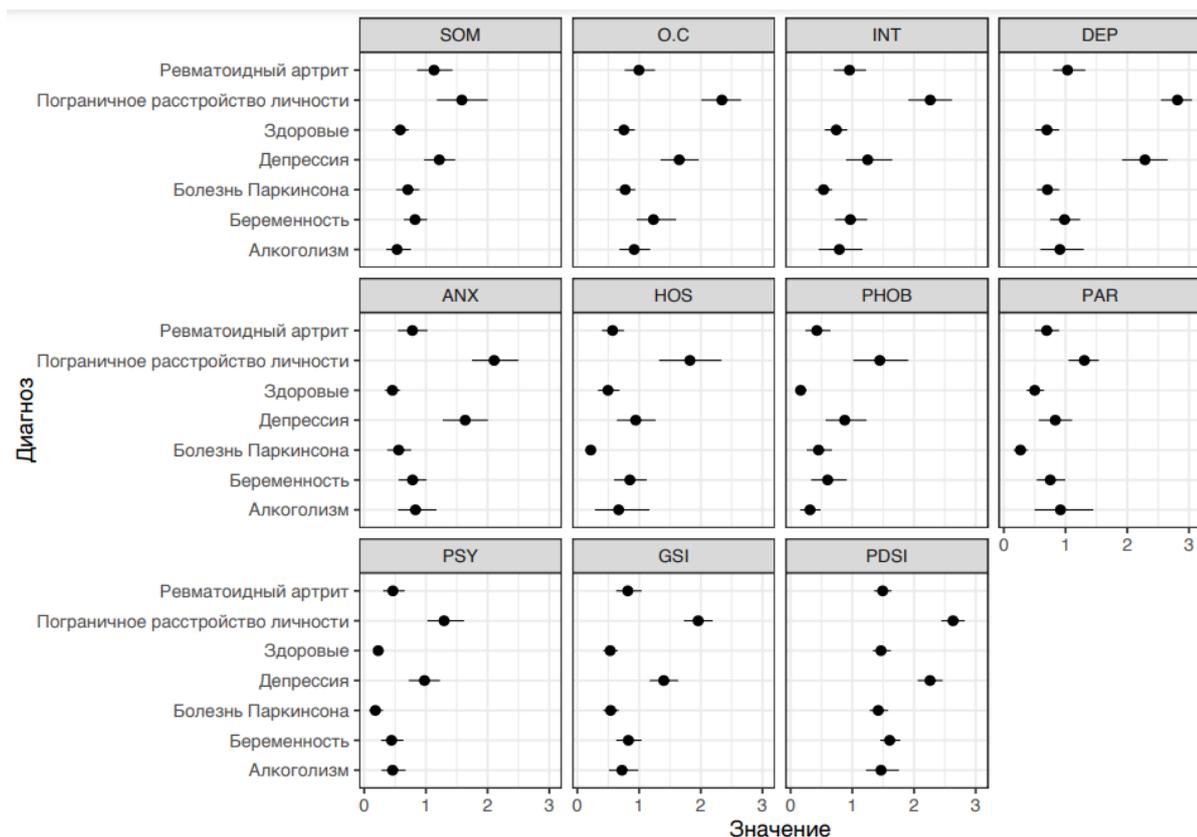


Рис.1. Попарные сравнения групп по методике SCL-90

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Соматизация» ($h=32.564$; $p < 0.001$).

Пациенты с ПРЛ имеют достоверно более высокие значения, чем группа здоровых ($p=0.0013$), значимые различия обнаружены с группой пациентов с БП ($p=0.0032$), пациентов с алкоголизмом ($p=0.0076$), беременными ($p=0.0076$).

Статистически достоверные различия обнаружены между группами пациентов с депрессивным расстройством и группой здоровых ($p=0.0028$) и пациентами с БП ($p=0.0133$) – пациенты с депрессией имеют более высокие значения по данной шкале. Так же значимые

различия обнаружены с группами пациентов с алкоголизмом ($p=0.0029$), а на уровне статистической тенденции с беременными ($p=0.0768$).

Значимые различия обнаружены между группами пациентов с РА и группами здоровых ($p=0.0129$) и пациентов с алкоголизмом ($p=0.0503$) – пациенты с РА имеют более высокие значения по данной шкале. На уровне статистической тенденции обнаружены различия с группой БП ($p=0.0768$) и ПРЛ ($p=0.0889$).

На уровне статистической тенденции обнаружены различия между группами здоровых и беременных ($p=0.0955$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Обсессивность-Компульсивность» ($h=51.125$; $p < 0.001$).

Пациенты с депрессией имеют более высокие результаты по данной шкале и значимо различаются с пациентами с алкоголизмом ($p=0.0247$), с беременными ($p=0.0404$), группой БП ($p=0.0001$), пациентами с РА ($p=0.0061$), а также здоровыми ($p=0.0002$).

Пациенты с алкоголизмом имеют достоверно более низкие значения, чем пациенты с ПРЛ ($p=0.0006$).

Беременные имеют значимо более высокие результаты по данной шкале, чем пациенты с БП ($p=0.0483$).

Пациенты с ПРЛ достоверно отличаются более высокими значениями по данной шкале от беременных ($p=0.0002$), пациентов с БП ($p=0.0001$), пациентов с РА ($p=0.0001$) и значимо от пациентов с депрессивным расстройством ($p=0.0175$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Межличностная сензитивность» ($h=40.495$; $p < 0.001$).

Пациенты с ПРЛ имеют достоверно более высокие значения по данной шкале, чем все остальные группы ($p=0.0001$).

Значимые различия обнаружены между беременными и пациентами с БП ($p=0.0416$), беременные имеют более высокие показатели по данной шкале. Так же на высоком уровне значимости пациенты с БП отличаются от пациентов с РА ($p=0.0496$).

Пациенты с депрессией достоверно имеют более высокие результаты по данной шкале, чем пациенты с БП ($p=0.0338$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Депрессия» ($h=74.822$; $p < 0.001$).

Различия на высоком уровне значимости обнаружены между группой пациентов с депрессивным расстройством и пациентами с алкоголизмом ($p=0.0015$), беременными ($p=0.0001$) и пациентами с БП ($p=0.0001$).

Пациенты с ПРЛ имеют достоверно более высокие значения по данной шкале, чем пациенты с алкоголизмом ($p=0.0001$), пациенты с БП ($p=0.0001$), беременные ($p=0.0001$) и здоровые ($p=0.0001$).

На уровне статистической тенденции обнаружены различия между группами пациентов с РА и БП ($p=0.0920$), а также группами с РА и здоровыми ($p=0.0920$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Тревожность» ($h=56.350$; $p < 0.001$).

Статистически достоверные различия на высоком уровне значимости обнаружены между группами пациентов с депрессивным расстройством и беременными ($p=0.0016$), пациентами с БП ($p=0.0001$), пациентами с РА ($p=0.0016$) и группой здоровых ($p=0.0001$), значимые различия с пациентами с алкоголизмом ($p=0.0554$).

На уровне статистической тенденции различия найдены между группой здоровых и пациентами с алкоголизмом ($p=0.0880$).

Пациенты с ПРЛ имеют достоверно более высокие значения по данной шкале, чем пациенты с алкоголизмом ($p=0.0016$), пациенты с БП ($p=0.0001$), пациенты с РА ($p=0.0001$), беременные ($p=0.0001$) и здоровые ($p=0.0001$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Враждебность» ($h=46.712$; $p < 0.001$).

Пациенты с ПРЛ имеют достоверно более высокие значения по данной шкале, чем все остальные группы ($p=0.0001$).

Пациенты с БП на высоком уровне значимости отличаются и имеют более низкие результаты по данной шкале, чем беременные ($p=0.0001$), пациенты с РА ($p=0.0050$) и здоровые ($p=0.0096$). На уровне статистической тенденции различия обнаружены с пациентами с алкоголизмом ($p=0.0457$).

Так же на уровне статистической тенденции ($p=0.0457$) обнаружены различия между группами здоровых и беременных.

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Фобическая тревожность» ($h=36.399$; $p < 0.001$).

Значимые различия обнаружены между группой здоровых и пациентами с алкоголизмом ($p=0.0370$), беременными ($p=0.0174$), пациентами с БП ($p=0.0176$) и пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.0008$).

Пациенты с ПРЛ значимо отличаются от всех остальных групп ($p=0.003$, $p=0.0001$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Паранойяльные тенденции» ($h=34.124$; $p<0.001$).

На высоком уровне значимости обнаружены различия между группами с БП и пациентами с алкоголизмом ($p=0.006$), пациентами с ПРЛ ($p=0.0001$), пациентами с РА ($p=0.006$), беременными ($p=0.006$). Различия на уровне статистической тенденции найдены с группой пациентов с депрессивным расстройством ($p=0.0244$) и здоровыми ($p=0.0311$).

Различия на уровне статистической тенденции обнаружены между группой пациентов с депрессивным расстройством и пациентами с ПРЛ ($p=0.0803$). На высоком уровне значимости группа пациентов с ПРЛ отличается от беременных ($p=0.0105$) и здоровых ($p=0.0001$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Психотизм» ($h=64.632$; $p<0.001$).

Пациенты с ПРЛ имеют различия на высоком уровне достоверности ($p=0.0001$) со всеми группами, кроме пациентов с депрессивным расстройством.

Пациенты с БП значимо ($p=0.04$, $p=0.008$) отличаются от всех групп, кроме здоровых и имеют низкие показатели по данной шкале.

Пациенты с РА имеют значимые различия с пациентами с БП ($p=0.008$), пациентами с депрессией ($p=0.002$) и пациентами с ПРЛ ($p=0.0001$). На уровне статистической тенденции есть различия с группой здоровых ($p=0.06$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Общий индекс тяжести симптомов» ($h=64.251$; $p<0.001$).

Пациенты с депрессивным расстройством имеют значимые различия ($p<0.01$) со всеми группами.

Пациенты с ПРЛ имеют различия на высоком уровне достоверности ($p=0.0001$) со всеми группами.

Пациенты с РА на уровне статистической тенденции имеют различия с пациентами с БП ($p=0.064$) и здоровыми ($p=0.078$).

Беременные на уровне статистической тенденции отличаются от пациентов с БП ($p=0.067$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Индекс наличного симптоматического дистресса» ($h=67.218$; $p < 0.001$).

Группа пациентов с депрессивным расстройством и пациенты с ПРЛ на высоком уровне значимости отличаются от других групп ($p=0.0001$), не имея различий между собой.

Беременные на уровне статистической тенденции отличаются от пациентов с БП ($p=0.097$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Общее число утвердительных ответов» ($h=48.726$; $p < 0.001$).

Пациенты с БП на уровне статистической тенденции отличаются от беременных ($p=0.045$), пациентов с алкоголизмом ($p=0.036$) и пациентов с РА ($p=0.028$).

На уровне статистической тенденции найдены различия между группой здоровых и пациентами с алкоголизмом ($p=0.041$), пациентами с РА ($p=0.02$) и беременными ($p=0.093$).

На высоком уровне значимости обнаружены различия между пациентами с депрессивным расстройством и пациентами с БП ($p=0.0001$) и здоровыми ($p=0.0001$). На уровне статистической тенденции с беременными ($p=0.081$) и пациентами с ПРЛ ($p=0.036$).

Пациенты с ПРЛ имеют различия на высоком уровне достоверности ($p=0.0001$) со всеми группами, кроме пациентов с депрессивным расстройством.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о наличии достоверных различий между группами по каждой шкале опросника. Больше всего отличий от всей выборки имеют группы пациентов с депрессивным расстройством и пациенты с ПРЛ. В группах пациентов с РА, БП и беременных наиболее высокие значения имеют шкалы «Депрессия», «Межличностная депрессивность» и «Обсессивность-компульсивность».

Шкала воспринимаемого стресса-10

Таблица 8. Описательные статистики методики ШВС-10

| | РА n= 31 | БП n= 31 | Депр. n= 30 | Бер. n= 31 | ПРЛ n= 17 | Алк. n= 10 | Здор. n= 30 |
|--|-------------|-------------|----------------|---------------|--------------|---------------|----------------|
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|
| Шкала воспринимаемого стресса | 27.74 +-7.37 | 26.55+-6.42 | 34.33+-6.79 | 26.97+-5.88 | 39.35+-6.47 | 28.1+-6.61 | 25.3+-5.89 |
|--|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|

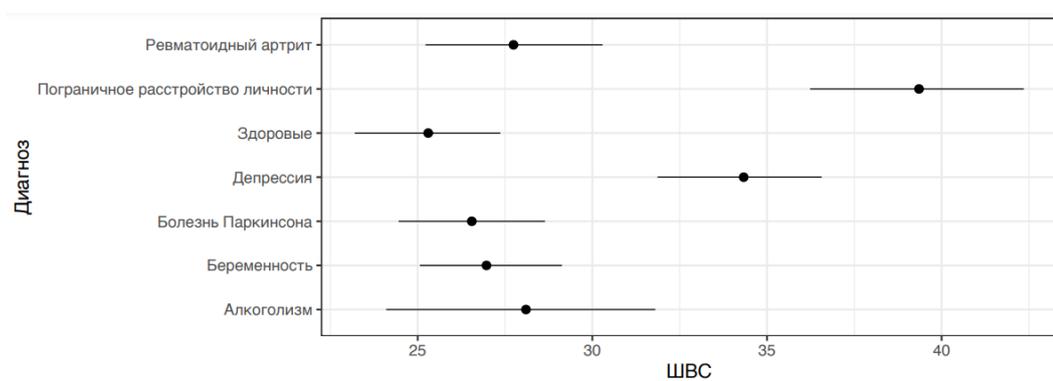


Рис.2. Попарные сравнения групп по методике ШВС-10

По методике Шкала воспринимаемого стресса-10 обнаружены статистически достоверные различия между группами ($h=51.927$; $p < 0.001$).

На высоком уровне значимости найдены различия группы пациентов с ПРЛ и пациентами с алкоголизмом ($p=0.003$), беременными ($p=0.0001$), пациентами с БП ($p=0.0001$), пациентами с РА ($p=0.0001$) и здоровыми ($p=0.0001$). На уровне статистической тенденции есть отличия от группы пациентов с депрессивным расстройством ($p=0.065$).

Пациенты с депрессивным расстройством достоверно отличаются от беременных ($p=0.0003$), пациентов с БП ($p=0.0002$), пациентов с РА ($p=0.0001$) и здоровыми ($p=0.0001$). На уровне статистической тенденции есть различия с пациентами с алкоголизмом ($p=0.032$).

Методика «Способы совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями»

Таблица 9. Описательные статистики методики исследования копинга

| | РА n= 31 | БП n= 31 | Депр. n= 30 | Бер. n= 31 | ПРЛ n= 17 | Алк. n= 10 | Здор. n= 30 |
|-----------------------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|------------------|-----------------|------------------|
| Конфронтация | 45.45 +- 9.84 | 43.23+- 13.69 | 43.47+- 10.7 | 48.06+- 10.28 | 53.71+- 10.5 | 59.1+- 13.38 | 51.87+- 11.29 |
| Дистанцирован ие | 46.84+- 9.99 | 53.26+- 10.41 | 48.3+-11.7 | 50.94+- 9.36 | 50.29+- 12.94 | 52.4+- 12.61 | 48.83+-9 |
| Самоконтроль | 47.13+- 14.19 | 46.13+- 13.57 | 44.93+-9.3 | 47.9+-7.87 | 40+-13.54 | 48.6+- 16.72 | 49.17+- 10.35 |

| | | | | | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| Поиск соц.под. | 49.55+-10.47 | 49+-12.31 | 50.33+-11.75 | 50.13+-9.87 | 52.76+-12.15 | 54.4+-12.11 | 52.67+-8.9 |
| Принятие ответственности | 49.19+-12.27 | 43.1+-13.17 | 51.23+-9.59 | 47.61+-8.53 | 54.94+-10.52 | 55.2+-10.27 | 47.53+-11.26 |
| Избегание | 52.65+-12.94 | 48.87+-8 | 55.73+-10.89 | 53.03+-9.91 | 66.47+-8.98 | 61.7+-12.7 | 55.47+-11.07 |
| Планирование решения | 50.65+-10.43 | 46.26+-13.54 | 37.2+-14.32 | 50.48+-11.48 | 38.47+-13.92 | 49.8+-12.48 | 49.47+-9.11 |
| Положительная переоценка | 48.55+-8.69 | 40.45+-10.77 | 38.3+-12.36 | 49.03+-10.53 | 43.53+-13.71 | 50.4+-13.61 | 52.23+-10.11 |

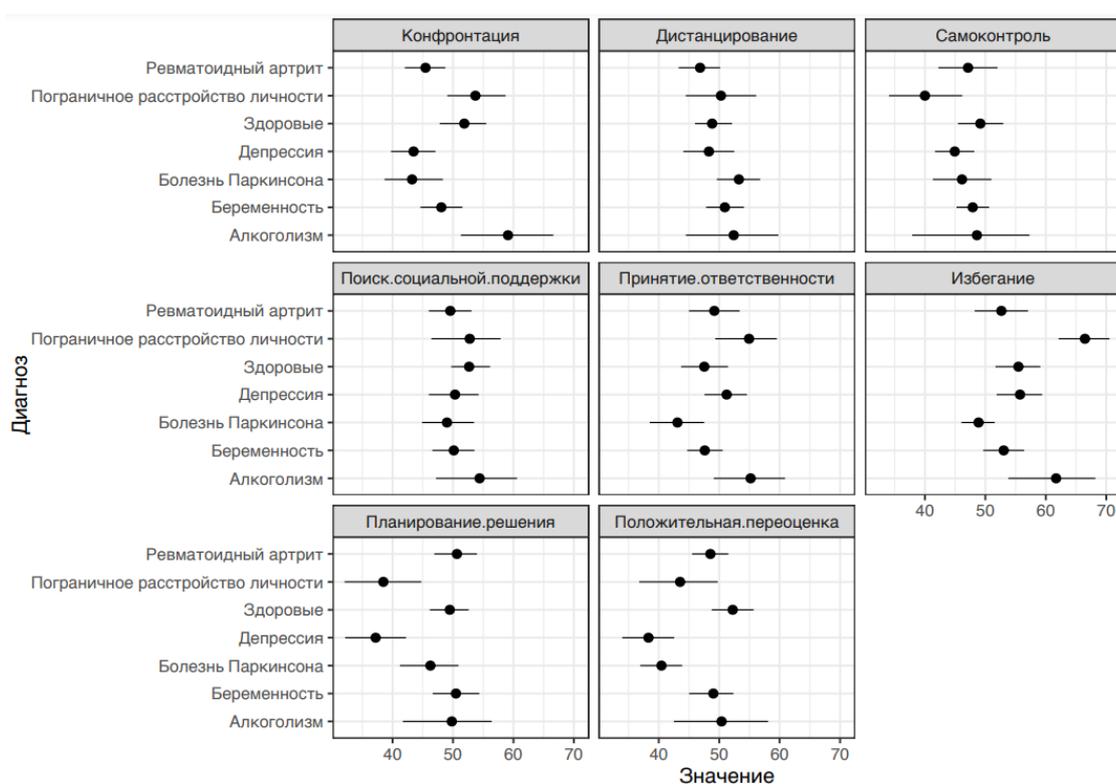


Рис.3. Попарные сравнения групп по методике исследования копинга

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Конфронтация» ($h=23.172$; $p < 0.001$).

Значимые различия найдены между пациентами с алкоголизмом и беременными ($p=0.046$), пациентами с БП ($p=0.028$), пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.028$) и пациентами с РА ($p=0.028$).

Пациенты с депрессивным расстройством так же значимо отличаются от пациентов с ПРЛ ($p=0.032$) и группы здоровых ($p=0.032$).

Значимые различия обнаружены между пациентами с БП и пациентами с ПРЛ ($p=0.046$), а также группой здоровых ($p=0.046$).

Пациенты с РА имеют значимые различия ($p=0.046$) с группой пациентов с ПРЛ.

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Принятие ответственности» ($h=15.934$; $p < 0.001$).

Пациенты с БП имеют значимые различия ($p=0.037$) с группой пациентов с ПРЛ. На уровне статистической тенденции пациенты с БП отличаются от пациентов с алкоголизмом ($p=0.096$).

На уровне статистической тенденции ($p=0.085$) найдены различия между беременными и пациентами с ПРЛ.

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Избегание» ($h=31.342$; $p < 0.001$).

На высоком уровне значимости найдены различия между пациентами с БП и пациентами с алкоголизмом ($p=0.009$) и пациентами с ПРЛ ($p=0.001$). Также значимые различия обнаружены между пациентами с БП и пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.018$) и группой здоровых ($p=0.036$).

Пациенты с ПРЛ на высоком уровне значимости отличаются от беременных ($p=0.0007$), пациентов с депрессивным расстройством ($p=0.009$), пациентов с РА ($p=0.003$) и здоровых ($p=0.009$).

На уровне статистической тенденции ($p=0.087$) найдены различия между беременными и пациентами с алкоголизмом.

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Планирование решения» ($h=25.426$; $p < 0.001$).

Пациенты с РА имеют значимые различия с пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.004$) и группой ПРЛ ($p=0.016$).

Пациенты с депрессивным расстройством имеют значимые различия с беременными ($p=0.004$) и здоровыми ($p=0.005$), а на уровне статистической тенденции с пациентами с алкоголизмом ($p=0.064$) и пациентами с БП ($p=0.052$).

Пациенты с ПРЛ значимо различаются с группой здоровых ($p=0.025$) и беременных ($p=0.024$), а на уровне статистической тенденции с пациентами с алкоголизмом ($p=0.091$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Положительная переоценка» ($h=30.775$; $p < 0.001$).

На высоком уровне значимости пациенты с БП имеют различия со здоровыми ($p=0.0006$) и значимо отличаются от группы беременных ($p=0.011$) и пациентов с РА ($p=0.011$).

Пациенты с депрессивным расстройством на высоком уровне значимости различаются с группой беременных ($p=0.006$), пациентов с РА ($p=0.007$) и здоровых ($p=0.0006$).

BIG 5

Таблица 10. Описательные статистики методики Big-5

| | Экстраверсия | Сознательность | Уступчивость | Эмоциональная стабильность | Личностные ресурсы |
|-----------------------|---------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------------------|---------------------------|
| РА n= 31 | 25.45 +- 5.46 | 30.9+-4.44 | 33.68+-4.58 | 21.45+-5.9 | 26.87+-6.34 |
| БП n= 31 | 24.13+-4.6 | 28.45+-5.72 | 32.26+-4.27 | 23.87+-6.55 | 25.32+-5.59 |
| Депр. n= 30 | 23.73+-7.14 | 26.87+-5.91 | 28.77+-5.37 | 19.27+-6.6 | 25.17+-7.63 |
| ПРЛ n= 17 | 24.41+-7.34 | 21.18+-7.36 | 33.24+-5.32 | 16.29+-6.16 | 31.06+-5.9 |
| Алк. n= 10 | 30+-5.58 | 29.4+-6.52 | 34+-4.67 | 23.7+-7.07 | 30.7+-6.98 |
| Здор. n= 30 | 26.13+-4.97 | 27.53+-5.99 | 33.97+-4.13 | 24.33+-6.79 | 27.83+-4.79 |

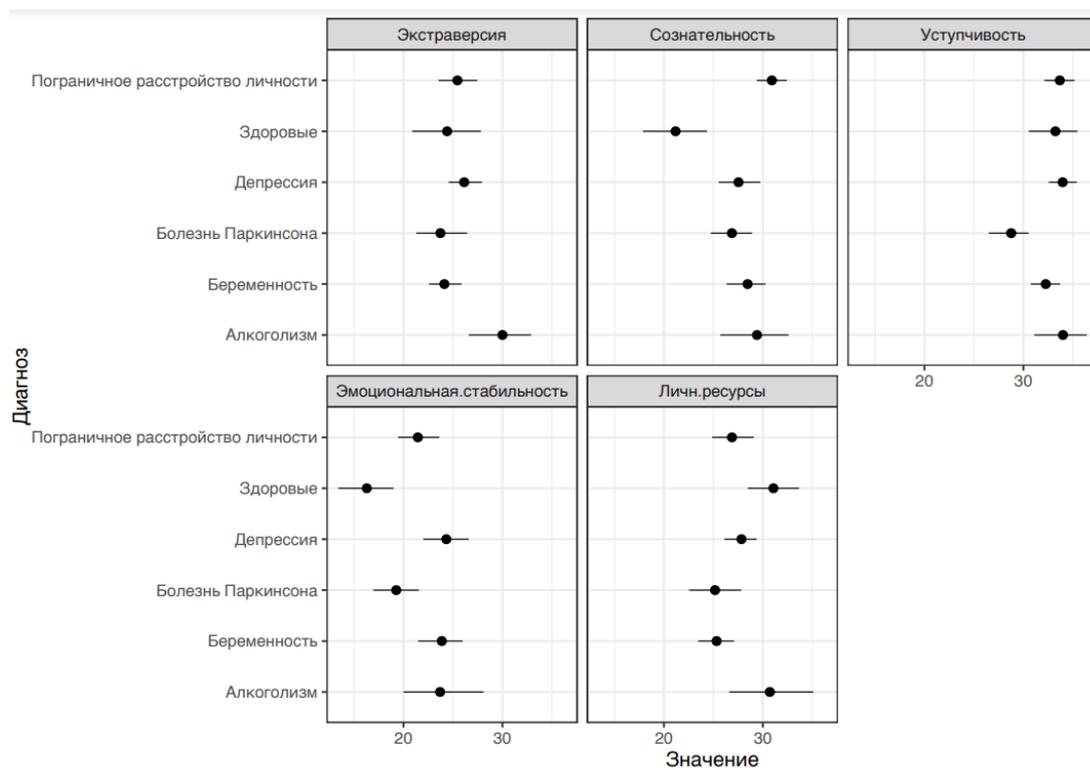


Рис.4. Попарные сравнения групп по методике Big-5

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Сознательность» ($h=23.451$; $p < 0.001$).

Пациенты с ПРЛ имеют значимые различия с пациентами с алкоголизмом ($p=0.020$), пациентами с БП ($p=0.012$), пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.023$) и здоровыми ($p=0.020$). На высоком уровне статистической значимости обнаружены различия с группой пациентов с РА ($p=0.0003$).

Так же на значимом уровне найдены различия между группой пациентов с РА и пациентами с депрессивным расстройством ($p=0.020$), а на уровне статистической тенденции с группой здоровых ($p=0.091$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Уступчивость» ($h=19.858$; $p < 0.001$).

На вы соком уровне значимости пациенты с депрессивным расстройством отличаются от пациентов с РА и здоровых ($p=0.004$). Также значимые различия найдены между группой с депрессивным расстройством и пациентами с алкоголизмом и пациентами с БП ($p=0.036$), а также с группой ПРЛ ($p=0.011$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Эмоциональная лабильность» ($h=21.996$; $p < 0.001$).

Значимые различия найдены между группой с депрессивным расстройством и пациентами с БП ($p=0.018$) и группой здоровых ($p=0.020$).

Пациенты с ПРЛ достоверно значимо отличаются от пациентов с алкоголизмом ($p=0.030$), пациентов с БП ($p=0.005$), пациентов с РА ($p=0.030$) и здоровых ($p=0.005$).

Различия на уровне статистической тенденции между группами были обнаружены по шкале «Личностные ресурсы» ($h=13.306$; $p=0.020$).

На уровне статистической тенденции ($p=0.071$) пациенты с ПРЛ отличаются от пациентов с БП и пациентов с РА.

Пациенты с депрессивным расстройством на уровне статистической тенденции ($p=0.120$) имеют различия с пациентами с алкоголизмом и пациентами с ПРЛ.

Пациенты с БП на уровне значимости $p=0.120$ отличаются от пациентов с алкоголизмом и здоровых.

Опросник Беккера

Таблица 11. Описательные статистики опросника Беккера

| | РА n= 31 | БП n= 31 | Депр. n= 30 | ПРЛ n= 17 | Алк. n= 10 | Здор. n= 30 |
|-----------------------------|--------------|-------------|----------------|--------------|---------------|----------------|
| Экстраверсия | 16.71+- 4.11 | 18.35+-4.9 | 19.77+-6.7 | 17.59+-5.05 | 15.1+-4.89 | 16.4+-5.08 |
| Интеллект | 14.81+-4.64 | 18.32+-4.82 | 20.6+-6.57 | 18.35+-6.32 | 14.6+-5.54 | 14.67+-3.52 |
| Психическое здоровье | 19.74+-4.93 | 19.65+-3.26 | 23.17+-5.01 | 25.29+-4.18 | 19.7+-2.00 | 19.53+-4.06 |

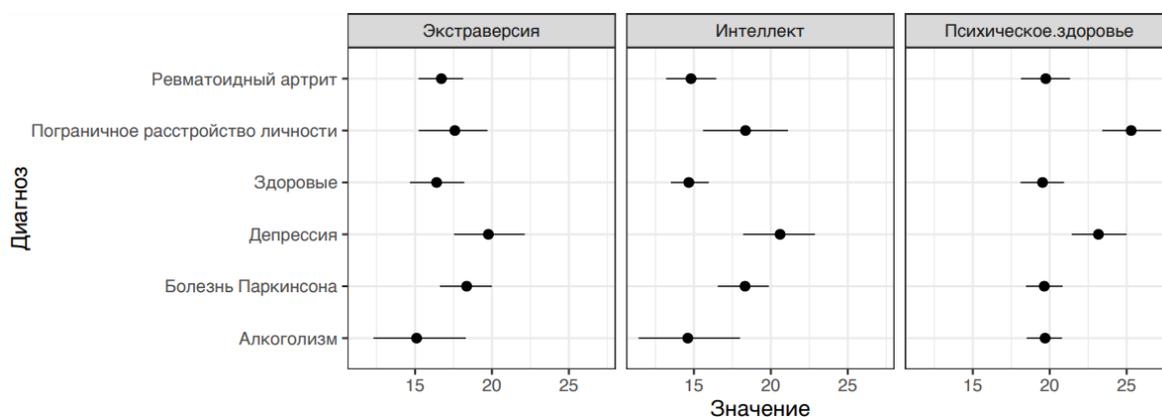


Рис.5. Парные сравнения групп по опроснику Беккера

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Интеллект» ($h=23.696$; $p < 0.001$).

Значимые различия обнаружены между пациентами с депрессивным расстройством и пациентами с алкоголизмом ($p=0.056$), пациентами с РА ($p=0.005$) и здоровыми ($p=0.005$).

На высоком уровне значимости пациенты с РА отличаются от пациентов с БП ($p=0.016$).

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Психическое здоровье» ($h=26.535$; $p < 0.001$).

На высоком уровне статистической значимости найдены различия между пациентами с ПРЛ и пациентами с алкоголизмом ($p=0.009$), пациентами с БП ($p=0.006$), пациентами с РА ($p=0.002$) и здоровыми ($p=0.006$).

Пациенты с депрессивным расстройством имеют значимые различия с пациентами с БП ($p=0.012$), пациентами с РА ($p=0.027$) и здоровыми ($p=0.012$). На уровне статистической тенденции найдены различия между группой с депрессивным расстройством и пациентами с алкоголизмом ($p=0.080$).

Методика «Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах»

Таблица 12. Описательные статистики диагностики уровня соц.поддержки

| | РА n= 31 | БП n= 31 | Депр. n= 30 | ПРЛ n= 17 | Алк. n= 10 | Здор. n= 30 |
|-----------------------------------|--------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|-----------------------|
| Эмоциональная поддержка | 32.45+-11.97 | 35.94+-6.52 | 31.7+-10.56 | 29.59+-10.29 | 30.1+-11.08 | 36.03+-8.57 |
| Инструментальная поддержка | 15.45+-4.47 | 15.48+-3.42 | 15.7+-4.53 | 14.35+-4.11 | 15.1+-6.08 | 16.4+-3.49 |
| Социальная интеграция | 26.13+-6.05 | 26.58+-4.2 | 24.63+-6.08 | 22.59+-6.59 | 25.5+-7.17 | 28.13+-5.62 |
| Удовлетворенность | 5.58+-2.23 | 5.84+-2.48 | 5.67+-2.32 | 4.53+-2.67 | 5.4+-3.24 | 6.47+-1.98 |

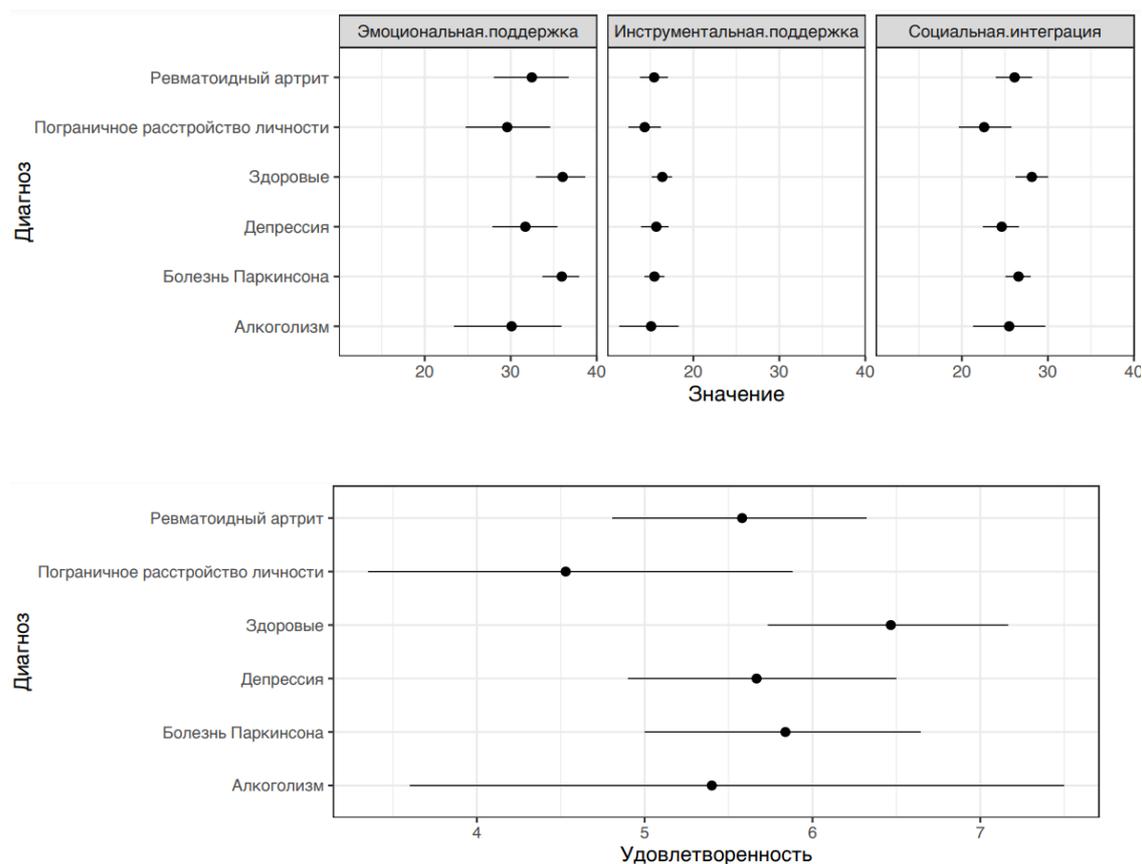


Рис.6. Попарные сравнения групп по диагностике уровня соц.поддержки

Статистически достоверные различия между группами были обнаружены по шкале «Социальная интеграция» ($h=11.697$; $p < 0.05$).

Различия на уровне статистической тенденции ($p=0.088$) найдены между группой здоровых и пациентами с депрессивным расстройством и пациентами с ПРЛ.

3.1. Исследование пациентов с ревматоидным артритом (РА)

Пациенты с РА в равной степени на умеренном уровне используют разные стратегии совладающего поведения. Наиболее предпочтительными, однако, оказались стратегии «Избегание» и «Планирование решения», наименее – «Конфронтация». Пациенты с РА достоверно реже используют конфронтацию для совладания со стрессом, чем пациенты с алкоголизмом, пациенты с ПРЛ и здоровые. Обнаружены корреляции с отдельными шкалами симптоматического опросника. Чем выше в данной группе показатель межличностной сензитивности и тревожности, тем чаще пациент использует стратегию избегания. Так же положительная корреляция обнаружена между частотой использования стратегии «Конфронтация» и уровнем тревоги по шкале SCL-90.

По Шкале воспринимаемого стресса методики ШВС-10 пациенты с РА в среднем показали результаты по верхней границе нормы, так же как группы с БП, алкоголизмом, беременные и здоровые. Уровень воспринимаемого стресса положительно коррелирует со шкалами «Обсессивность-компульсивность», «Межличностная чувствительность», «Депрессия», «Тревога», «Враждебность» и «Фобическая тревожность» симптоматического опросника. Обнаружена обратная корреляция с уровнем эмоциональной стабильности.

Пациенты с РА имеют превышающие норму показатели по шкалам «Соматизация» и «Депрессия» симптоматического опросника SCL-90. По данным шкалам пациенты с РА имеют более высокие значения, чем пациенты с алкоголизмом и группа здоровых лиц. По данному опроснику обнаружены значимые различия между пациентами с РА и пациентами с ПРЛ и депрессивным расстройством, согласно которым пациенты с РА имеют более низкие значения по всем шкалам данного опросника и в целом, за исключением двух обозначенных выше шкал, имеют показатели близкие к группе здоровых и беременных.

Наиболее выраженными чертами согласно личностному опроснику Big-5 для пациентов с РА оказались сознательность и уступчивость. По шкале «Сознательность» данная группа имеет достоверно более высокие значения, чем пациенты с ПРЛ и пациенты с депрессивным расстройством.

Шкала «Интеллект» опросника Беккера обратно коррелирует со шкалами «Сознательность» и «Личностные ресурсы» опросника Big 5. Такие расхождения могут определяться не столько объективностью методик, сколько субъективностью конструктов по отдельным методикам по теоретико-методологическим основаниям.

Пациенты с РА высоко оценивают наличие эмоциональной и инструментальной поддержки, а также собственную вовлеченность в социальное взаимодействие, не имея значимых различий с другими группами. Чем выше уровень воспринимаемой поддержки, тем ниже межличностная сензитивность.

3.2. Исследование пациентов с болезнью Паркинсона (БП)

Пациенты с БП в равной степени на умеренном уровне используют разные стратегии совладающего поведения. Наиболее предпочтительной, в среднем, является стратегия «Дистанцирование». Стратегия «Положительная переоценка» является наименее используемой, к ней пациенты данной группы обращаются достоверно реже, чем пациенты с РА, беременные и здоровые. Стратегия «Принятие ответственности» имеет обратную корреляцию с возрастом у данных пациентов, а «Положительная переоценка» со шкалой

«Эмоциональная стабильность». В то же время, чем больше личностного ресурса и выше социальная поддержка, тем больше пациенты с БП склонны к положительной переоценке.

Все показатели шкал симптоматического опросника SCL-90 у данной группы пациентов находятся в границах нормы и не имеют значимых отличий от группы здоровых испытуемых.

Уровень воспринимаемого стресса также находится в пределах нормы, на значительно более низком уровне, чем в группах пациентов с депрессивным расстройством и ПРЛ.

Преобладающей характеристикой пациентов с БП согласно методике Big-5 является уступчивость и сознательность, так же как и в группе пациентов с РА. Шкала «Сознательность» достоверно более выражена, чем у пациентов с ПРЛ, а «Уступчивость» достоверно выше, чем у пациентов с депрессивным расстройством.

Обнаружены обратные корреляции между шкалами «Экстраверсия» опросников Беккера и Big 5. Так же шкала «Интеллект» опросника Беккера обратно коррелирует со шкалой «Личностные ресурсы» опросника Big 5.

Как и группа с РА пациенты с БП высоко оценивают наличие эмоциональной и инструментальной поддержки, а также собственную вовлеченность в социальное взаимодействие.

3.3. Исследование пациентов с депрессивным расстройством

В среднем наиболее предпочтительными копинг-стратегиями в данной группе стали «Избегание», «Принятие ответственности» и «Поиск социальной поддержки». Все три стратегии используется в умеренной степени, однако склонность к избеганию выражена большей степени. Реже всего пациенты с депрессивным расстройством прибегают к стратегиям «Планирование решения» и «Положительная переоценка». Отличия в наименее используемых копинг-стратегиях обнаружены с большинством других групп, за исключением пациентов с алкоголизмом и ПРЛ. В данной группе пациентов значимых корреляций между копинг-стратегиями и другими исследуемыми параметрами не обнаружено.

Данная группа пациентов имеет превышающие норму значения по следующим шкалам симптоматического опросника SCL-90 – «Соматизация», «Обсессивность-Компульсивность», «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Тревожность», «Фобическая тревожность». По выраженности данных шкал группа значительно

отличается от других групп пациентов и здоровых лиц, представленных в исследовании, за исключением пациентов с ПРЛ.

Уровень воспринимаемого стресса пациенты с депрессивным расстройством оценили на уровне, значительно превышающем норму для данной методики. Обнаружена положительная корреляция между уровнем воспринимаемого стресса и показателем шкалы «Депрессия», общим индексом тяжести симптомов и индексом наличного симптоматического дистресса.

Преобладающими характеристиками для данной группы пациентов являются черты «Уступчивость», «Сознательность», «Личностные черты». Однако в сравнении с другими группами эти черты выражены на значительно более низком уровне, чем, например, у пациентов с РА. Обнаружена обратная корреляция между уровнем сознательности и выраженностью фобической тревожности.

Шкала «Интеллект» опросника Беккера обратно коррелирует со шкалой «Личностные ресурсы» опросника Big 5 и оценкой инструментальной поддержки.

Так же, как и пациенты с РА и БП, пациенты с депрессивным расстройством достаточно высоко оценивают воспринимаемую эмоциональную и инструментальную поддержку. По степени вовлеченности в социальное взаимодействие группа не имеет значимых различий с другими группами пациентов, но имеет достоверно более низкие показатели, чем группа лиц без диагноза. Обнаружена положительная корреляция между уровнем удовлетворенности социальной поддержкой и эмоциональной стабильностью.

3.4. Исследование пациентов с пограничным расстройством личности (ПРЛ)

Высокая степень предпочтения в данной группе пациентов отдается стратегии «Избегание». По частоте использования данной стратегии пациенты с ПРЛ значимо отличаются от всех групп, кроме пациентов с алкоголизмом. К наименее используемым относятся стратегии «Планирование решения» и «Самоконтроль». Планирование решения проблемы, как способ справиться со стрессовой ситуацией, в данной группе используется достоверно реже, чем среди пациентов с РА, беременных и здоровых.

Пациенты с ПРЛ имеют превышающие норму значения по всем шкалам SCL-90 и значимо отличаются по выраженности этих параметров от остальных групп, участвовавших в исследовании. Также данная группа лидирует по числу утвердительных ответов.

Уровень воспринимаемого стресса значительно превышает показатели других групп по данной методике и достоверно от них отличается.

Наиболее выраженными чертами у пациентов данной группы стали уступчивость и личностные ресурсы. Черта уступчивости в данной группе выражена достоверно выше, чем у пациентов с депрессивным расстройством. А личностные ресурсы находятся на достоверно более высоком уровне, чем у пациентов с БП. Наименее характерными чертами для пациентов с ПРЛ в данной выборке стали эмоциональная лабильность и сознательность. Оба качества выражены на достоверно более низком уровне, чем у остальных испытуемых.

Пациенты с ПРЛ достаточно высоко оценивают оказываемую социальную и инструментальную поддержку, хотя и в среднем на более низком уровне, чем остальные испытуемые. Значимых различий между данной группой и остальной выборкой не обнаружено.

3.5. Исследование пациентов с алкогольной зависимостью

Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями в данной группе стали «Избегание» и «Конфронтация». К избеганию пациенты с алкоголизмом обращаются достоверно чаще, чем пациенты с БП. Конфронтация, как способ справиться со стрессовой ситуацией, является более предпочтительной в данной группе в сравнении с пациентами с БП, РА, депрессивным расстройством и группой беременных. Наименее предпочтительными копинг-стратегиями стали «Самоконтроль», «Планирование решения» и «Положительная переоценка».

Пациенты в данной группе в среднем имеют незначительные превышения нормативных показателей по шкалам «Обсессивность-Компульсивность», «Депрессия», «Тревожность», «Паранойяльность». Состояние тревоги у пациентов с алкоголизмом выражено больше, чем в группе здоровых, однако с другими пациентами значимых различий по этому показателю нет. Паранойяльность в данной группе выражена достоверно выше, чем у пациентов с БП, которые имеют самые низкие значения данного показателя во всей выборке.

Уровень воспринимаемого стресса пациенты с алкоголизмом оценивают как не превышающий критического значения. Данный показатель значительно ниже, чем у пациентов с ПРЛ и депрессивным расстройством, но практически не отличается от других пациентов и группы здоровых.

Наиболее выраженными личностными чертами стали «Уступчивость» и «Экстраверсия». Выраженность уступчивости оказалась характера для всей выборки в целом, а экстраверсия имеет самые высокие значения именно в данной группе пациентов.

Пациенты с алкоголизмом достаточно высоко оценивают оказываемую социальную и инструментальную поддержку. Оценка социальной поддержки положительно коррелирует с оценкой инструментальной поддержки. Значимых различий между данной группой и остальной выборкой не обнаружено.

3.6. Исследование беременных

Наиболее часто используемой стратегией в данной группе стала стратегия «Избегание», на втором месте по частоте использования «Планирование решения», «Поиск социальной поддержки» и «Дистанцирование». По частоте использования данных стратегий группа практически не отличается от здоровых лиц и других пациентов, за исключением пациентов с ПРЛ и депрессивным расстройством, которые прибегают к планированию решения достоверно реже. Наименее часто используемыми стратегиями стали «Принятие ответственности» и «Самоконтроль».

Среди беременных в среднем можно отметить превышение нормативных значений по шкалам «Соматизация», «Обсессивность-Компульсивность», «Межличностная чувствительность» и «Депрессия». Значения по соматизации не отличаются от пациентов с РА, БП и алкоголизмом. Различия с группой здоровых, а также пациентов с ПРЛ и депрессивным расстройством только на уровне статистической тенденции. По шкале «О-К» беременные имеют сходные значения с пациентами с РА и алкоголизмом, отличающиеся от здоровых только на уровне статистической тенденции. Достоверно более высокие значения, чем у пациентов с БП и достоверно более низкие, чем в группах с ПРЛ и депрессивным расстройством. По шкале межличностной чувствительности и депрессии беременные также не имеют значимых различий с пациентами с РА, БП, алкоголизмом и здоровыми, но имеют достоверно более низкие значения, чем в группах с ПРЛ и депрессивным расстройством.

Уровень воспринимаемого стресса беременными оценивается на верхней границы нормы, однако в данной выборке не имеет отличий от здоровых и других групп пациентов, за исключением пациентов с ПРЛ и депрессивным расстройством. Шкала воспринимаемого стресса положительно коррелирует с показателем шкалы «Обсессивность-компульсивность».

3.7. Корреляционный анализ

Внутри каждой группы по-отдельности был проведен корреляционный анализ для выявления связи между психологическими конструктами. Ниже представлены корреляционные плеяды по группам, в которых были обнаружены значимые связи.

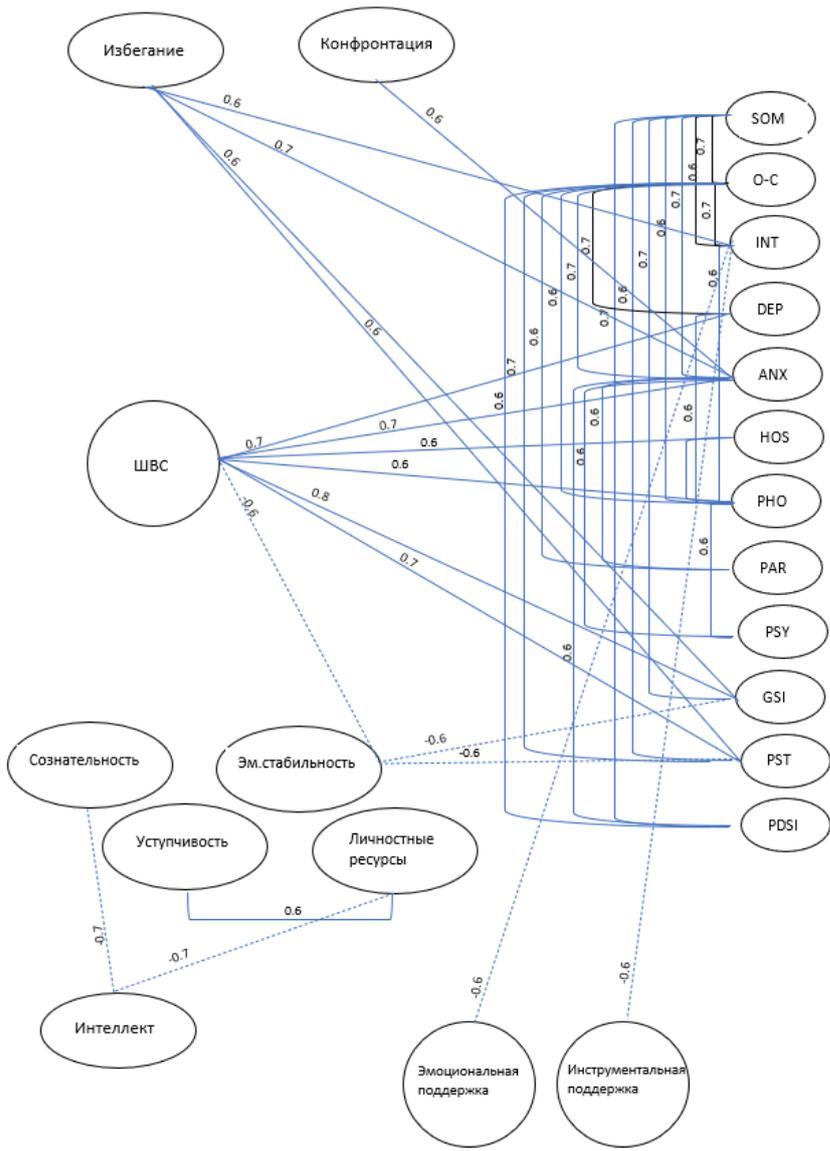


Рис.7. Корреляционная плеяда группы с РА

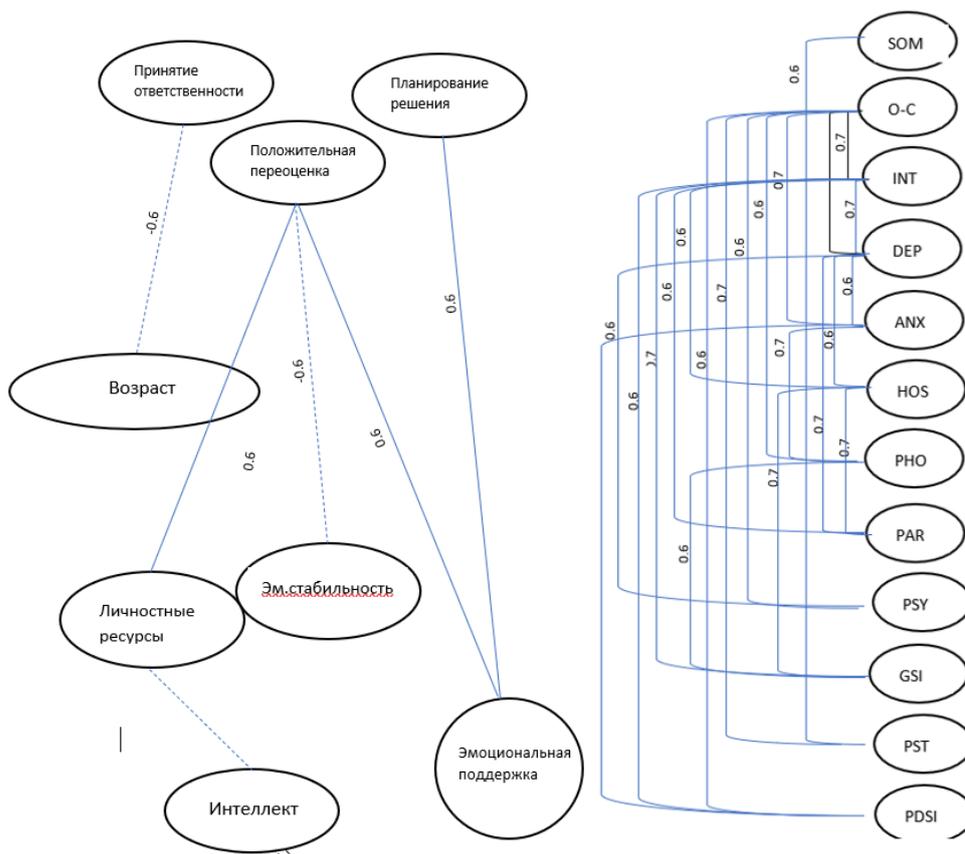


Рис.8. Корреляционная плеяда группы с БП

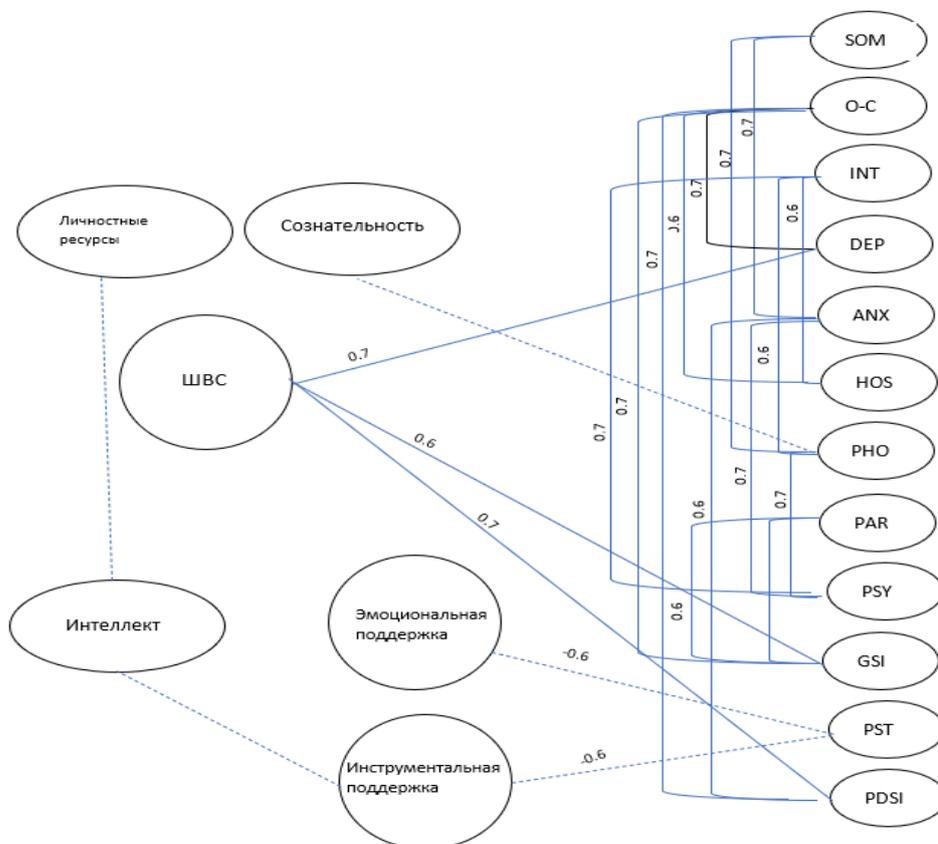


Рис.9. Корреляционная плеяда группы с депрессивным расстройством

3.8. Кластерный анализ

Результат кластерного анализа представлен на дендрограмме:

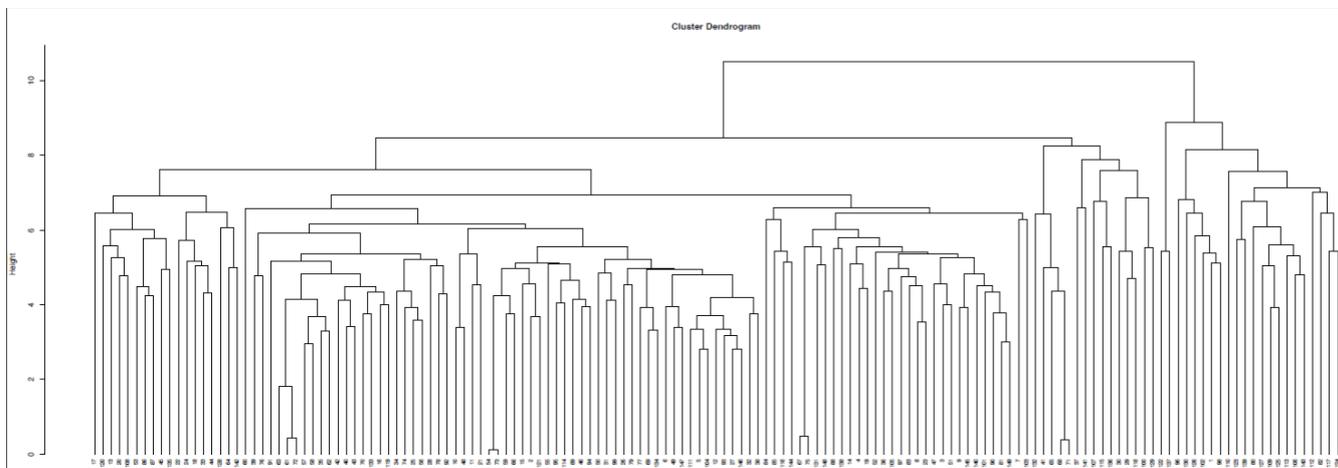


Рис.10. Дендрограмма кластерного анализа

Получены пять кластеров со следующим составом участников:

Таблица 13. Состав кластеров

| Кластер 1 | Кластер 2 | Кластер 3 | Кластер 4 | Кластер 5 |
|----------------|-----------------|----------------|----------------|-----------------|
| РА – 7 чел. | БП – 21 чел. | РА – 8 чел. | БП – 6 чел. | ПРЛ – 11 чел. |
| Здор. – 4 чел. | Здор. – 19 чел. | Депр. – 7 чел. | Депр. – 6 чел. | Депр. – 10 чел. |
| БП – 2 чел. | РА – 14 чел. | Здор. – 7 чел. | РА – 1 чел. | РА – 1 чел. |
| Алк. – 2 чел. | Депр. – 5 чел. | Алк. – 4 чел. | Алк. – 1 чел. | БП – 0 чел. |
| Депр. – 2 чел. | Алк. – 3 чел. | ПРЛ – 4 чел. | ПРЛ – 1 чел. | Алк. – 0 чел. |
| ПРЛ – 1 чел. | ПРЛ – 0 чел. | БП – 2 чел. | Здор. – 0 чел. | Здор. – 0 чел. |
| 18 чел. | 62 чел. | 32 чел. | 15 чел. | 22 чел. |

В 1-м и 3-м кластерах представлены участники от каждой исследуемой группы без явного доминирования на большом отрыве какой-либо группы. Также Кластер 1 объединил испытуемых, указавших в качестве источника дополнительного (не связанного с заболеванием) стресса «проблемы в семье» и имеющих хронический гастрит. Средний уровень воспринимаемого стресса – 32 (превышает нормативное значение), доминирующая копинг-стратегия «Избегание».

В Кластер 3 попали участники, отметившие «переезд» и «развод», как дополнительные источники стресса. Средний уровень воспринимаемого стресса – 31

(превышает нормативное значение), доминирующие копинг-стратегии «Избегание» и «Поиск социальной поддержки».

Кластер 2 является самым многочисленным с явным доминированием 3-х групп участников, показавших близкие результаты с минимальным количеством значимых различий на предыдущем этапе статистической обработки. Здесь оказались все участники с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (гипертония, ИБС, артериальная гипертензия, варикоз) и диабетом. Уровень воспринимаемого стресса – 24 (не превышает нормативное значение). Все копинг-стратегии используются в равной степени на умеренном уровне.

Кластер 4 объединил участников с высоким уровнем воспринимаемого стресса и в тоже время с низкой частотой использования каких-либо копинг-стратегий, за исключением редкого обращения к «Дистанцированию» и «Избеганию».

Кластер 5 включил в себя большую часть пациентов с ПРЛ, а также пациентов с депрессивным расстройством, находящихся в стрессовой ситуации, связанной с работой или учебой. В данном кластере самый высокий средний уровень воспринимаемого стресса (40 баллов). Доминирующей с большим отрывом является стратегия «Избегание», а самыми редко используемыми «Планирование решения» и «Положительная переоценка».

Таким образом, результаты кластерного анализа подкрепляют полученные данные предыдущего этапа статистической обработки. В кластеры объединены пациенты с различными заболеваниями, а также здоровые лица, на основе сочетания уровня воспринимаемого стресса и используемых копинг-стратегий, а также личного и ситуационного жизненного контекста.

ГЛАВА 4. ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ревматоидный артрит, являясь системным заболеванием, оказывает значительное влияние на качество жизни пациента. Хронический характер болезни и ее симптоматические проявления обуславливают высокий уровень стресса, что в свою очередь провоцирует обострения и снижает вероятность наступления ремиссии. В группе пациентов, участвовавших в данном исследовании, более половины имеют вторичные хронические заболевания. Эти факторы влияют на характер совладания с проблемными ситуациями в жизни пациента с РА.

Результаты исследования показали, что данная группа на умеренном уровне использует широкий диапазон копинг-стратегий. Уровень воспринимаемого стресса не связан с выбором определенной стратегии, однако положительно коррелирует с уровнем тревоги, депрессии, враждебности и фобической тревожности. В свою очередь, чем выше

данные показатели, тем чаще пациенты с РА стремятся уклониться от прямых действий, направленных на решение проблемы. Сочетание стратегий «Избегание» и «Планирование решения», как наиболее предпочтительных, а «Конфронтации» – наименее, позволяет предположить следующую последовательность. Сталкиваясь со стрессовой ситуацией, вызванной заболеванием, пациент с РА склонен достаточно быстро снизить эмоциональное напряжение за счет отвлечения и фантазирования, что помогает снизить уровень воспринимаемого стресса и делает возможным дальнейший анализ ситуации и поиск ее решения, избегая активного противостояния. Данное предположение объясняет относительно не высокий уровень воспринимаемого стресса в данной группе пациентов и отсутствие множественных значимых различий с группой здоровых лиц.

Пациенты с БП в данной выборке имеют показатели близкие по своим значениям к группе пациентов с РА и здоровых лиц по большинству оцениваемых параметров. С одной стороны, это подчеркивает сходный характер дисстресса, испытываемый обеими группами пациентов. Также отсутствие значимых и множественных отличий от группы здоровых лиц позволяет предположить достаточно высокий уровень адаптации и эффективности копинга среди пациентов с БП в данной выборке.

Полученные данные о более предпочтительном использовании копинг-стратегий, ориентированных на совладание с переживаниями, сопутствующим стрессовой ситуации, согласуются с данными других исследований. Однако стратегия «Дистанцирование» оказалась более часто используемой, чем «Положительная переоценка». Можно предположить, что отстранение от проблемы и снижение ее субъективной значимости требует от пациента старшей возрастной категории меньше ресурсов, чем попытка осмыслить происходящее с точки зрения личностного роста и саморазвития.

Важно отметить высокий уровень социальной поддержки в данной группе испытуемых. Большинство пациентов отмечали, что они всегда знают, к кому могут обратиться и получить помощь в затруднительной ситуации. Родственники (дети, внуки) трети участников обратились с просьбой получить обратную связь по результатам обследования и проявили большую заинтересованность в практическом использовании этих данных для повышения качества жизни своего старшего поколения. Закономерно предположить, что это обстоятельство могло повлиять на полученные результаты исследования данной группы пациентов, а также отсутствие множественных достоверных отличий от контрольной группы.

Пациенты с депрессивным расстройством оказались единственной группой в данной выборке с редкой степенью предпочтения отдельных стратегий. Результаты показали, что пациенты используют разные стратегии на умеренном уровне, отдавая предпочтение

избеганию и достоверно реже планируют решение проблемной ситуации или делают попытку положительной переоценки. Пациенты данной группы оценили уровень стресса на высоком уровне, что в совокупности с данными о предпочитаемых стратегиях позволяет предположить желание «отделиться» от трудностей и искать поддержки и сочувствия в окружении.

Пациенты с ПРЛ имеют множественные значимые различия с другими группами данной выборки. Важно отметить, что часть этих различий объясняется количественной разницей между данной группой и остальными группами. Полученные данные согласуются с известной спецификой симптомов расстройства: высокий уровень депрессии и тревоги, навязчивые мысли о собственной неполноценности, стремление к сравнению с другими и самообвинению.

В то же время, значение имеют и обнаруженные сходства результатов с группой пациентов с депрессивным расстройством. Высокий уровень воспринимаемого стресса, близкие показатели психического здоровья и сходный выбор предпочитаемых и избегаемых копинг-стратегий позволяет предположить сходный характер переживаемого дистресса у этих пациентов.

Пациенты с алкоголизмом по своим результатам оказались близки к пациентам с РА и здоровым, при этом значительно отличаясь от пациентов с ПРЛ и депрессивным расстройством. Так же, как и в других группах, данные участники используют широкий репертуар копинг-стратегий на умеренном уровне, отдавая выраженное предпочтение избеганию и конфронтации. Данная группа оказалась единственной с ярко выраженной экстраверсией, в то время как в других группах преобладающими чертами стали сознательность и уступчивость. Можно предположить, что характерным реагированием на проблемную ситуацию у данных пациентов является стремление игнорировать ее и уходить в другую реальность, однако если это оказалось невозможным или недостаточно эффективным, совершается попытка разрешения проблемы через конфликт. Группа пациентов с алкоголизмом является самой малочисленной в данной выборке, поэтому результаты скорее определяют тенденцию, чем жесткую закономерность.

Беременные в умеренной степени используют различные копинг-стратегии, так же как здоровые лица, пациенты с РА и БП. Имеющиеся данные других исследований свидетельствуют о том, что беременные чаще склонны прибегать к эмоционально-ориентированному копингу. Однако в данную выборку вошли беременные, планировавшие принять участие в группе психологической коррекции дистресса при беременности, что отражает проблемно-ориентированный подход к решению проблемных ситуаций и проявилось также в результатах данного исследования.

Важно отметить, что набор контрольной группы здоровых лиц осуществлялся в период начала пандемии Covid-19 и масштабного карантина. Общий тревожный фон от столкновения с объективно неконтролируемым макрострессором и невозможностью предсказать дальнейшее развитие событий, оказал значительное влияние на уровень воспринимаемого стресса, а также выраженность тревожно-депрессивной симптоматики в данной группе, приблизив ее по ряду показателей к группам пациентов.

ВЫВОДЫ

1. В результате литературного анализа получены противоречивые данные о специфичности копинг-поведения в изучаемых группах. Это является следствием несогласованности теоретического базиса и применяемых методов внутри отдельных исследований, а также отсутствием единого понимания и подхода к исследованию копинга.

2.1. В группе пациентов с РА наиболее выраженными чертами личности являются «Сознательность» и «Уступчивость». Уровень воспринимаемого стресса находится на верхней границе нормативного значения. Данные пациенты обладают высоким уровнем соматизации и депрессивной симптоматики. Пациенты с РА находятся в выраженном состоянии стресса, что в свою очередь отражается на соматическом здоровье.

2.2. Среди пациентов с БП преобладающими характеристиками личности так же являются «Сознательность» и «Уступчивость». Уровень воспринимаемого стресса и показатели психического здоровья находятся в пределах нормативного значения. Пациенты с БП в данной выборке показали достаточно высокий уровень адаптации к своему заболеванию.

2.3. В группе пациентов с ПРЛ наиболее выраженными чертами стали «Уступчивость» и «Личностные ресурсы». Уровень воспринимаемого стресса и показатели психического здоровья значительно превышают нормативные значения. Пациенты данной группы подвержены значительному дистрессу, который вторично усугубляет и психическое, и соматическое состояние.

2.4. В группе пациентов с депрессивным расстройством профиль личности сглаженный, с незначительным преобладанием черт «Уступчивость», «Сознательность» и «Личностные ресурсы». Уровень воспринимаемого стресса значительно превышает нормативное значение. Большая часть показателей психического здоровья также выходит за пределы нормативных значений. Пациенты с депрессивным расстройством также испытывают значительный дистресс, усугубляющий их психическое и соматическое состояние.

2.5. Для пациентов с алкогольной зависимостью наиболее выраженными чертами являются «Экстраверсия» и «Уступчивость». Уровень воспринимаемого стресса находится в пределах нормативного значения. Для данной группы характерны проявления обсессивности-компульсивности, тревоги и депрессии. Пациенты с алкогольной зависимостью склонны связывать стрессовые ситуации не с проявлениями своего заболевания, а с трудностями в других сферах жизни.

2.6. Беременные испытывают уровень стресса, приходящийся на верхнюю границу нормативного значения. Для данной группы характерны проявления обсессивности-компульсивности, межличностной чувствительности и депрессии. Беременность является макрострессовым событием в жизни женщины и требует значительных усилий для адаптации.

3. Пациенты с различными соматическими и психическими заболеваниями используют широкий диапазон копинг-стратегий, в большинстве случаев без явного доминирования какой-либо единственной. Для всех групп оказался характерным выбор стратегии избегания. Пациенты с РА и беременные сочетают эмоционально и проблемно-ориентированный копинг – стратегии избегания и планирования решения. Пациенты с БП также стремятся отстраниться от проблемы, не приступая при этом к активным действиям по ее решению. Пациенты с депрессивным расстройством оказались единственной группой в данной выборке с редкой степенью предпочтения отдельных стратегий – положительной переоценки и планирования решения. Пациенты с ПРЛ и пациенты с алкогольной зависимостью избегают планирования решения проблемной ситуации и самоконтроля. Пациенты с алкогольной зависимостью оказались единственной группой с выраженной степенью предпочтения стратегии конфронтации.

4.1. В группе пациентов с РА уровень воспринимаемого стресса положительно коррелирует с выраженностью межличностной сензитивности и тревоги, которые в свою очередь положительно коррелируют с частотой использования стратегии избегания и конфронтации. Обратная корреляция обнаружена между уровнем воспринимаемого стресса и эмоциональной стабильностью, а также уровнем социальной поддержки и межличностной сензитивностью.

4.2. В группе пациентов с БП уровень социальной поддержки и личностного ресурса положительно коррелируют с частотой использования стратегии положительной переоценки. В то же время, чем выше уровень эмоциональной стабильности, тем реже данные пациенты склонны к положительной переоценке. Так же частота принятия ответственности обратно коррелирует с возрастом в данной группе.

В остальных исследуемых группах значимых корреляций между копинг-стратегиями, уровнем воспринимаемого стресса социальной поддержки, особенностей личности и симптоматики не обнаружено.

5. Методом кластерного анализа получены определенные группы, объединяющие внутри себя участников разных групп на основании сочетания уровня воспринимаемого стресса, используемых копинг-стратегий, а также личного и ситуационного жизненного контекста, а не принадлежности к нозологической группе.

6. Специфичность копинг-поведения у лиц с изученными расстройствами заключается в совокупности характеристик действий и поведения индивида, направленных на совладание со стрессовой ситуацией, определяющихся не только особенностями ситуации, но и личностью человека, а также его общим жизненным контекстом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Наличие психического или соматического заболевания провоцирует дополнительные стрессовые ситуации в различных сферах жизни пациента. Понимание механизмов копинга, его особенностей, а также общих черт у разных групп пациентов позволяет повысить качество и эффективность психологического сопровождения лечения и профилактики обострений.

В данном исследовании была предпринята попытка преодоления методологического противоречия, с помощью единства теоретического базиса и практических методов. Выбор обследуемых групп и конкретных методик также был направлен на уточнение представлений о специфичности копинга как процесса, в котором проявляется не только наличие или отсутствие заболевания, но и другие значимые характеристики личности пациента и его жизненного контекста.

Полученные данные свидетельствуют об общих для разных групп пациентов черт копинг-поведения. Пациенты с различными соматическими и психическими заболеваниями используют широкий диапазон копинг-стратегий, как и участники группы, не имеющие диагноза. Для всех групп оказался характерным выбор стратегии избегания. Некоторые пациенты сочетают эмоционально и проблемно-ориентированный копинг – стратегии избегания и планирования решения. Другие концентрируются на совладании с собственными переживаниями, также активно используя социальную поддержку.

Кластерный анализ подкрепил гипотезу о связи копинг-поведения с данными, выходящими за пределы наличия или отсутствия диагноза. Важную роль имеет оценка уровня воспринимаемого стресса, а также дополнительные источники стресса и жизненные обстоятельства человека.

К ограничениям результатов данного исследования можно отнести недостаточность количества участников в некоторых группах, а также неоднородность выборки по возрасту и полу.

Следующие этапы развития данного исследования:

1. Доведение числа участников в каждой группе до необходимого количества;
2. Повторная кластеризация всей выборки и проведение статистического анализа между полученными кластерами для уточнения результатов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абабков В.А., Барышникова К., Воронцова-Венгер О.В., Горбунов И.А., Капранова С.В., Пологаева Е.А., Стуклов К.А. Валидизация русскоязычной версии опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» // Вестник Санкт-Петербургского Университета, серия 16 // отв. ред. Н. В. Гришина. - СПб. : Изд-во СПбГУ, 2016. №2. С. 6 – 15.
2. Акбирова Р. Р. Исследование особенностей совладания со стрессом женщин с нормально протекающей и осложненно протекающей беременностью / Р. Р. Акбирова И. Р. Абитов, М. В. Ильченко // Личность в трудных жизненных ситуациях: ресурсы и преодоление : материалы Международной научно-практической конференции, посвященной 25-летию факультета психологии Омского государственного университета им. Ф.М. Достоевского, Омск, 04 октября 2018 года – 05 2017 года. – Омск: Омский государственный университет им. Ф.М. Достоевского, 2018. – С. 68-71.
3. Акимова Е.В. и соавт. Некоторые параметры хронического социального стресса в открытой популяции – ассоциации с распространенностью ИБС // Кардиоваскулярная терапия и профилактика, 2014, №6, 28-31
4. Бауман У., Перре М., ред. Клиническая психология. – СПб.: Питер, 2002. – 1312с
5. Белинская Е.П., Вечерин А.В. Адаптация диагностического инструментария: опросник «Проактивный копинг» // Социальная психология и общество. 2018. Т. 9. № 3. С. 137—145.
6. Белялов Ф.И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца // Терапевтический архив. – 2017. – Т. 89, № 8. – С. 104 – 109
7. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. – 270 с.
8. Болтобаев С.А. и соавт. Влияние стресс реакции на патогенетические цепи ИБС // Наука и мир, 2019, №6(2), 63-65
9. Вартанян Г.А. Клинико-психологические особенности несовершеннолетних, осужденных за насильственные преступления сексуального характера. Автореф. на соиск. уч.ст.к.пс.н., СПб.: «Лема», 2018
10. Васильева И.А. Стратегии совладающего поведения больных на хроническом гемодиализе // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2008. №66.
11. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика СПб.: речь, 2010. -192с.

12. Ветчанина Е.Г., Мальгина Г.Б. Особенности реакций беременных на психоэмоциональный стресс в различные сроки беременности // Сибирский психологический журнал №14-15, 2001, с.150
13. Диагностика уровня социальной поддержки при психических расстройствах [Текст]: медицинская технология / А.Б.Холмогорова, Г.А.Петрова. – Москва: ФГУ Московский научно-исследовательский институт психиатрии Росздрава, 2007. – 20с.
14. Дмитрива Е.А., Коцюбинская Ю.В. Защитно-совладающее поведение у пациентов с болезнью Паркинсона // Электронный научный журнал «Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие», 1(12), 2016, с.47-51
15. Зелтынь Е.А. и соавт. Хронический стресс и депрессия у больных ревматоидным артритом // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19. №2. С.69-75.
16. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Защитно-совладающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. №16-17. 2002. с. 84-88
17. Крюкова Т. Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни / Т. Л. Крюкова ; Костромской государственный университет имени Н. А. Некрасова. – Кострома : Костромской государственный университет им. Н.А. Некрасова, 2010. – 296 с.
18. Куликова О. С. Психологические факторы социальной адаптации больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Куликова Ольга Сергеевна. – Санкт-Петербург, 2015. – 22 с.
19. Лысенко А.В., Исследование особенностей копинг-стратегий у больных рекуррентным депрессивным расстройством СКИФ. ВОПРОСЫ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУКИ Номер: 11 (27) Год: 2018 Страницы: 53-56
20. Международная классификация болезней (10-й пересмотр) под ред. Нуллера Ю.В., Циркина С.Ю. – Киев.: Сфера, 2005. – 306с.
21. Международная классификация болезней (11-й пересмотр) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fentity%2f334423054> 11.02.2021
22. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями [Текст]: пособие для врачей и медицинских психологов / научн.ред. Л.И.Вассерман. – Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им.В.М.Бехтерева, 2009. – 35с.

23. Мизинова Е. Б. Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Мизинова Елена Борисовна. – Санкт-Петербург, 2004. – 25 с.
24. Миронова Н. В. Факторы психологической адаптации больных с алкогольной зависимостью на разных сроках ремиссии : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Миронова Нина Викторовна. – Санкт-Петербург, 2015. – 22с.
25. Михайлова Н. Ф. Систематическое исследование индивидуального и семейного стресса и копинга у членов семей здоровых лиц (В связи с задачами психодиагностики, психогигиены и психопрофилактики) : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Михайлова Надежда Федоровна. – Санкт-Петербург, 1998. – 192 с.
26. Мясищев В.Н. Личность и неврозы - Л. : Изд-во ЛГУ, 1960. - 426 с.
27. Назыров Р.К. Отношение к болезни и лечению, интра- и интерперсональная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Назыров Равиль Каисович. – Санкт-Петербург, 1993.
28. Селье Г. Стресс без дистресса. – М., 1979. – 126с.
29. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. 272 с.
30. Таукенова Л. М. Кросскультуральные исследования личностных и межличностных конфликтов, копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных неврозами : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Таукенова Лейла Магомедовна. – Санкт-Петербург, 1995. – 17 с.
31. Усманова Е. Б. Психологические факторы качества жизни больных с опухолевым поражением костей : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Усманова Екатерина Бахромовна. – Санкт-Петербург, 2016. – 22 с.

32. Фрейд А. Эго и механизмы психологической защиты : [пер. с нем.] / А. Фрейд. - М.: АСТ : Астрель, 2008. 159 с.
33. Холмогорова А.Б., Климова И.Д. Копинг-стратегии и эмоциональная дезадаптация у студентов с чертами пограничного расстройства личности // Консультативная психология и психотерапия, 2014, №2, 153-167с.
34. Хяникяйнен И.В. Биопсихосоциальный подход к диагностике и лечению ранней стадии хронической ишемии мозга. Автореф. на соиск. уч. ст.д.м.н., Петрозаводск, 2018.
35. Чехлатый Е. И. Совладающее поведение у больных неврозами, лиц с преневротическими нарушениями и в социальных группах повышенного риска нервно-психических расстройств : специальность 19.00.04 "Медицинская психология", 14.00.18 : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Чехлатый Евгений Иванович. – Санкт-Петербург, 2007. – 58 с.
36. Шумова А.И. Динамика психологических характеристик больных опиоидной наркоманией в процессе реабилитации : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Шумова Алина Игоревна. – Санкт-Петербург, 2017. – 22 с.
37. Яничев, Д. П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Яничев Дмитрий Павлович. – Санкт-Петербург, 2006. – 181с.
38. Affleck G., Caldwell D.S., Keefe F.J., Lefebvre J.C., Starr K., Tennen H. Pain coping strategies and coping efficacy in rheumatoid arthritis: a daily process analysis // Pain 69 (1997) 35–42
39. Aldwin C. M., & Yancura, L. A. (2004). Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures. In P. P. Schnurr & B. L. Green (Eds.), Trauma and health: Physical health consequences of exposure to extreme stress (p. 99–125).
40. Aldwin C., M. & Revenson, T.A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relationship between coping and mental health. Journal of Personality and Social Psychology, 53, 337-348
41. Aschenbrenner D., Gaston-Johansson F., Gustafsson M., Merboth M. Pain, coping and analgesic medication usage in rheumatoid arthritis patients // Patient Education and Counseling 37 (1999) 33–41

42. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: self-regulation and proactive coping // *Psychological Bulletin*. 1997. № 121. P. 417—436
43. Beck A. T. *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. London, UK: Staples Press, 1967.
44. Borrelli S.E., Walsh D., Spiby H. First-time mothers' expectations of the unknown territory of childbirth: Uncertainties, coping strategies and 'going with the flow' // *Midwifery*, Volume 63, August 2018, Pages 39-45
45. Brown G.K., Nicassio P.M., Wallston K.A. Pain Coping Strategies and Depression in Rheumatoid Arthritis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, Vol. 57, No. 5, 652-657
46. Bucks R.S. et al. Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease // *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2011, 26, p.247-255
47. Burns R.J., Deschênes S.S., Schmitz N. Associations Between Coping Strategies and Mental Health in Individuals With Type 2 Diabetes: Prospective Analyses // *Health Psychology* 2016, Vol. 35, No. 1, 78–86
48. Chen L. et al. Experiences and coping strategies of somatic symptoms in patients with depressive disorder: A qualitative study // *Archives of Psychiatric Nursing*. V.38, 2022, p.6-13
49. Coid J. et al. (2009). Borderline personality disorder: Health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, 39, 1721–1731;
50. Coughlan R., Curtis R., Groarke A.-M., Gsel A. Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis // *Patient Education and Counseling* 59 (2005) 192–198
51. DeLongis A., Englbrecht M., Gossec L., Kvien T.K., Schett G., Scholte-Voshaar M., Sokka T. The Impact of Coping Strategies on Mental and Physical Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis // *Semin Arthritis Rheum* 2012 Feb;41(4) 41:545–555
52. Engel G. L. (1977, April8). The need for a new medical **model**: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129–136
53. Erin S. Et al. Coping and Quality of Life Among Women Extensively Treated for Gynecologic Cancer // *Psycho-Oncology* 15: 132–142 (2006)
54. Faisal-Cury A., Savoia M.G., Menezes P.R. Coping Style and Depressive Symptomatology during Pregnancy in a Private Setting Sample // *The Spanish Journal of Psychology*, 2012, Vol. 15, No. 1, 295-305.]

55. Goletzka J., Kocalevent R.-D., Hansena G., Rosed M., Bechere H., Hechera K., Arcka P.C., Diemerta A. Prenatal stress perception and coping strategies: Insights from a longitudinal prospective pregnancy cohort // *Journal of Psychosomatic Research* 102 (2017) 8–14
56. Haan N. Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization. – Elsevier, 1977. – 360.
57. Haan N. Coping and Defense mechanisms related to personality inventories // *Journal of Consulting Psychology*, 1965, №29, pp.373-378.
58. Hammen, C. L. (1992). Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression. *Development and Psychopathology*, 4, 189–206
59. Handbook of Coping: theory, research, applications / edited by Zeidner M., Endler N.S. – USA.: «John Wiley&Sons, Inc.» 1996, p.728.
60. Hurt C.S. et al. Coping in Parkinson's disease: an examination of the coping inventory for stressful situations // *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2011, 26, p.1030-1037
61. Kramer U. et al. Early change in coping strategies in responsive treatments for borderline personality disorder: A mediation analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2017;85(5):530-535;
62. Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychological factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Semin Vasc Med*. 2002;2(3):267–314
63. Lazarus R.S. Coping Theory and Research: Past, Present and Future // *Psychosomatic Medicine*, 1993, №55, pp.234-247.
64. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. – NY.: Springer Publishing Company, 1984
65. Mao W., et al. Coping Strategies, Hostility, and Depressive Symptoms: A Path Model // *INTERNATIONAL JOURNAL OF BEHAVIORAL MEDICINE*. 2003. 10(4), 331–342
66. Mason J.W. A reevaluation of the concept of “non-specificity” in stress theory // *J. Psychiat. Res.*, 1971. № 8. P. 323-333; Mason J.W. Emotion as reflected in patterns of endocrine integration // *Emotions: Their parameters and measurements*. New York, 1975. P. 143-181.
67. Montel S., Bungener C. Coping and quality of life of patients with Parkinson disease who have undergone deep brain stimulation of the subthalamic nucleus // *Surgical Neurology* 72 (2009) p. 105–111

68. Montel S., Bungener C. To what extent does frontal type executive impairment affect coping strategies in Parkinson's disease // *European Journal of Neurology* 2008, 15, p.1131–1134
69. Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482–487
70. Perrez M., Reicherts M. *Stress, Coping and Health: a situation-behavior approach: theory, methods, applications* / Hogrefe & Huber Publishers, 1992
71. Petticrew M.P et al. Type A Behavior Pattern and Coronary Heart Disease: Philip Morris's "Crown Jewel" *Am J Public Health*. 2012 Nov; 102(11): 2018–2025.
72. Rees C. *An introduction to research for midwives*. – Elsevier Health Sciences, 2011
73. Rose K. Unstructured and semi-structured interviewing // *Nurse Researcher*. – 1994. – T. 1. – №. 3. – C. 23-32.
74. Sanders-Dewey N.E. J., Mullins L.L., Chancy J.M. Coping style, perceived uncertainty in illness, and distress in individuals with Parkinson's disease and their caregivers // *Rehabilitation Psychology*, 2001, vol.46, №4, pp.363-381
75. Schwarzer R., Knoll N. *In: Positive psychological assessment: A handbook of models and measures*. Lopez, Shane J. (Ed); Snyder, C. R. (Ed); Publisher: American Psychological Association; 2003, pp. 393-409
76. Vaillant G.E. Ego Mechanisms of Defense and Personality Psychopathology // *Journal of Abnormal Psychology*, 1994, Vol.103, №1, pp.44-50.
77. Zanardo V. et al. Coping strategies in low-risk pregnant women: the influence of low and late fertility // *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* , Volume 27, 2014

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета

Пол (обведите нужное) М Ж Возраст _____

1. Образование
 - A. Среднее
 - B. Средне-специальное
 - C. Незаконченное высшее
 - D. Высшее
2. Семейное положение:
 - A. Не состою в браке
 - B. Состою в браке
3. Бытовые условия:
 - A. Отдельное собственное жилье
 - B. Коммунальное жилье (комната)
 - C. Арендную
4. Свое финансовое положение Вы оцениваете как:
 - A. Комфортное
 - B. Удовлетворительное
 - C. Затруднительное
5. Ваш профессиональный статус на данный момент:
 - A. Работаю (полный рабочий день);
 - B. Частичная или удаленная занятость;
 - C. Декретный отпуск;
 - D. Не работаю
6. Сопутствующие хронические соматические заболевания:
 - A. Нет
 - B. Да, диагноз _____
Длительность заболевания _____
Первый эпизод в _____ г.
Рецидив(ы) в _____ г.
7. Сопутствующие хронические неврологические заболевания:
 - A. Нет
 - B. Да, диагноз _____
Длительность заболевания _____
Первый эпизод в _____ г.
Рецидив(ы) в _____ г.
8. Сопутствующие психические заболевания:
 - A. Нет
 - B. Да, диагноз _____
Длительность заболевания _____
Первый эпизод в _____ г.
Рецидив(ы) в _____ г.
9. Наличие стрессовых жизненных ситуаций, помимо болезни
 - A. Нет
 - B. Да
Какие именно стрессовые ситуации? _____