

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ АКАДЕМИКА И.П. ПАВЛОВА»

---

**Е.Р. Исаева**

## **КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

*Монография*



**Санкт-Петербург  
Издательство СПбГМУ  
2009**

УДК 616.89 – 008.447:613.86  
ББК 88.3 + 56.14  
И85

Рецензенты:

доктор психологических наук, профессор кафедры методов психологического познания психолого-педагогического факультета Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена *Елена Константиновна Веселова*

доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделения внебольничной психиатрии и психопрофилактики Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева *Александр Петрович Коцюбинский*

**Исаева Е.Р.** Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. – 136 с.

ISBN 978-5-88999-069-7

Монография посвящена проблеме изучения психологической адаптации личности. Рассматриваются современные концепции адаптации, раскрываются понятия адаптационных ресурсов личности, совладающего со стрессом поведения (копинга) и психологической защиты. В монографии представлены результаты авторского исследования важнейших адаптационных механизмов – копинга и психологической защиты, проведен глубокий анализ соотношения этих процессов. Показана их роль в генезе хронических соматических и психосоматических заболеваний, в формировании риска психической дезадаптации. Автором предложена модель комплексного многоуровневого исследования структуры и уровня активности психологических адаптационных механизмов личности, что может способствовать совершенствованию современного психодиагностического инструментария.

Книга предназначена для широкого круга практических психологов, специалистов в области медицинской психологии и психодиагностики, будет интересна и полезна для студентов факультетов психологии, педагогических и медицинских вузов.

УДК 616.89 – 008.447:613.86  
ББК 88.3 + 56.14

ISBN 978-5-88999-069-7

© Е.Р. Исаева, 2009

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Основные сокращения .....	5
Введение .....	6
<b>Глава 1. Общая концепция адаптации и преодоления стресса:</b>	
<b>современное состояние проблемы.....</b>	<b>8</b>
1.1. Понятие психической адаптации .....	8
1.2. Понятие об уязвимости и цене адаптации.....	11
1.3. Совладающее со стрессом и защитное поведение:	
теоретические предпосылки и современные концепции .....	16
1.3.1 Концепция копинга: определение, функция и виды .....	16
1.3.2. Копинг-механизмы и механизмы психологической защиты.....	34
1.3.3. Копинг-ресурсы личности и адаптационный потенциал .....	41
1.4. Нарушения психической адаптации и психосоматические	
расстройства .....	46
<b>Глава 2. Копинг-поведение: эмпирическое исследование</b>	
<b>российской выборки .....</b>	<b>50</b>
2.1. Описание материала исследования .....	50
2.2. Методы исследования.....	51
2.3. Исследование репертуара копинг-поведения здоровых респондентов ..	52
2.4. Гендерные различия в копинг-поведении .....	55
2.5. Возрастные различия в копинг-поведении .....	56
<b>Глава 3. Анализ взаимоотношений копинга и психологической защиты ....</b>	<b>66</b>
3.1. Взаимосвязь копинг-механизмов и механизмов	
психологической защиты личности .....	66
3.2. Защитно-совладающий стиль личности и симптоматика:	
выявление маркеров психологического неблагополучия	
и риска психической дезадаптации.....	76
<b>Глава 4. Механизмы психологической адаптации в условиях болезни.....</b>	<b>83</b>
4.1. Сравнительный анализ копинг-поведения «условной нормы»	
и выборки больных .....	83
4.2. Особенности копинг-поведения психосоматических больных .....	84
4.3. Сравнительный копинг-поведения психосоматических пациентов	
и соматических больных .....	87
4.4. Особенности копинг-поведения соматических больных .....	89
4.5. ВИЧ-инфекция: копинг-поведение в условиях стигматизации	
и угрозы для жизни .....	94
4.6. Особенности механизмов психологической адаптации	
у больных с психическими расстройствами .....	96

4.7. Влияние болезни на выбор совладающего поведения.	
Взаимосвязь клинических характеристик болезни	
и адаптационных механизмов личности .....	100
4.7.1. Взаимосвязь длительности заболевания и механизмов	
психологической адаптации .....	100
4.7.2. Взаимосвязь тяжести заболевания и механизмов	
психологической адаптации .....	107
Заключение.....	114
Библиографический список.....	117
Приложения .....	123

## ОСНОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

БА	– бронхиальная астма
ВПФ	– высшие психические функции
ГБ	– гипертоническая болезнь
ИБС	– ишемическая болезнь сердца
ИТТ	– интегративный тест тревожности
МПЗ	– механизмы психологической защиты
НР	– нарушения ритма сердца
ОА	– остеоартроз
ОАС	– общий адаптационный синдром
РА	– ревматоидный артрит
СД	– сахарный диабет
СЖО	– смысло-жизненные ориентации
ХПН	– хроническая почечная недостаточность
ЧЛП	– челюстно-лицевая патология
ЯБ	– язвенная болезнь
ЯДПК	– язва двенадцатиперстной кишки

## ВВЕДЕНИЕ

В связи с повышением темпа жизни, скорости изменения социально-экономических условий, а также ростом эмоциональных, информационных нагрузок и требований к психическим ресурсам человека остро встает проблема адаптации к условиям личностно-средового взаимодействия, профилактики стресса и поддержания необходимого для успешной деятельности уровня психического и физического здоровья. Сложная многоуровневая система организации жизнедеятельности человека обеспечивает широкие возможности для приспособления к изменяющимся условиям. Способность к адаптации является неотъемлемой характеристикой человека и отражает гибкость и относительную устойчивость биопсихосоциальной системы. Однако стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных ресурсов личности и, как следствие, к нарушению психической адаптации, к срыву функциональных систем жизнедеятельности и развитию расстройств в психической и соматической сфере различной степени выраженности [4, 14, 15, 29].

В связи с этим актуальными являются изучение факторов риска психической дезадаптации и определение основных характеристик и диагностических маркеров «психологической уязвимости» личности [53], являющейся подходящей почвой для развития различных психических и психосоматических декомпенсаций. Потенциал преодоления стрессогенных событий отражается в выборе успешных или неуспешных приспособительных стратегий поведения, а уровень развития и репертуар адаптационных механизмов имеют огромное значение как для уровня функционирования человека, так и для сохранения его психического благополучия. Поэтому требует своего рассмотрения проблема выявления «уязвимого», дезадаптирующего стиля совладания, который приводит здорового человека в «группу риска», а больных – к декомпенсации, резистентности к лечению или неблагоприятному прогнозу.

За последние 20 лет в научной психологической и медицинской литературе появилось огромное количество зарубежных и отечественных исследований, посвященных изучению механизмов психологической адаптации, в частности, копинг-поведения и психологической защиты личности. Активно ведутся исследования по определению наиболее важных копинг-ресурсов личности и их роли в формировании успешного совладающего со

стрессом поведения. Все больше внимания уделяется изучению механизмов психологической адаптации у различных категорий больных [39, 42, 49 и др.]. Однако исследований, посвященных изучению особенностей адаптационных механизмов на разных этапах протекания болезни, пока недостаточно. Практически не освещены вопросы поиска психологических прогностических критериев протекания болезни, где личностные переменные, адаптационные ресурсы и поведение больного имеют немаловажное значение. Актуальность такого исследования обусловлена тем, что длительно протекающее хроническое заболевание несомненно накладывает отпечаток на последующее защитно-совладающее поведение и адаптацию больного в сторону снижения и обеднения репертуара копинг-стратегий. Вследствие этого ухудшается взаимодействие больного с окружающим миром, снижается качество комплайенса (кооперации), что, в свою очередь, способствует утяжелению уже имеющейся симптоматики.

На сегодняшний день признана роль психологических факторов в возникновении, течении и лечении не только нервно-психических, но и разнообразных соматических расстройств [12, 47]. Вместе с тем, отсутствуют однозначные причинно-следственные связи в сфере психосоматических и соматопсихических соотношений при различных формах патологии, поскольку они обусловлены интегрированностью функционирования человека и отражают неразрывное единство соматического и психического [30]. Большинство психологических исследований в соматической и психиатрической клинике успешно решают проблему комплексного изучения психологических характеристик больных, используя широкий арсенал методов психодиагностики (методики для исследования эмоционального состояния, индивидуально-личностных переменных, качества жизни, социального функционирования больных). В то же время, роль адаптационных механизмов в развитии и протекании различных видов патологии, в особенности соотношение неосознаваемых и сознательных форм и механизмов регуляции поведения и противостояния болезни, остаются недостаточно изученными. Это определяет актуальность исследования взаимосвязей характера, тяжести и длительности заболевания со структурой и уровнем активности адаптационных процессов личности больного. В нашей работе принята попытка исследования роли совладающего со стрессом и защитного поведения личности в нарушениях психической адаптации различного генеза.

## **Глава 1**

### **ОБЩАЯ КОНЦЕПЦИЯ АДАПТАЦИИ И ПРЕОДОЛЕНИЯ СТРЕССА: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ**

---

#### **1.1. Понятие психической адаптации**

На сегодняшний день общепризнанным является определение адаптации как динамического процесса приспособления организма (как системы) к изменившимся условиям существования, целью которого является поддержание динамического равновесия между организмом и внешней средой [54]. Процесс адаптации реализуется всякий раз, когда в системе «организм – среда» нарушается равновесие, и обеспечивает формирование нового гомеостатического состояния, которое позволяет достигать максимальной эффективности физиологических и поведенческих реакций. Поскольку организм и среда находятся не в статическом, а в динамическом равновесии, их соотношение меняется постоянно, также постоянно осуществляется и процесс адаптации [29]. Благодаря процессу адаптации достигается сохранение гомеостаза при взаимодействии организма и среды. Гомеостаз в организме может поддерживаться на разных уровнях его организации и, соответственно, на различных уровнях реализуются процессы адаптации. В этом ряду психическая адаптация играет важную роль, в значительной степени оказывая влияние на адаптационные процессы, осуществляющиеся на других уровнях.

Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть *психической адаптацией*. Психическая сфера в общем процессе адаптации осуществляет интегративную и регулятивную функцию в деятельности всех систем организма. Организация процесса психической адаптации, осуществление взаимосвязей ее основных аспектов, регулирование психофизиологических соотношений реализуются сложной, многоуровневой функциональной системой, на разных уровнях которой регулирование осуществляется преимущественно психологическими (социально-психологическими и собственно психическими) или физиологическими механизмами [14].

Существуют различные подходы к понятию «психическая адаптация». Ю.А. Александровский (1976) рассматривает ее как выражение системной деятельности многих биологических и психологических подсистем, «которая обеспечивает деятельность человека на уровне «оперативного покоя», позволяя ему не только наиболее оптимально противостоять различным природным и социальным факторам, но и активно и целенаправленно воздействовать на них» [4; с.13]. Это определение справедливо подчеркивает системную организацию психической адаптации и важную роль целенаправленной активности. В.М. Воловик (1975) описывает ее как активную личностную функцию, обеспечивающую согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [16]. Ф.Б. Березин (1988) рассматривает психическую адаптацию как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды, 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 [14; с.5]. В литературе высказывается и другая точка зрения на психическую адаптацию: В.М. Воробьев (1993) понимает ее как механизм, возникающий лишь «в результате активного решения задач, связанных с проблемными психическими ситуациями» [17].

Таким образом, психическая адаптация рассматривается как целостная многоуровневая структурно-функциональная система, состоящая из взаимозависимых биологических (физиологических), психологических (личностных) и социальных (личностно-средовых) компонентов [14, 15, 29]. Б.Г. Ананьев (1969) в своих трудах развивал представление о трех уровнях психической регуляции биологическом, индивидуально-личностном и личностно-средовом [8]. Ф.Б. Березин выделял следующие уровни: *социально-психологический*, *психологический* (особенности личности и актуального психического состояния), *психофизиологический* (интегративные церебральные системы, периферические вегетативно-гуморальные и моторные механизмы, а также уровень органа) [14]. Л.И. Вассерман и М.А. Березин (1997), развивая концепцию Ф.Б. Березина, предлагают трехкомпонентную модель психической адаптации [15]:

- как система, обеспечивающая оптимальное соотношение между психическими и физиологическими адаптационными процессами (психофизиологическая адаптация);

- как система, обеспечивающая сохранение психического гомеостаза и устойчивого целенаправленного поведения (собственно психическая адаптация);

- как система адекватного взаимодействия с социальным окружением (социально-психологическая адаптация).

Таким образом, адаптация человека может быть представлена на разных уровнях, которые находятся в отношениях взаимосвязи и взаимовлияния, но, вне всякого сомнения, имеют свою специфику мобилизации адаптационных ресурсов.

По мнению некоторых отечественных авторов, наиболее существенной является проблема личностной (психологической) адаптации, поскольку личность выступает как максимально обобщенная и устойчивая целостность психических свойств и процессов, обнаруживающая себя в самых разных проявлениях активности и в различных социальных условиях [7, 9]. Уровень адаптации, обеспечивающий организацию социального взаимодействия, формирование адекватных межличностных отношений, учет ожиданий окружения и достижение социально значимых целей, относится к социально-психологической адаптации. Социально-психологическая адаптация рассматривается как самостоятельный аспект психической адаптации наряду с собственно психической и психофизиологической. Взаимные влияния особенностей личности, актуального психического состояния и эффективности социального взаимодействия определяют зависимость между психической и социально-психологической адаптацией.

Социальная (или социально-психологическая) адаптация понимается как результирующая процессов биологической и психологической адаптации в окружающей среде и представляет собой один из механизмов социализации личности. Она осуществляется на разных уровнях: общества, трудового коллектива, непосредственного окружения. Конечной целью психобиологической и социальной адаптации является достижение равновесия между индивидуумом и окружающей средой, позволяющего сохранять прежние и развивать новые возможности для удовлетворения потребностей.

В целом можно сказать, что психологическая адаптация – это сложное и неоднозначное понятие, за которым может стоять кратковременный процесс адаптации в контексте поведенческой реакции или поступка, более длительный процесс, характеризуемый как состояние адаптации, и, наконец, динамическая интегральная характеристика личности, в которой представлена способность к приспособлению к изменяющимся условиям [19].

Нарушение равновесия в системе «человек – среда» вызывает напряжение всех адаптационных механизмов и возникает при наличии, по крайней мере, одного из трех факторов:

– при резком изменении условий среды, в результате которого адаптационные механизмы могут оказаться недостаточными, даже если ранее они обеспечивали эффективную адаптацию;

– при существенном преобразовании потребностей и целей индивидуума (даже в относительно стабильной среде);

– при значительном уменьшении физических или психических ресурсов, что может привести к расхождению между значимыми потребностями субъекта и возможностями их удовлетворения.

Психическую адаптацию нельзя считать эффективной, если чрезмерное напряжение адаптационных механизмов приводит к нарушению нормального функционирования организма, к нарушению физического (или психического) здоровья.

## 1.2. Понятие об уязвимости и цене адаптации

Исследование психической адаптации тесно связано с проблемой стресса. Н. Selye (1956, 1960) в рамках предложенной им концепции стресса выделил два уровня адаптационной системы. В соответствии с его представлениями, в стрессовой ситуации первым реагирует «поверхностный» уровень, черпающий свои ресурсы из второго, «глубокого», уровня, который связан с адаптационной перестройкой гомеостатических систем всего организма. При этом если в условиях экстремальной ситуации отмечается недостаток резервов «поверхностного» и замедленная мобилизация «глубокого» уровня, то возможно развитие патологического процесса, симптоматику которого составляют неспецифические расстройства, свойственные как соматическим, так и психическим заболеваниям. Независимо от типа стрессового воздействия, но в соответствии с фазой адаптации (тревога, сопротивление, истощение) происходит формирование адекватной требованиям среды «новой функциональной системности организма» [85, 86]. Исследования показали, что стрессор вызывает сходные неспецифические реакции, специфические последствия которых обуславливаются индивидуальными особенностями человека. Если нагрузка чрезмерна или социальные условия не позволяют реализовать адекватный физический ответ, эти процессы могут привести к физиологическим и даже структурным нарушениям. Экспериментальными исследованиями было установлено, что у животных стрессовые стимулы повышают уровень бодрствования и вызывают

гормональные и иммунологические изменения в организме, которые при длительном воздействии могут привести к физическим и даже психическим («приобретенная беспомощность») заболеваниям [84, 85, 86]. Подобные механизмы взаимодействия внешних стимулов и физиологических реакций существуют и у людей, но, как справедливо отметили G. Andrews et al. (1978), человек способен использовать социальную поддержку, механизмы интрапсихической защиты и внешние механизмы совладания и тем самым снизить возбуждение до непатогенного уровня [58]. В своей концепции Г. Селье мало внимания уделял психическим и уж тем более психологическим факторам в возникновении и переживании стресса, сосредоточившись лишь на его соматических проявлениях.

В конце XX века появляется немало новых концепций, справедливо указывающих на интегративный характер, единство, целостность и системность организации и регуляции деятельности человека. В современной психологической науке тенденция интегрального междисциплинарного исследования человека впервые с большой полнотой и всесторонностью проявилась в школе Б.Г. Ананьева (1969, 1977, 1980). Признание биопсихосоциальной сущности человека, необходимость его целостного видения стало предпосылкой к пересмотру концепции здоровья и болезни в медицине. На смену биомедицинской модели приходит **биопсихосоциальная модель** [35, 63].

В недрах психиатрии формируется концепция «уязвимость – диатез – стресс – болезнь», внесшая значительный вклад в понимание шизофрении. Развивается понятие об *уязвимости* («vulnerability»), которая рассматривается как повышенная ранимость к стрессовым воздействиям, предрасполагающая к развитию психической патологии [16, 53, 90]. По мнению авторов, уязвимость (или гипотетический риск развития заболевания) – это «биологически обусловленное и клинически не выявляемое (скрытое) снижение толерантности нервно-психической организации индивидуума к стрессу, т.е. психофизическая и биогенетическая готовность личности реагировать развитием эндогенного психического заболевания в ответ на пусковые воздействия стрессоров» [53, с. 20]. Представления об уязвимости и стрессе активно дискутируются и в других областях медицины, тем самым подчеркивается универсальность данного подхода к рассмотрению механизмов возникновения и развития различного рода заболеваний.

По современным представлениям, стрессовые механизмы лежат в основе провокации большинства заболеваний [29, 30 и др.]. При этом время появления болезни не распределено равномерно, а скапливается вокруг определенных событий, когда они воспринимаются как угрожающие,

чрезмерно напрягающие, непосильные или вызывающие конфликты [27]. Различные жизненные ситуации, с которыми сталкивается на своем пути человек, вызывают адаптационную активность, стимулируя физические и психические ресурсы организма. Исследования хронического стресса показали, что в основном не физиологический, а именно «*психический уровень адаптации являются наиболее чутким индикатором*» стресса. В качестве эмоционально-стрессового квалифицируется состояние организма, возникающее в результате восприятия ситуации как неприемлемой, негативной, отвергаемой при одновременной невозможности ее избегания. Физиологические проявления при разных типах стресса однотипны, набор же психологических (эмоциональных, поведенческих) проявлений при психологическом стрессе значительно более разнообразен. Так, Т.Н. Holmes и R.H. Rahe (1967) ввели в литературу понятие «критическое восприятие жизненных переживаний» [72]. По мнению авторов, стрессовое событие начинается с восприятия какого-либо внутреннего (например, мысль) или внешнего (например, упрек) события. Речь идет о макрострессоре или сильном, недлительном раздражителе, который нарушает равновесие и характеризуется сильным эмоциональным участием. Это событие может быть как положительным (рождение ребенка, награда и т.п.), так и отрицательным (смерть, потеря и пр.). Авторы считают, что чем больше в жизни человека событий, требующих больших затрат сил для реадaptации, тем больше вероятность риска возникновения различных заболеваний. При недостаточном развитии конструктивных форм приспособительного поведения увеличивается патогенность жизненных событий, и эти события могут становиться «пусковыми механизмами» в процессе возникновения психических и психосоматических расстройств. Исследование Т.Н. Holmes и R.H. Rahe (1967) показало, что в 79% среди испытуемых, у которых число критических жизненных событий достигало очень высокого уровня (по опроснику «Жизненных событий» Holmes Т.Н., Rahe R.H., 1967), через два года возникали серьезные проблемы со здоровьем [72].

В соответствии с концепцией психической адаптации человека [14, 29] ее конечная цель – оптимальный уровень приспособления индивида к реальным условиям жизнедеятельности с сохранением здоровья в его субъективной ценности. Одним из критериев прогностической успешности адаптации является соответствие адаптационного потенциала личности требованиям динамично меняющихся условий среды. Адаптацию нельзя считать эффективной, по мнению Ф.Б. Березина, если чрезмерное напряжение адаптационных механизмов приводит к нарушению нормального функцио-

нирования организма, к нарушению физического (или психического) здоровья [14].

Адаптированность личности среди прочих условий тесно связана с устойчивостью к фрустрирующим ситуациям, способностью к преодолению стрессогенных воздействий на основе личностных ресурсов и социального опыта, а также способностью интериоризировать опыт других и социальную поддержку. Копинг-поведение – это динамическая характеристика, которая в совокупности с внутренними индивидуально-личностными ресурсами отражает адаптационный потенциал личности [23]. По мнению М. Перре и В.А. Абабкова (2004), в условиях обычного ежедневного функционирования личность прибегает к самым разнообразным стратегиям и тактикам поведения, целью которого является достижение баланса между требованиями среды и внутренними потребностями и смыслами самой личности [36]. Это по существу и есть гармоничная адаптация, отражение психологического здоровья личности – соответствие функционирования в социальной среде внутренним потребностям и жизненному замыслу личности; соответствие требований среды ее психологическим возможностям и ресурсам.

При достаточной эффективности адаптационного процесса достигается психический гомеостаз, обеспечивающий ощущение психического комфорта и реализацию целесообразного поведения. Однако этот эффект психической адаптации, по мнению некоторых авторов, недостаточен для суждения о качестве адаптационного процесса. Расширяя адаптационные возможности, стресс, особенно длительно существующий, может привести к постепенному истощению адаптационных и компенсаторных механизмов личности, нарушению психической адаптации. Очевидно, что эффективность психической адаптации нельзя рассматривать независимо от того, какие физиологические сдвиги влечет за собой напряженность ее механизмов. Ф.Б. Березин в данном случае обращает внимание на *физиологическую цену успешности*. Напряженность адаптационных механизмов в динамично меняющихся условиях имеет двоякое значение. С одной стороны, она представляет собой ЦЕНУ, которую организм платит за эффективное функционирование, за поддержание оптимальных форм адаптации. С другой стороны, состояние эмоционального напряжения может повышать риск возникновения патологических сдвигов, клинически выраженных нарушений адаптации и соответственно увеличивать группу риска, для которой рассматриваемое напряжение (в силу генетически или онтогенетически обусловленной предрасположенности) представляет собой *форму донезологических нарушений* [14, с.163].

На начальных этапах нарушения психической адаптации имеют субклинические характеристики и занимают промежуточное место между практическим здоровьем и конкретной, нозологически оформившейся нервно-психической или психосоматической патологией и рассматриваются рядом авторов как *предболезнь* [5, 40, 53]. Предболезнь при этом квалифицируется как состояние, при котором вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося воздействия патогенного фактора и нарушениях адаптационно-компенсаторных механизмов [15].

Как известно, под *дезадаптацией* понимают снижение адаптационных возможностей человека в условиях среды жизнедеятельности или в определенных стрессогенных ситуациях. Деадаптация наступает также в результате длительно действующих раздражителей, превосходящих пороги приспособительных возможностей (адаптационного ресурса) организма.

Ю.А. Александровский (1976, 1993, 2000) вводит понятие «барьер психической адаптации», указывая, что *адаптационный барьер* – это условная граница параметров внешней среды, в том числе и социальной, за которыми адекватная адаптация невозможна. Барьер психической адаптации объединяет все потенциальные возможности осуществления человеком адекватной и целенаправленной психической деятельности. Характеристики адаптационного барьера строго индивидуальны и, по мнению Александровского, зависят как от биологических факторов среды и конституционального типа человека, так и от социальных факторов и индивидуально-психологических особенностей личности, определяющих ее адаптационные возможности. Его уровень постоянно колеблется и в экстремальных условиях приближается к индивидуальной критической величине, когда человек использует все резервные психические возможности. Прорыв адаптационного барьера может происходить на разных уровнях личностной организации: биологическом (вегето-висцеральном), психологическом (эмоциональном, мотивационном) или социальном. Как известно, в условиях напряженности физиологические показатели приобретают большую зависимость от психологических особенностей личности. К таким личностным образованиям относятся самооценка личности, система ценностей и др. Особо подчеркивается при этом, что эмоции выступают главным компонентом в системе регуляции процесса адаптации [6].

Таким образом, стресс – это состояние напряжения, возникающее при несоответствии приспособительных возможностей величине действующей на человека нагрузки, вызывающее активизацию и перестройку адаптивных ресурсов психики и организма. Стресс опосредуется или регулируется сложной многоуровневой структурно-функциональной системой, на каждом

из уровней которой регулирование осуществляется либо психологическими либо физиологическими механизмами.

В последнее время внимание исследователей привлечено к изучению особенностей психологической адаптации личности в условиях социальных и экономических перемен, в экстремальных ситуациях, сопровождающихся витальной угрозой [37]. Наряду с этим, растет количество работ, посвященных изучению психологической адаптации личности в условиях хронического соматического заболевания, что во многом связано с признанием роли психологических факторов в возникновении, течении и лечении разнообразных соматических расстройств [12, 49].

### **1.3. Совладающее со стрессом и защитное поведение: теоретические предпосылки и современные концепции**

#### **1.3.1. Концепция копинга: определение, функция и виды**

Логическим продолжением изучения стресса явились исследования, посвященные изучению процессов, направленных на преодоление стрессовых состояний – так называемого копинг-поведения (от англ. coping – совладание, преодоление).

В настоящее время выделяют несколько подходов к толкованию понятия «coping». Первый, наиболее ранний подход, развиваемый в работах представителя психоаналитического направления Н. Наан (1965, 1974), трактует его в терминах динамики «Эго» как один из *способов психологической защиты*, используемой для ослабления психического напряжения. Второй подход определяет coping в терминах *черт личности* (диспозиционные концепции копинга) – как относительно постоянную предрасположенность индивидуума, устойчивый стиль реагирования на стрессовые события определенным образом [70, 71]. Авторы утверждают, что выбор определенных копинг-стратегий на протяжении всей жизни является достаточно стабильной характеристикой, мало зависящей от типа стрессора. Однако поскольку стабильность рассматриваемых способов очень редко подтверждается эмпирическими данными, это понимание также не обрело большой поддержки среди исследователей. И, наконец, согласно третьему подходу, разработанному R. Lazarus и S. Folkman (1984, 1987), coping понимается как *динамический процесс* и рассматривается как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса (транзакционный подход, или ситуационный) [76, 77].



Начиная с 1960-х годов термин «совладание со стрессом», или «копинг», первоначально использовали для описания некоторых механизмов психологической защиты. Отличительной особенностью данного подхода является рассмотрение преодоления (совладания) с позиций жизненной истории и развития личности и соотнесение его со способом, которым личность управляет своими эмоциональными состояниями при возникновении психического дискомфорта. Именно бессознательные выученные механизмы защиты отвечают за регуляцию эмоционального состояния и направлены на сохранение психического гомеостаза и целостности личности от повреждающего влияния внешних воздействий. У многих психоаналитически ориентированных исследователей понимание защиты приближается к пониманию преодоления как стиля защиты [87, 88]. G.Vaillant относит «зрелые» механизмы защиты, такие как альтруизм, супрессия, антиципация и юмор, к зрелому адаптивному стилю, проявляющемуся в удовлетворительном разрешении конфликтов. Автор указывает на то, что с годами зрелые механизмы защиты используются все чаще, тем самым подтверждая произвольный характер и сознательный выбор стратегий реагирования на стресс [87]. Примечательно, что указанные автором зрелые защиты по своему содержанию сходны с описанием стратегий поведения, которые квалифицируются Лазарусом как копинговые ответы.

Постепенно литература по данной проблематике стала представлять самостоятельную, уже более или менее четко очерченную область исследований. Термин «coping» впервые был использован в 1962 г. L. Murphy. Исследуя поведение детей дошкольного возраста по преодолению требований, выдвигаемых кризисами развития, автор выделил врожденные и приобретенные (дифференцированные) формы поведения индивида в процессе приспособления к стрессовой ситуации. Согласно определению L. Murphy (1974), термин «копинг» означает «некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной» [78]. Термин «копинг» при этом понимается как стремление индивида решить определенную проблему, которое, с одной стороны, является врожденной манерой поведения (рефлекс, инстинкт), а с другой – приобретенной, дифференцированной формой поведения (владение собой, сдержанность, склонность к чему-либо). Фактически L. Murphy уже на начальном этапе изучения копинга обратил внимание на его связь с индивидуально-типологическими особенностями личности и предыдущим опытом преодоления стрессовых ситуаций, а также выделил две составляющие копинг-механизма – когнитивную и поведенческую.

Основные положения концепции копинг-процессов были разработаны R.S. Lazarus в книге «Psychological Stress and the Coping Process» (1966). С выходом в свет этой книги началась постепенная смена модели стресса, разработанной H. Selye (1956), в сторону рассмотрения копинга в качестве центрального звена стресса, а именно – как стабилизирующего фактора, который может помочь личности поддерживать психосоциальную адаптацию в период воздействия стресса. R.S. Lazarus (1966) определяет копинг как «стремление к решению проблем, которое предпринимает индивид, если требования имеют огромное значение для его хорошего самочувствия (как в ситуации, связанной с большой опасностью, так и в ситуации, направленной на большой успех), поскольку эти требования активируют адаптивные возможности» [75]. Таким образом, «копинг», или «преодоление стресса», рассматривается как деятельность личности по поддержанию или сохранению баланса между требованиями среды и ресурсами, удовлетворяющими этим требованиям [62].

Сторонники диспозиционного подхода, в свою очередь, сосредоточивали внимание на устойчивых индивидуальных особенностях преодоления стресса. Диспозиционные концепции копинга происходят (как и большинство существующих теорий личности) из психоаналитического направления. Так, стиль психологической защиты со всей очевидностью можно отнести к устойчивому личностному образованию. Ключевой для этого подхода вопрос состоит в том, чтобы выявить степень эффективности определенных диспозиционных тенденций личности, обозначаемых как стили совладания (coping styles), в отношении того, насколько успешно они обеспечивают психологическое благополучие. Доминирующей дихотомией является различие между такими стилями преодоления стресса, как избегание (avoidance) и приближение (approach) к источникам стресса. Существует несколько различных точек зрения относительно данной дихотомии. Рассмотрим два наиболее популярных подхода. Первая концепция оперирует понятиями «подавляющий» и «сенситизирующий» стили преодоления стресса. Подавляющий стиль преодоления как индивидуальная различительная характеристика был выделен Бирном (Burne, 1961, 1964; цит. по: Ф.Джонс, 2003) [20]. Понятие подавляющего стиля совладания отчетливо связано с фрейдовским понятием вытеснения (repression), одним из ключевых элементов теории З.Фрейда. Фрейд полагал, что вытеснение является защитным механизмом, суть которого – в вытеснении индивидом неприятных воспоминаний в область бессознательного таким образом, что они становятся недоступными осознанному воспоминанию и могут найти выражение лишь косвенным способом через определенные симптомы или чер-

ты характера. Представители подавляющего стиля – это люди, для которых характерен избегающий путь совладания со стрессом, они, как правило, предпочитают подавлять в себе негативные переживания. Различия между представителями данного типа – «репрессорами» (repressors) и теми, кто предпочитает иной стиль – «сенситизерами» (sensitizers), также выделены Бирном (1961). Согласно автору, лица, которых можно отнести к подавляющему стилю, реагируют на вызывающие тревогу стимулы и их последствия избегающим поведением (включая вытеснение, отрицание и рационализацию). Представители сенситизирующего стиля пытаются редуцировать тревогу, приближаясь к вызывающим ее источникам или стремясь контролировать угрожающие события (например, посредством интеллектуализации, obsессивных действий или навязчивой обеспокоенности). Однако термин «сенситизирующий стиль» в последнее время не используется в современной психологической литературе, описывающей данный подход к преодолению стресса [20].

Лица подавляющего стиля совладания со стрессом обнаруживали весьма слабую связь между собственными оценками своих реакций на стресс и физиологическими показателями. По мнению исследователей Asendorf и Scherer (1983), Newton et al. (1992), Myers и Vetere (1997), подавляющий стиль совладания со стрессом обуславливает неспособность индивида выразить свои физиологические реакции в самоотчетах (цит. по: Гурвич И.Н., 1999) [18]. В стрессовой ситуации (например, выступление перед аудиторией) у лиц подавляющего стиля наблюдались повышенные уровни физиологической активности (в частности, большее увеличение частоты сердцебиения и большая тревожность по признакам лицевой экспрессии в сравнении с менее тревожными людьми), но при этом не наблюдалось повышенной интенсивности негативных эмоций, а их самоотчеты отражали низкий уровень тревоги. У людей с высоким уровнем тревожности была выявлена противоположная тенденция – возникали интенсивные негативные эмоции, но не наблюдалось повышения физиологической активности. Авторы считают, что решающую роль в различии стратегий совладания со стрессом между этими группами может играть различие Я-концепций. Предполагается, что для лиц подавляющего стиля характерна «стоическая» Я-концепция, а лица с высоким уровнем тревожности (сенситизеры) обладают «эмоциональной» Я-концепцией [18].

Другая концепция в рамках диспозиционного подхода к изучению coping, на первый взгляд, представляется схожей с предыдущей теорией. В ней также выделяются два стиля преодоления стресса – «мониторинговый» и «блантерный». Различение мониторингового (отслеживающего) и

блантерного (притупляющего, урезающего) стилей совладания со стрессом отличается от подавляющего и сенситизирующего стилей тем, что ее авторы концентрируются в большей степени на процессах переработки информации в условиях тех или иных угрожающих ситуаций (Miller, Mangan, 1983). «Monitors» чутко реагируют на любую негативную информацию, склонны к ее поиску, выискивают (отслеживают) связанную с угрозой информацию (Miller S.M., 1987). Блантерный стиль личности («blunters» – в переводе с англ. подавляющий, притупляющий), наоборот, характеризуется уклонением от восприятия, игнорированием негативной информации. Классификация на представителей мониторингового и блантерного стилей проводится на основании того, каким образом они реагируют на стимулы, сигнализирующие угрозу: первые выискивают связанную с угрозой информацию, в то время как вторые стараются избегать такой информации (цит. по: Абабков В.А., Перре М., 2004) [3]. Было обнаружено, что у представителей блантерного стиля уровень тревоги и возбуждения был ниже в условиях меньшей информированности, а у лиц мониторингового стиля, наоборот, при условии высокого уровня их информированности. Учет данных стилей реагирования и поведения в условиях стресса особенно важен при исследовании влияния медицинского информирования пациентов о своем заболевании на построение комплаенса и эффективность лечения. Так, исследования О.С. Ахмедовой (2008) больных с хронической обструктивной болезнью легких показали, что у одних пациентов общая осведомленность о болезни в большей степени вызвала тревогу, чем полное отсутствие информации о болезни, отмечалась более тревожная оценка перспективы и озабоченность будущим, чем у пациентов, не имеющих никакой осведомленности о ХОБЛ. Другие пациенты, имевшие полное и четкое представление о болезни (знания основных симптомов, особенностей течения и прогноза), спокойнее реагировали на постановку диагноза, чем больные, не имеющие четкого представления [12].

Исследования показывают, что указанные стили совладания со стрессом, по-видимому, имеют важные последствия для здоровья. Лица с высоким уровнем блантерности, в отличие от людей с высоким уровнем мониторинга, недостаточно реагируют на ранние признаки заболевания и ждут последующих, более выраженных проявлений психологических и физических нарушений, прежде чем обращаются за медицинской помощью. Лица с высоким уровнем мониторинга и низким уровнем блантерности склонны к разного рода обследованиям и самопроверкам, что способствует предотвращению более серьезных проблем со здоровьем в будущем [20].

По мнению сторонников диспозиционного подхода, стиль совладания относительно стабилен во времени и тесно связан с чертами личности. Такие хорошо известные личностные факторы, как оптимизм, поведенческий тип А, локус контроля и пр., могут оказывать влияние на предпочтение и выбор определенных способов преодоления стресса. Более того, некоторые авторы рассматривают тип А собственно как стиль совладания личности [18, 84]. Таким образом, в рамках данного подхода утверждается тезис о том, что «совладание – это личность, действующая в условиях стресса» (цит. по: Гурвич И.Н., 1999) [18], подчеркивается тесная взаимосвязь личности и совладания со стрессом.

Однако, по мнению критиков диспозиционной концепции, личностные переменные служат слабыми предикторами специфической копинговой активности. Хотя индивид может иметь привычные предпочтения в копинге, экстремальные ситуации обычно реализуют лишь узкий круг возможных копинговых ответов. Чаще всего это стереотипные, биологически выученные формы поведения [3]. Большинство исследователей все же проводят различие между традиционными личностными переменными и стилями совладания со стрессом. Несмотря на это, в последние годы широкое распространение получили исследования, посвященные изучению взаимосвязей между ними [12, 22, 41, 49, 51, 52, 60, 80].

Некоторые личностные характеристики (например, нейротизм, локус контроля и оптимизм) привлекали значительно больше внимания в исследованиях совладания со стрессом по сравнению с другими особенностями личности, такими как экстраверсия, открытость, добросовестность и готовность к сотрудничеству – переменными, которые вместе с нейротизмом образуют «Большую пятерку» («Big5», 1994). Было установлено, что нейротизм ассоциируется с дезадаптивным стилем совладания со стрессом, поскольку лица с высокими показателями нейротизма отличались неадаптивными способами реагирования на стрессоры, включающими самообвинения, принятие желаемого за действительное и пребывание в пассивном состоянии. Экстраверсия была связана с таким способом совладания со стрессом, как отреагирование (стремление выговориться, поделиться с кем-то своими неприятностями) [20].

Исследования Н.А. Сирота и В.М. Ялтонского (1994), посвященные изучению совладающего со стрессом поведения в подростковом возрасте, показали выраженную взаимосвязь между характеристиками Я-концепции и копинг-стратегиями [41, 42]. Так, преимущественное использование копинга избегания оказывает влияние на формирование негативной Я-концепции, а низкий уровень самооценки предопределяет выбор пассивных

стратегий преодоления стресса. Таким образом, отечественные ученые также утверждают, что Я-концепция личности существенным образом влияет на стиль (адаптивное либо дезадаптивное функционирование) копинг-процесса в целом.

Одним из основоположников третьего, ситуационного подхода является R. Lazarus (Лазарус). Его **транзакционная теория** рассматривает совладание как процесс и при этом акцентирует его специфичность в отношении конкретных ситуаций. Личностные характеристики лишь определяют *восприятие* требований ситуации как стрессогенных.

*Совладание со стрессом – это динамический процесс, посредством которого индивид в одних случаях, главным образом, использует одну форму совладания, скажем защитные стратегии, а в других – прибегает к стратегиям решения проблемы путем изменения отношения «личность – окружающая среда»* [75, с. 142].

Не отрицая того, что диспозиционные факторы играют определенную роль в преодолении стресса, Р. Лазарус и С. Фолкман рассматривают совладание как *постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия, направленные на управление специфическими внешними и/или внутренними требованиями, которые оцениваются с точки зрения соответствия ресурсам индивида* [там же, с.141].

При столкновении со стрессовым событием происходит «развивающийся, динамический процесс когнитивной оценки, переоценки, совладания и эмоциональной переработки» (там же, с.143). Это подчеркивание процессуального характера копинга, однако, не означает, что на паттерн когнитивной оценки и совладания, усвоенный индивидом, не могут влиять диспозиционные факторы, но Лазарус и Фолкман полагают, что диспозиционные типологии, обсуждавшиеся выше, «грубо упрощают сложные паттерны совладания».

Таким образом, в теории копинга Р. Лазаруса, копинг выступает как *динамический процесс*, который определяется субъективностью переживания ситуации и многими другими факторами. Психологическое преодоление определяется как когнитивные и поведенческие усилия личности, направленные на снижение влияния стресса. В рамках его модели психологическая адаптация обеспечивается посредством *личностно-средового взаимодействия*, в процессе которого проявляются индивидуальные тенденции, актуализирующиеся в стрессовых ситуациях на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях организации личности (копинг-поведение).

По мнению R.S. Lazarus и S. Folkman, взаимодействие среды и личности регулируется двумя ключевыми процессами: *когнитивной оценкой* и *копингом*. Понятие когнитивной оценки является центральным для подхода Лазаруса к преодолению стресса. Многие, по мнению авторов, зависят от когнитивной интерпретации стрессора. Авторы выделяют следующие стадии когнитивной оценки: первичная и вторичная. Первичная оценка стрессорного воздействия (*primary appraisal*) заключается в вопросе – «что это значит для меня лично?». Стресс воспринимается и оценивается в таких субъективных параметрах, как масштаб угрозы или повреждения, которые приписываются событию, или оценка масштабов его влияния. За восприятием и оценкой стрессора следуют нагрузочные эмоции (злость, страх, подавленность, надежда большей или меньшей интенсивности). Вторичная когнитивная оценка (*secondary appraisal*) – это оценка собственных ресурсов и возможностей решить проблему, выражается в постановке следующего вопроса: «что я могу сделать?». Далее включаются более сложные процессы регуляции поведения: цели, ценности и нравственные установки. В результате личность сознательно выбирает и инициирует действия по преодолению стрессового события [2, 80]. Стадии оценки могут происходить независимо и синхронно. Lazarus полагает, что **характер оценки является важным фактором, детерминирующим тип совладания со стрессором и процесс совладания.**

Сходные взгляды высказывают и другие авторы (Rahe, Arthur, 1978: цит. по Wiedl K.H., 1991), в рамках которых излагается точка зрения о том, что индивидуальная когнитивная оценка определяет *количество стресса*, генерированного событием или ситуацией. Первый шаг в процессе когнитивной оценки представлен «поляризующим фильтром», который может усилить или ослабить значимость события. Одни и те же события жизни могут иметь различную стрессовую нагрузку в зависимости от их субъективной оценки [89]. Замечание о том, что качество и интенсивность эмоциональной реакции на событие определяется когнитивной оценкой и может изменяться в результате переоценки, было высказано ранее также R.S. Lazarus (1966). После когнитивной оценки ситуации индивид приступает к разработке механизмов преодоления стресса, т. е. собственно к копингу. В случае неуспешного копинга стрессор сохраняется и возникает необходимость дальнейших попыток совладания. Структуру копинг-процесса можно представить следующим образом: восприятие стресса – когнитивная оценка – возникновение эмоций – выработка стратегий преодоления – оценка результата действий (рис. 1).



Рис. 1. Структура копинг-процесса

Таким образом, стресс начинается сразу после восприятия и когнитивной оценки стрессового события; в зависимости от того, как оно будет расценено индивидом (положительно/отрицательно, угроза/потеря) практически одновременно возникают соответствующие эмоции; индивид оценивает свои возможности по преодолению стресса (можно изменить/повлиять на событие или нельзя) и в соответствии со своими представлениями, знаниями и предпочтениями осуществляет собственно копинг (действия, направленные на избегание/устранение источника стресса или приспособление к ситуации). После этого вновь происходит оценка ситуации и результата выбранного поведения. Успешное совладание рассматривается как успешная адаптация. Если поведение не принесло удовлетворяющего результата, то индивид предпринимает новые попытки.

В своей теории R.S. Lazarus исходит в большей степени из субъективного восприятия и переживания стресса и уделяет особенное внимание когнитивным процессам и когнитивной оценке. При этом он не рассматривает стрессоры и способы совладания с ними с точки зрения объективных

ситуаций и, в частности, объективно неконтролируемых ситуаций, на которые невозможно влиять по объективным причинам. Напротив, М. Perrez и М. Reicherts (1992) справедливо считают, что в зависимости от объективных возможностей по изменению ситуации строится и поведение человека. Если на стрессор объективно возможно влиять, то попытка индивида повлиять на него будет адекватной копинговой реакцией. Если по объективным причинам индивид не может повлиять и изменить ситуацию, то адекватным функциональным способом совладания является избегание. Если человек объективно не может ни избежать ситуации, ни повлиять на нее, то функционально адекватной копинговой реакцией является когнитивная переоценка ситуации, придача ей другого смысла [80]. Адекватный копинг предполагает адекватное восприятие особенностей ситуации. Неадекватная оценка ситуации приводит к неадекватным эмоциям, которые в свою очередь нарушают адаптивные реакции организма (Kaiser S., Scherer K.R., 1998: цит. по Абабков В.А., 2004) [2]. По мнению авторов, успешная адаптация возможна тогда, когда субъект в состоянии объективно и в полном объеме воспринимать стрессор.

Вполне вероятно, что *привычный характер* оценок будет влиять на тип используемой стратегии совладания и предпочитаемые эмоциональные реакции. Благодаря первичной оценке организм постоянно настороже: не происходят ли какие-либо изменения, к которым надо адаптироваться, чтобы сохранить благополучие. Стрессовые эмоции направлены мобилизуют человека для определенных адаптивных реакций (копинг), изменяя его «action readiness» (готовность к действию) [3]. Результаты, возникающие вследствие адаптивных реакций, подвергаются новой оценке (*reappraisal*), а затем в зависимости от результата могут последовать дальнейшие действия по совладанию.

М. Перре в свои исследования отмечал, что более эффективно преодолевают стресс, обнаруживая при этом более высокие показатели душевного здоровья, те люди, которые чаще руководствуются правилами поведения, соответствующими объективным признакам и особенностям ситуации – *контролируемость, изменяемость, негативная значимость события* (терминология Perrez и Reicherts) [80]. Оказалось также, что лица, склонные к депрессии, например, не способны активно влиять даже на поддающиеся влиянию, управляемые стрессоры. Депрессивные больные недооценивают контролируемость и преобразуемость стрессоров и потому более пассивны в совладающем поведении [3]. Одним из факторов, определяющих полезность различных стратегий, является то, в состоянии ли человек контролировать ситуацию или нет.

Наиболее широкую известность в психологической литературе приобрела феноменологическая классификация копинговых ответов, предложенная R.S. Lazarus и S. Folkman. Первоначально они подразделяли все многообразие копинг-стратегий, которые использует индивидум, на две категории: действия (усилия), направленные на себя, и действия (усилия), направленные на окружающую среду.

Группа **стратегий, направленных на себя**, состоит в большей степени из когнитивных и интрапсихических способов совладания:

1. *Поиск информации*: сосредоточение внимания, визуализирование (представление и воображение), запоминание и т.д. В соответствии с характером стрессовой ситуации поиск информации может быть направлен на изучение всех характеристик события или на состояние человека, его возможностей для действия по воссозданию благополучия.

2. *Подавление информации*: наоборот, отвлечение внимания, постепенное «исчезание» информации, поиск отвлекающих мыслей и занятий.

3. *Переоценка*: изменение или замена оценок, сравнение с другими, нахождение нового представления (значения) относительно происходящих событий.

4. *Смягчение*: смягчающие способы поведения, нацеленные на сглаживание эмоций, через когнитивные усилия (например, самоуспокаивание или «self-instructions») или инструментальные (поведенческие) действия (эмоциональная разрядка при помощи курения, употребления наркотика, психотропных веществ, а также еды или алкоголя).

5. *Самообвинение*: «внутрикарательное» когнитивное поведение, т.е. внутренняя активность, направленная на самообвинение, самокритику или жалость к себе. Самонаказание может происходить более или менее выражено, например, от легкой степени – принятие ответственности, и достигать большей степени выраженности – аутоагрессивных фантазий.

6. *Обвинение других* или экстрапунитивные (extrapunitive) реакции: агрессивное обвинение других людей или обстоятельств, проявление гнева.

Вторая группа стратегий представляет собой инструментальные попытки совладания, **направленные на окружающую среду**:

1. Стратегии совладания в условиях, создающих *угрозу* психологическому благополучию личности и *неоднозначных ситуациях*:

- *Активное, инструментальное воздействие* на стрессор: попытки влиять или противостоять влиянию другого человека; в неоднозначных ситуациях – активное расследование (изучение) источника стресса (подвергая сомнению или обращаясь за разъяснениями и т.д.).

- *Уклончивое поведение*: уход или удаление от источника стресса.
- *Пассивное поведение*: колебание, ожидание или отставка (отказ от действий).

2. Стратегии совладания в ситуациях *потери* (например, потери отношений) или *неудачи*:

- *Действия, направленные на предотвращение* надвигающейся потери или отказа (неудачи).
- *Действия, направленные на переориентацию* со значимых объектов, поиск источников эквивалентной замены (заместителя).
- *Пассивное поведение*: ожидание, колебание или отставка.

Позднее, R.S. Lazarus и S. Folkman (1987) классифицируют стратегии совладания уже в соответствии с выделенными ими двумя **основными функциями копинга**: 1) копинг, «сфокусированный на проблеме», направлен на устранение стрессовой связи между личностью и средой (problem focused); 2) копинг, «сфокусированный на эмоциях», направлен на управление эмоциональным стрессом (emotion focused). Необходимость учета обеих функций авторы обосновывают наличием *эмоционального, когнитивного и поведенческого компонентов* переживания стресса, которые образуют разнообразные комбинации [77].

При этом S. Folkman выделяет *активное* и *пассивное* копинг-поведение. Поведение, направленное на устранение или избегание угрозы (борьба или отступление), предназначенное для изменения стрессовой связи с физической или социальной средой, автор называет активным копинг-поведением. Интрапсихические формы преодоления стресса относятся, по определению S. Folkman, к защитным механизмам, предназначенным для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация, и рассматриваются как пассивное копинг-поведение. Иными словами, активная форма копинг-поведения, или активное преодоление, представляет собой целенаправленное устранение или изменение влияния стрессовой ситуации, ослабление стрессовой связи личности с окружающей средой. Пассивное копинг-поведение определяется как интрапсихические способы преодоления стресса с использованием различных механизмов психологической защиты, которые направлены не на изменение стрессовой ситуации, а на редукцию эмоционального напряжения [64].

S. Folkman и R.S. Lazarus определили 8 видов ситуативно-специфических копинг-стратегий: планомерное разрешение проблем, позитивная переоценка, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, конфронтация, самоконтроль, дистанцирование, избегание. Они разработали специальный опросник измерения способов совладающего поведения

(Ways of Coping Questionnaire, WCQ, 1988), ответы испытуемых позволили выделить восемь типов совладания со стрессом (они были получены на основе факторного анализа). Анализ содержания вопросов опросника Р. Лазаруса позволил нам составить (в соответствии с названием предложенных авторами шкал) и описать основные характеристики указанных копинг-стратегий, проявляющиеся в поведенческой, эмоциональной и когнитивной сферах.

### **1. Конфронтация.**

В поведении – усиление активности, часто импульсивной, непоследовательной и хаотичной с целью попытаться хоть как-то повлиять на ситуацию.

В эмоциях – эмоциональное возбуждение, преобладают стенические эмоции (агрессивность, злость и досада), настойчивость, чрезмерная прямолинейность и отсутствие гибкости.

В когнитивной сфере – отсутствие плана действий, дезорганизация мыслительной деятельности, аффективная захваченность ситуацией.

*Во внешнем поведении этот тип реагирования на стресс будет проявляться в желании «лезть в бутылку», «нарываться на конфликт», ссориться с кем-то, возмущаться и громко разбираться с окружающими, отстаивать свою позицию, спорить с целью «добиться справедливости» и поддержать свою самооценку.*

### **2. Дистанцирование (когнитивная стратегия преодоления стресса).**

В поведении – сохранение привычного поведения, основанного на стереотипах и автоматизмах, переключение внимания на другие, более актуальные виды деятельности.

В эмоциях – сохранение эмоционального равновесия, сознательные усилия по подавлению неприятных переживаний, стремление к эмоциональному отстранению от ситуации.

В когнитивной сфере – мысленное отстранение, выбрасывание негативных, пессимистических («дурных») мыслей из головы, отказ размышлять и глубоко задумываться о случившемся («ну, случилось и случилось», «сегодня не мой день») с тенденцией смягчения удара или поиск каких-то положительных сторон в случившемся. В отличие от механизмов психологической защиты «отрицание» и «рационализация», данные когнитивные усилия являются сознательными стратегиями снижения внутреннего напряжения, но нельзя исключить и того, что они тесно связаны с указанными бессознательными механизмами преодоления стресса (или формируются на их основе).

Во внешнем рисунке поведения это проявляется в жизненном принципе *Скарлетт О'Хара* (героини романа М. Митчелл «Унесенные ветром»): «об этом я подумаю завтра». Зачастую это сопровождается временной активной переменной деятельности – уехать на дачу, в отпуск, отключив телефон, либо погружение в любимые дела – компьютерные игры, тренировка в спортзале, шоппинг и пр.

### **3. Самоконтроль.**

В поведении – повышение контроля за действиями, высказываниями, проявление сдержанности в своих спонтанных проявлениях.

В эмоциях – подавление эмоций, сознательные усилия по сохранению самообладания, уверенности и оптимизма.

В когнитивной сфере – активация мыслительной деятельности, повышение внимания к поступающей информации, повышение внимательности и осторожности, продумывание своих слов и действий, настороженность (бдительность) к внешним сигналам.

Во внешнем поведении данный тип реагирования на стресс может проявляться в стремлении сохранять четкость и последовательность действий, к сохранению контроля над ситуацией и удержанию внимания на целях деятельности на фоне повышенного эмоционального напряжения (пример: выполнение опасного задания, ведение переговоров).

### **4. Поиск социальной поддержки.**

В поведении – активное взаимодействие, общение с другими людьми.

В эмоциях – эмоциональная включенность в ситуацию, сосредоточенность на ней (захваченность), обеспокоенность или угнетенность, острая потребность в защите и безопасности, сочувствии, принятии.

В когнитивной сфере – активный сбор информации с целью преодоления неопределенности, восприятие чужого опыта, постоянное проговаривание ситуации с другими с целью ослабить эмоциональное напряжение.

Примерами такого типа реагирования могут являться долгие разговоры и посиделки с родственниками и друзьями (обращение к так называемому институту подруг), письма в газету или журнал, популярное сегодня общение «в режиме он-лайн» в Интернете.

### **5. Принятие (признание) ответственности.**

В поведении – неуверенные и непоследовательные действия, «впадение» в состояние беспомощности, переход в безопасную зависимую позицию с извинениями, попытками вызвать снисхождение.

В эмоциях – чувство вины с депрессивным оттенком, иногда сопровождается отчаянием, подавленностью, угрызениями совести (по содержанию очень напоминает механизм защиты «регрессия»).

В когнитивной сфере – растерянность, отсутствие четкого плана, ориентация на внешнюю оценку, неустойчивость представлений о себе, самообвинения и бесконечные проигрышания в уме случившегося, в фокусе внимания – собственная некомпетентность и застревание на ошибках, а не план действий по выходу из ситуации.

Здесь следует отметить, что в русской ментальности это соотносится с традицией (правило, обычай), по которой своевременное покаяние – лучший способ загладить свою вину и избежать наказания. Справедливости ради следует также сказать, что данная стратегия не всегда является удачным способом выхода из трудной ситуации, тем более решения проблем. А как показали наши исследования, чрезмерное использование данной стратегии приводит к развитию чувства подавленности и зависимости с депрессивными переживаниями.

### **6. Бегство-избегание.**

В поведении – известные способы снятия напряжения с помощью алкоголя, сна и пр., когда происходит непосредственная разрядка эмоционального состояния без стремления осмыслить ситуацию, пассивность, отсутствие какой-либо деятельности по изменению ситуации, уход от активных действий.

В эмоциях – тревога и эмоциональное напряжение на фоне сохранения надежды на положительный исход.

В когнитивной сфере – мысленное избегание проблемы, отказ задумываться о своей роли в ней и попытках ее решения, фантазирование о более благоприятных вариантах развития ситуации.

Внешне это обычное поведение, но можно увидеть в поступках что-то неестественное, вынужденное и подсознательно скрываемое, хотя очевидное для других (наигранное веселье, чрезмерный азарт или, наоборот, неожиданная злость). Это может быть либо внезапная и не характерная для человека активность, с целью отвлечься (забыться), либо наоборот, неоправданная пассивность, либо замкнутость с плохо скрываемой раздражительностью. Все поведение отражает внутреннюю напряженность и плохое понимание своего состояния.

### **7. Планомерное решение проблем.**

В поведении – активное взаимодействие с внешней ситуацией, с информацией и людьми, сознательные попытки решения проблемы.

В эмоциях – сосредоточенность и уравновешенность, сохранение самообладания.

В когнитивной сфере – мысленные усилия по поиску способов решения проблемы, анализ ситуации, обращение к прошлому опыту.

## 8. Положительная переоценка (когнитивная стратегия).

В поведении – обычное.

В эмоциях – сохранение веры, надежды и оптимизма (по содержанию очень близко, на наш взгляд, к действию механизма защиты «гиперкомпенсация», может быть «сублимация»).

В когнитивной сфере – попытки анализа ситуации, поиск смысла случившегося с фокусированием на положительных аспектах; переосмысление себя, своих отношений и жизненных ценностей; сосредоточение внимания и направление мыслей на извлечение выводов, нахождение «пользы/выгоды» из сложившейся ситуации. Обращение к Богу с целью снижения тревоги и восстановления оптимизма (силы духа) и эмоционального равновесия.

S. Folkman с соавт. (1986), исследовав совладание со стрессом в разнообразных стрессовых ситуациях, показала, что в целом процессы совладания являются «скорее изменчивыми, чем стабильными» [65], но некоторые стратегии совладания обнаруживали относительную устойчивость вне зависимости от ситуаций. Например, выяснилось, что стратегия «позитивная переоценка» наиболее тесно связана с личностными факторами, в то время как сфокусированные на проблеме стратегии «конфронтация», «поиск социальной поддержки» и «планомерное решение проблемы» в наибольшей степени зависели от ситуации. Одним из значимых компонентов формирования адекватного, адаптивного совладания или активного копинг-поведения является стратегия «*планомерное разрешение проблем*». Данная поведенческая стратегия способствует появлению и дальнейшему рассмотрению широкого круга альтернативных вариантов решения проблемы. Некоторые исследователи считают, что активное разрешение проблем является когнитивно-поведенческим процессом, в результате которого формируется общая *социальная компетентность* личности. При формировании дезадаптивного поведения одной из ведущих является копинг-стратегия «*избегание*». Ее использование обусловлено недостаточностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов и навыков активного разрешения проблем. Однако, копинг-стратегия «избегание» может носить адекватный либо неадекватный характер в зависимости от конкретной стрессовой ситуации, возраста индивида и актуального состояния ресурсной системы личности [41]. Вместе с тем, при изучении взаимосвязей здоровья, критических жизненных событий, социальной поддержки и копинга, было обнаружено, что личности, остающиеся здоровыми при воздействии стресса, чаще использовали стратегию «*избегание*». При этом **семейное окружение действовало как фактор резистентности к стрессу** [18].

Возможно, речь шла об объективно неконтролируемых стрессовых ситуациях и жизненных событиях. Поэтому избегание было адекватным функциональным ответом личности, а обращение за поддержкой и, главное, наличие эмоциональной и др. видов помощи от ближайшего социального окружения являлось одним из важнейших копинг-ресурсов и путей преодоления стресса.

В своем исследовании Carver, Scheier и Weintraub (1989) подтвердили положение R. Lazarus о том, что люди чаще используют более активные способы преодоления стресса (планирование, подавление конкурирующих видов активности) именно в контролируемых ситуациях, чем в ситуациях, не поддающихся контролю и влиянию [61]. Надо отметить, что в предложенном списке просматриваются как ситуационные стратегии преодоления, так и относимые авторами к диспозиционным (личностным) чертам стили поведения.

В противоположность указанной выше позиции J.H. Amirkhan (1990) считал, что выбор индивидом тех или иных копинг-стратегий является достаточно стабильной характеристикой на протяжении всей жизни, мало зависящей от типа стрессора. Он обозначил их как базисные стратегии поведения человека и объединил в три группы: 1) решение проблемы (адаптивная); 2) поиск социальной поддержки (адаптивная); 3) избегание проблемы (неадаптивная) [56]. Несмотря на то, что эти фундаментальные стратегии не исчерпывают всех копинг-возможностей личности, автор подчеркивает, что они соответствуют основным человеческим реакциям на угрозу, характеризуя тем самым общие тенденции копинг-поведения. Отечественный исследователь Л.Н. Собчик (2000) также считает, что тип реагирования в стрессовых ситуациях представляет собой «продолжение ведущей индивидуально-личностной тенденции», базирующейся на типе высшей нервной деятельности, является врожденной, генетически обусловленной характеристикой [44]. Действительно, изучение копинг-поведения в качестве отдельного независимого параметра представляется несколько схоластическим, оторванным от реальности, поскольку большое влияние на успешность адаптации может оказывать не только то, какую копинг-стратегию выбирает личность, но и какая личность, с каким индивидуальным опытом и характерологическими чертами выбирает эти стратегии, а также и то, как она будет оценивать результат своих действий.

L. Pearlin и S. Schooler (1978) одними из первых провели ряд исследований, в которых была сделана попытка измерить копинг-поведение здоровых взрослых людей в стрессовых ситуациях. Используя метод интервью, они выделили три основных копинг-стиля, соответствующих основным



сферам психической деятельности: 1) поведенческие ответы, которые воздействуют на ситуацию; 2) ответы, изменяющие значение или оценку ситуации и 3) ответы, нацеленные на контроль негативных ощущений [79]. Было замечено, что большинство людей склонны применять различные стратегии, переходя от когнитивных стратегий к эмоционально-сфокусированным, и наоборот. При этом для успешного выхода из стрессовой ситуации необходимо пропорциональное представительство каждого из указанных видов копинга. S. Folkman и R. Lazarus (1985) продемонстрировали это в своем исследовании эмоций и совладания со стрессом у студентов, сдающих экзамены. Они проводили измерения перед экзаменом, между сдачей экзамена и получением оценки, и после ознакомления с экзаменационной оценкой. Авторы выяснили, что на каждом из этих этапов наблюдалось комбинированное использование сфокусированных на проблеме и сфокусированных на эмоциях стратегий совладания, но перед экзаменом и во время ожидания оценки доминировали разные формы комбинаций. Копинг, сфокусированный на проблеме, доминировал перед экзаменом, а сфокусированный на эмоциях – во время ожидания результатов, причем стратегия дистанцирования играла наиболее важную роль во время ожидания (цит. по Джонс Ф., 2003) [20]. Таким образом, какая из стратегий «хороша или плоха», зависит от ситуации и может изменяться по ходу развития ситуации.

В целом, большинство исследователей придерживаются **единой классификации способов совладания со стрессом**: 1) копинг-стратегии, воздействующие на ситуацию; 2) когнитивные стратегии, направленные на переоценку ситуации; 3) усилия, направленные на снятие эмоционального напряжения.

Таким образом, копинг-поведение – это стратегии действий, предпринимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному и социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее успешной адаптации. По нашему мнению, копинг-поведение – это, с одной стороны, индивидуальная устойчивая личностная структура (диспозиция), т.е. набор определенных, соответствующих индивидуально-личностным характеристикам и эмоционально-динамическим свойствам индивида вариантов (способов) поведения и реагирования в стрессовых ситуациях. С другой стороны, – это широкий спектр (репертуар) разнообразных стратегий преодоления стресса, которыми личность может манипулировать (использовать) в зависимости от внешних обстоятельств, условий деятельности и индивидуальных целей. Чем ак-

тивнее и разнообразнее будет выбор, тем выше ее адаптационный потенциал, и тем успешнее происходит психологическая адаптация личности.

При исследовании «coping», очевидно, имеет смысл фиксировать весь «веер» способов психологического преодоления, например, выстраивая coping-профиль для представителей различных социальных, профессиональных и возрастных групп. В настоящий момент становится все более актуальным совершенствование и разработка более точных методов измерения совладающего со стрессом поведения, а также к использованию разнообразных подходов в измерении, включая качественные методы. Так, например, с целью исключения влияния социальной желательности и предпочтительности в ответах респондентов (см.: «espoused theory» и «theory-in-use») при заполнении опросников, М. Перре с группой исследователей (1998) предложили использовать компьютерную систему самоотчетов, которые позволили выявлять непосредственно в момент развития стрессового эпизода реальные реакции на стресс, так называемые «горячие» эмоции [1].

В нашей стране на сегодняшний день наиболее известными и апробированными методиками для измерения копинг-поведения являются: Опросник Э. Хейма (Heim E., 1988) и «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана (Amirkhan J.H., 1990). Широкую популярность и распространение также получил опросник «Способы копинга» Р.Лазаруса (Lazarus R., Folkman S., 1988), который совсем недавно прошел адаптацию и стандартизацию в лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева под руководством проф. Л.И. Вассермана в соавторстве с Е.Р. Исаевой (2009) [31].

### **1.3.2. Копинг-механизмы и механизмы психологической защиты**

Термин «защита» впервые появился в работах З.Фрейда для обозначения «всех приемов, которые Я использует в конфликте и которые могут привести к неврозу». По первоначальным представлениям, психологические защиты являются врожденными и выступают как средство разрешения конфликта между сознанием и бессознательным. Цель защиты заключается, по словам Фрейда, в ослаблении интрапсихического конфликта (напряжения, беспокойства), обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризированными требованиями внешней среды, возникающими в результате социального взаимодействия [68, 69]. Неспособность личности разрешить «внутренний конфликт» вызывает рост внутреннего напряжения. В такие моменты акти-

визируются специальные психологические механизмы защиты, которые ограждают сознание индивидуума от неприятных, травмирующих переживаний. Впоследствии защитные механизмы стали рассматриваться как функции «Я» – при угрозе целостности личности именно защитные механизмы отвечают за ее интеграцию и приспособление к реальным обстоятельствам. По словам А. Фрейд (1993), в отдельные периоды жизни и в соответствии со своей собственной конкретной структурой индивидуальное Я выбирает то один, то другой способ защиты и может использовать его как в своем конфликте с инстинктами, так и в защите от высвобождения аффекта [67]. А. Фрейд расширила представления о защите, более того, она сделала попытку обобщить и систематизировать знания о механизмах психологической защиты. А.Фрейд указывала, что защитные механизмы предотвращают дезорганизацию и распад поведения, поддерживают психический гомеостаз личности. По ее мнению, **набор защитных механизмов индивидуален и характеризует уровень адаптированности личности.**

В современном представлении защитные механизмы представляют собой продукты развития и научения, действующие в подсознании, они запускаются в ситуации конфликта, фрустрации, стресса [39]. Единой классификации механизмов психологической защиты не существует, хотя имеется множество попыток их группировки по различным основаниям. Например, в оригинальной монографии Анны Фрейд описано 15 механизмов защиты, в классификации Вайллента (Vaillant G.E., 1971) их насчитывается 18 [67, 73]. Ф.Б. Березин (1988) справедливо критиковал существующие классификации защитных механизмов, указывая на необходимость классификации на основе какого-либо единого принципа [14].

G.E. Vaillant (1977) предложил типологию механизмов защиты по уровню их зрелости в континууме «примитивность – зрелость», эта классификация получила широкую популярность и до сих пор имеет признание. Уровень I – психотические механизмы (отвержение реальности, искажения, иллюзорная проекция); II уровень – незрелые механизмы (фантазия, проекция, уход в болезнь, компульсивность и др.); III уровень – невротические механизмы (интеллектуализация, формирование реакции, смещение, диссоциация); IV уровень – зрелые защиты (сублимация, альтруизм, супрессия, антиципация, юмор) [87].

Н. Мак-Вильямс (1998) отмечала, что к защитами, рассматриваемым как первичные, незрелые и примитивные, как правило, относятся те, которые имеют дело с границей между собственным «Я» и внешним миром. Защиты, причисляемые ко вторичным, более зрелым, «работают» с внутренними границами, например, между Эго, супер – Эго и Ид. Также

автор указывает на представление о том, что примитивные защиты действуют общим, недифференцированным образом во всем сенсорном пространстве индивида, сплавляя между собой когнитивные, аффективные и поведенческие параметры, в то время как более развитые защиты осуществляют определенные трансформации чего-то одного – мыслей, чувств, ощущений, поведения или некоторой их комбинации. Для того, чтобы быть классифицированной как примитивная, защита должна обнаруживать наличие в себе двух качеств, связанных с довербальной стадией развития. Она должна иметь недостаточную связь с принципом реальности и недостаточный учет отделенности и константности объектов, находящихся вне собственного «Я» [28].

Большой вклад в изучение психологической защиты и разработку методов ее измерения внес Р.Плутчик (1979). В рамках своей психоэволюционной теории эмоций он связывает механизмы психологической защиты с базовыми эмоциями, утверждая, что защитные механизмы являются производными эмоций и направлены на их регулирование и контроль. Он выделяет 8 защитных механизмов, выстроив их по шкале примитивности – зрелости, а также в зависимости от периодов их формирования в онтогенезе, и также связывает их с когнитивными процессами: отрицание, вытеснение, регрессия, компенсация, проекция, замещение, интеллектуализация, реактивные образования [31, 81, 82].

Среди отечественных исследователей наибольший вклад в разработку проблемы психологической защиты внес Ф.В. Бассин (1968, 1969, 1988). Он подчеркивал, что главное в защите сознания от дезорганизующих его влияний психической травмы – это понижение субъективной значимости травмирующего фактора. По мнению автора, основным в психологической защите является перестройка системы установок, направленная на устранение чрезмерного эмоционального напряжения и предотвращающая дезорганизацию поведения [13, 39]. И это перекликается с предположениями других авторов о связи восприятия стрессора, его когнитивной оценки с перцептивной защитой [22, 25, 82, 87]. Наиболее убедительными представляются достижения отечественной науки в исследовании нейрофизиологической основы психологической защиты. В ходе исследований, проведенных сотрудниками группы Э.А. Костандова, была полностью подтверждена гипотеза о нервных механизмах изменения осознания внешних явлений под влиянием отрицательных реакций. Регистрация биоэлектрических и вегетативных реакций на эмоционально значимые стимулы, еще не осознаваемые субъектом, позволила предположить существование сверхчувствительного механизма, который на основании информации, не дости-

гающей уровнем сознания, способен оценить эмоциогенное значение раздражителя, повысить порог восприятия и вызвать соответствующую когнитивную переоценку [25, 39]. Данные исследования перекликаются с точкой зрения А.Г. Асмолова (1989), который утверждал, что неосознаваемые мотивы, неосознаваемые ожидания и притязания определяют направленность и характер действий, более того, существуют неосознаваемые резервы органов чувств, которые нередко называют «шестым чувством». Благодаря этим слабым неосознаваемым раздражителям, лежащим за порогом сознания, индивид часто избегает опасности, точнее оценивает действительность [11].

По мнению Ф.Б. Березина, механизмы психологической защиты обеспечивают регуляцию, направленность поведения, редуцируют тревогу и эмоциональное напряжение. Он выделяет четыре типа механизмов психологической защиты:

1. Препятствующие осознанию факторов, вызывающих тревогу – т.е. вызывающие тревогу факторы не воспринимаются или не осознаются (*вытеснение и отрицание*).

2. Позволяющие фиксировать тревогу на определенных стимулах (фиксация тревоги) – т.е. тревога связывается с каким-то определенным объектом не связанным с причиной, вызвавшей тревогу (*перенесение, некоторые формы изоляции*).

3. Снижающие уровень побуждений (обесценивание исходных потребностей) – т.е. уменьшение тревоги может быть достигнуто за счет снижения уровня побуждений и обесценивания исходной потребности (*регрессия, гиперкомпенсация*).

4. Модификация тревоги за счет формирования устойчивых концепций (концептуализация) – т.е. идеаторная переработка тревоги, результатом которой становятся частные или общие представления, направляющие поведение индивидуума (*проекция, рационализация*).

Автор также указывает на определенную иерархию психологических защит [14].

Многие авторы указывают на тесную взаимосвязь копинга и механизмов психологической защиты. Одни авторы считают психологическую защиту своеобразным «интрапсихическим копингом», или «механизмом совладания с внутренней тревогой»; другие авторы относят копинг к внешним, поведенческим проявлениям механизмов психологической защиты [2, 47, 70, 75, 81, 82].

Близость понятий копинга и механизмов психологической защиты диктовала необходимость их разграничения, критерии которого были предло-

жены Н. Наап (1974). По мнению автора, копинг представляет собой динамический «параметр», использующийся индивидом сознательно и направленный на активное изменение ситуации. В отличие от копинга, механизмы психологической защиты являются статичным «параметром», реализующим пассивные механизмы, зависимые от интрапсихической деятельности и направленные на смягчение психического дискомфорта. Психологическая защита допускает также скрытые влечения и способствует процессу ожидания, при котором тревога может быть преодолена и без обязательного решения проблемы. Н. Наап характеризует процессы совладания как целенаправленные, гибкие и адекватные реальности адаптивные действия, а защитные процессы она понимает как навязанные, ригидные и искажающие реальность [71]. Это мнение согласуется с точкой зрения R. Lazarus et al. (1966, 1984), которые рассматривают психологическую защиту как пассивное копинг-поведение, а защитные механизмы как интрапсихические формы преодоления стресса, предназначенные для снижения эмоционального напряжения раньше, чем изменится ситуация. Известны попытки совместить сосуществование понятий «копинг» и «защита» по разным признакам (критериям): уровень осознания, уровень произвольности, время появления в онтогенезе, характер и направление действия [75, 76].

Правда некоторые исследователи, такие как В.А. Ташлыков (1984), В.С. Роттенберг (1984), Ф.Е. Василюк (1984), И.Д. Стойков (1986) и др., считают психологическую защиту однозначно непродуктивным, вредоносным средством решения внутренне-внешнего конфликта. Среди ученых этого направления популярна идея о том, что защитные механизмы ограничивают оптимальное развитие личности, ее так называемую «собственную активность», «активный поиск», «выход на новый уровень регуляции и взаимодействия с миром» [39]. По мнению В.А. Ташлыкова (1990), с помощью механизмов психологической защиты «Я» стремится удерживать систему отношений в устойчивом положении. Посредством же активных копинг-механизмов «Я» стремится вывести систему отношений из состояния жестко фиксированного равновесия с тем, чтобы перевести ее на новый уровень функционирования, расширяющий возможности совладания с трудностями [47].

Таким образом, механизмы психологической защиты обеспечивают регулятивную систему стабилизации личности, направленную прежде всего на уменьшение тревоги, неизбежно возникающей при осознании конфликта или препятствии к самореализации. В широком психологическом контексте психологическая защита включается при возникновении негативных, психотравмирующих переживаний и во многом определяет поведение личности,

устраняя психический дискомфорт и тревожное напряжение. По своим проявлениям она является формой бессознательной психической активности, формирующейся в онтогенезе на основе взаимодействия типологических свойств с индивидуальным, конкретно-историческим опытом развития личности в определенной социальной среде и культуре [31, 39]. С помощью механизмов психологической защиты «Я» пациента стремится удерживать систему отношений в устойчивом положении. Происходит ослабление эмоционального конфликта и стабилизация позитивной Я-концепции (Соколова Е.Т., 1989) [45].

Есть основания предполагать, что психологическая защита задает направление копингу, формирующемуся в более поздние сроки онтогенетического развития и закрепляющемуся в процессе накопления жизненного опыта. Диапазон используемых человеком в процессе жизни стратегий по разрешению ситуаций и преодолению требований среды зависит от сложившейся в раннем детстве структуры ведущих типов психологической защиты. При этом ведущая в структуре личности психологическая защита будет влиять как на когнитивную оценку стрессового события, так и на выработку соответствующих ей стратегий поведения по преодолению данного события, она как бы «задает коридор» для формирования последующего копинг-поведения [22, 24]. И это согласуется с ранними представлениями некоторых авторов, которые относят когнитивную оценку ситуации к перцептивной защите, поскольку в ее основе лежит механизм искажения неприемлемой информации, действующий практически одновременно с восприятием события [87].

В более поздних своих работах Р.Лазарус утверждает, что совладание со стрессом зависит от типа переживаемого эмоционального состояния, т.е. автор признает ключевую роль эмоций в формировании совладающего со стрессом поведения. По мнению автора, очень мало на сегодняшний день известно о том, как совладание формируется эмоциональным состоянием, но по всей вероятности, каждая из эмоций и каждая ситуация, провоцирующая эмоциональное состояние, обуславливает определенный специфический паттерн совладания со стрессом (цит. по Джонс Ф.) [20].

В рамках теорий, рассматривающих эмоцию как ответ или как комплекс ответов, обусловленных когнитивными процессами, одной из наиболее разработанных теорий эмоций и личности является теория Арнолд (Arnold M., 1960, цит.по: Изард, 2006) [73]. Согласно М.Арнолд, эмоция возникает как результат последовательности событий, описываемых при помощи понятий *восприятия* и *оценки*. До того, как эмоция возникнет, объект должен быть воспринят и оценен. В ответ на оценку объекта возникает

эмоция как *принятие* или *отвержение*. Автор говорит о последовательности «восприятие – оценка – эмоция», несмотря на то, что оценка сама по себе характеризуется как прямая и интуитивная и едва ли не столь же непосредственная, как и восприятие. Интуитивная оценка ситуации побуждает действие, что ощущается как эмоция, выражается в различных телесных изменениях и обычно может вести к внешнему действию [59].

В концепции Р.Плутчика механизмы психологической защиты являются производными эмоций, поскольку каждая из основных защит онтогенетически развивалась для сдерживания одной из базисных эмоций [82]. Механизмы психологической защиты организуются как важнейшие новообразования на определенных этапах онтогенеза. Накладываясь на динамические особенности психики индивида, МПЗ определяют основные черты его характера и, в большой мере, становление всей системы его отношений с окружающим миром. В ситуациях конфликта, столкновения, актуализируются механизмы защиты как *ментальные процессы*, и происходит научение способам защитного поведения на интрапсихическом и интерпсихическом уровнях [81, 82]. Именно на фоне действия «защитной системы» психики происходит дальнейший процесс адаптации индивида к внешним условиям среды.

Психоаналитически ориентированные исследователи утверждают, что в процессе онтогенеза развиваются определенные механизмы защиты, которые формируют определенный склад личности, характер, стиль поведения [13]. Нормативное функционирование механизмов защиты обеспечивает стабильность и упорядоченность индивидуальной картины мира. На фоне действующих механизмов защиты, поддерживающих целостность и психический гомеостаз, личность более или менее адекватно оценивает события реальности и осуществляет осознанное, последовательное и целенаправленное приспособительное поведение, позволяющее сохранять баланс между требованиями внешней среды и внутренними потребностями. Напротив, повышенные (выше нормативного уровня) психологические защиты приводят к тому, что человек все время прибегает к защитному поведению, не в состоянии адекватно воспринимать (отражать) объективную реальность, что способствует потере адаптации, нарастанию внутреннего эмоционального напряжения.

Ф.Б. Березин указывал, что в ситуациях неопределенности происходит интенсификация поиска наиболее адекватных форм поведения, т.е. усиление поисковой активности. В результате включения психологических защит эффективность поисковой активности (т.е. адаптивность поведения) будет зависеть от характера и выраженности защит. Если психологические защиты, обеспечивающие реориентацию личности по отношению к среде,

способствуют адекватной ориентации поиска, то возрастает роль поисковой активности. Если же внутриспсихическая реорганизация оказывается неадекватной, она может способствовать нарушению психической адаптации. Характер поисковой активности, по мнению Березина, зависит от преобладающего механизма интрапсихической адаптации [14, с.124-128]. Совершенно другое поведение он относит к аллопсихической адаптации. В зарубежных источниках также рассматривается соотношение между психологической защитой и совладающим поведением в терминах «аллопсихической» (*alloplastic*) и «интрапсихической» (*autoplastic*) адаптации [80].

В целом, в отечественной литературе механизмы психологической защиты и механизмы совладания (копинг-поведение) рассматриваются как важнейшие формы адаптационных процессов индивида [2, 38, 41, 47]. По мнению Б.Д. Карвасарского (1990), процессы совладания направлены на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей, в то время как процессы компенсации и особенно защиты направлены на смягчение психического дискомфорта [38]. Е.И. Чехлатый (1994) считает, что отличие механизмов совладания от механизмов психологической защиты в том, что первые используются индивидом сознательно, а вторые – неосознаваемы и пассивны [52]. На сегодняшний день при постановке психотерапевтических задач принято объединять защитные механизмы и копинг-механизмы в целостную систему адаптивных реакций личности [38].

Исходя из вышесказанного, объединение защитных механизмов и копинг-механизмов в целостную систему психологической адаптации личности представляется вполне естественным и целесообразным, так как механизмы приспособления личности к стрессовым и другим жизненным ситуациям чрезвычайно многообразны – от активных гибких и конструктивных *копинг-стратегий*, до пассивных, ригидных и дезадаптивных механизмов *психологической защиты* [37, 53, 71].

### **1.3.3. Копинг-ресурсы личности и адаптационный потенциал**

Трехфакторная модель копинг-механизмов состоит из *копинг-стратегий*, *копинг-ресурсов* и *копинг-поведения*. Копинг-стратегии – это актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, способ управления стрессором. Копинг-ресурсы представляют собой относительно стабильные личностные характеристики, обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий. Поведение индивида, регулируемое и сформированное посредством использования копинг-стратегий с учетом копинг-ресурсов, определяется как копинг-

поведение. Основной составляющей этой модели являются копинг-стратегии, которые обуславливают поведение и эмоциональные реакции на стресс. Исследования в этой области направлены главным образом на дифференциацию копинг-процессов и объяснение выбора личностью той или иной копинг-стратегии.

Для совладания с трудной жизненной ситуацией человеку необходимо задействовать весь свой потенциал. Вероятность развития психологического стресса зависит от особенностей личности, обуславливающих степень устойчивости к стрессу. Подобные черты, повышающие ресурсы противостояния стрессогенным ситуациям, обозначаются как чувство когерентности, «стрессоустойчивость» или «личностная выносливость», понимаемая как потенциальная способность активного преодоления трудностей [57]. Ресурсы личности в значительной степени определяют способность к построению интегрированного поведения, что позволяет даже в условиях фрустрации, психической напряженности сохранить устойчивость избранной линии поведения, соразмерно учитывать собственные потребности и требования окружения, соотносить немедленные результаты и отложенные последствия тех или иных поступков. *Психическая устойчивость* связывается с умением человека ориентироваться на определенные цели, характером временной перспективы, организацией своей деятельности. В зарубежных исследованиях широкую известность и популярность приобрела в 80-е годы концепция S. Kobasa и S.R. Maddi (1979, 1980), в которой личность, личностные свойства и преодоление рассматривались в терминах «hardiness» или «твердость, выносливость» личности. Твердость или крепость духа (воли) – это тенденция индивида воспринимать стрессоры как «вызов», как стимул для личностного развития и готовность противостоять им. Данный концепт понимался авторами как ресурс резистентности к стрессу [74].

Считается, что успешность адаптации к жизненным стрессам во многом определяется эффективностью развития личностно-средовых копинг-ресурсов [41, 62]. Так, например, S. Folkman (1984) выделяет следующие виды копинг-ресурсов [64]:

- физические (здоровье, выносливость и т.п.);
- психологические (убеждения, самооценка, локус контроля, мораль);
- социальные (индивидуальная социальная сеть, социальные поддерживающие системы и т.д.);
- материальные ресурсы (деньги, оборудование и т.д.).

Важнейшей характеристикой и ресурсом личности, по мнению В.Д. Небылицына (1976), является активность. По его мнению, активность

является ядром функционального состояния человека и служит побудительной силой мотивационного статуса человека [33]. По мнению Л.Н. Собчик (2000), *активность* и *сила личности* составляют эмоционально-динамический паттерн индивида, уходящий своими корнями в тип высшей нервной деятельности и свойства нервной системы. Эмоционально-динамический паттерн играет важную роль в формировании базисных индивидуально-личностных свойств, структура которых определяется ведущей тенденцией или несколькими тенденциями, придающими индивидуальную окраску и определенную качественную специфику стилю переживаний, мышления, межличностного поведения и основной направленности и силе мотивации. Более того, формируя характер человека, ведущие тенденции эмоционально-динамического и индивидуально-личностного паттерна, в известной степени, ограничивают русло, в рамках которого формируются более высокие уровни личностного развития, создавая определенную избирательность и тропизм в отношении тех или иных ценностей, а также возможных вариантов направлений социальной активности [44].

В настоящее время в исследованиях, посвященных изучению адаптационных возможностей личности, достаточно часто встречается понятие «*личностный адаптационный потенциал*» (Маклаков А.Г., 2001; Портнова А.Г., Богомолов А.М., 2003: цит. по Хохлова К.А., 2007) [50]. Некоторые авторы отождествляют «адаптационный потенциал» с понятием «адаптивность», т.е. свойство, выражающее возможность личности к психической адаптации и определяющее адекватную регуляцию функционального состояния организма в разнообразных условиях жизни и деятельности. А.М. Богомолов рассматривает адаптационный потенциал как возможности личности к продуктивному прохождению адаптационного процесса, как способность личности (под воздействием внутренних и внешних факторов) к структурным и уровневым изменениям своих качеств и свойств, повышающим ее организованность и устойчивость. Автор выделяет следующие его компоненты: энергетический, когнитивный, инструментальный, креативный, мотивационный и коммуникативный. Динамические свойства адаптационных ресурсов и в целом потенциала, по мнению Богомолова, являются наиболее значимыми. Таким образом, адаптационный потенциал рассматривается в отечественной психологии как системное свойство личности, определяющее границы адаптационных возможностей и характер протекания адаптации личности в ответ на воздействие тех или иных факторов и условий среды [50].

Современные отечественные исследователи утверждают, что целесообразно рассматривать совладание со стрессами с позиций внутреннего

мира человека, и прежде всего его ценностей [19]. Такие динамические образования, как направленность личности, ее мотивы и ценности, формируются в обществе, тесно связаны с характеристиками микросоциума и могут рассматриваться как личностный потенциал адаптации, ее адаптационный ресурс. По мнению Д.А. Леонтьева (1997), устойчивость личности определяется соотношением смыслообразующих мотивов с определенными поведенческими особенностями, со способами осуществления деятельности [26]. На важность изучения совладания через призму ценностно-смысловой сферы личности указывала также в своих работах Л.И. Анциферова (1994) [10]. Е.Е. Торчинская (2001) изучала стратегии адаптации к жизни после тяжелой травмы позвоночника у пациентов в условиях депривации витальных и социальных потребностей (на примере спинальных больных). По ее мнению, в основе стратегий совладания и адаптации в условиях хронического стресса лежат различия в структуре ценностно-смысловой сферы человека [48].

Важными личностными ресурсами являются Я-концепция, восприятие социальной поддержки и др. психологические конструкты. Так, исследования подростков показали взаимосвязь между характеристиками Я-концепции и копинг-поведением. Сочетание активных копинг-стратегий с позитивной Я-концепцией рассматривается в качестве фактора резистентности к стрессу и предиктора адаптивного совладающего поведения, а сочетание пассивных копинг-стратегий с негативной Я-концепцией оценивается как фактор повышенной уязвимости к стрессу и диагностический предиктор дезадаптивного поведения [41, 42, 55]. Эти данные позволяют выделить Я-концепцию личности в систему важнейших копинг-ресурсов, определяющих адаптивное либо дезадаптивное функционирование копинг-процесса в целом. В.М. Ялтонский с соавт. (2001) выделяют следующие характерологические особенности личности, позволяющие справиться с требованиями среды [55]:

- уровень интеллекта (способность и возможность осуществлять когнитивную оценку проблемной ситуации);
- сформированность позитивной Я-концепции (самооценки, самоуважения, самоэффективности),
- интернальный локус контроля (умение контролировать свою жизнь, свое поведение, брать за это ответственность на себя);
- социальная компетентность (умение общаться с окружающими и знания о социальной действительности);
- эмпатия (умение сопереживать окружающим в процессе общения);

- аффилиация (желание и стремление общаться с людьми), и многие другие.

Помимо ресурсов личности, человек обладает и ресурсами социальной среды, которые также определяют его поведение. Низкое развитие средовых копинг-ресурсов (материальных, социальных) обуславливает формирование пассивного копинг-поведения, социальной изоляции, ведет к снижению качества жизни и дезинтеграции личности. Важным в исследовании становления и функционирования адаптивного копинг-поведения является изучение *социально-поддерживающего процесса*. Социально-поддерживающий процесс включает в себя три компонента: *социальные сети, субъективное восприятие социальной поддержки и копинг-стратегию «поиск социальной поддержки»*. Социальные сети являются источником социальной поддержки, которая оказывает смягчающий эффект воздействия стрессовой ситуации на личность [55].

В концепции R.S. Lazarus социальная поддержка подразделяется на эмоциональную, материальную или «ощутимую» и информационную. В салютогенной («salutogenic concept») модели здоровья А. Antonovsky (1979) **копинг и социальная поддержка являются центральными конструктами, определяющими понятие резистентности к стрессу** [57]. В. Sarason и I. Sarason (1985) изучили взаимодействие личностных переменных и социальной поддержки как *модераторов* реакции на стресс и показали, что комбинация воспринятой поддержки и копинга была наиболее эффективной и оказывала «буферный эффект» [18].

Согласно модели, разработанной Н.А. Сирота и В.М. Ялтонским, успешное или адаптивное копинг-поведение включает в себя следующие компоненты:

- Сбалансированное использование соответствующих возрасту копинг-стратегий разрешения проблем и поиска социальной поддержки.
- Сбалансированность когнитивного, эмоционального и поведенческого компонентов копинг-поведения и достаточное развитие когнитивно-оценочных механизмов у данной личности.
- Преобладание мотивации на достижение успеха над мотивацией избегания неудачи, готовность к активному противостоянию негативным факторам среды и осознанная направленность копинг-поведения на источник стресса.
- Достаточные личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие позитивный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию копинг-стратегий (позитивная Я-кон-

цепция, развитость восприятия социальной поддержки, интернальный локус контроля над средой, эмпатия и аффилиация, наличие эффективной социальной поддержки и т.д.).

Перечисленные выше характеристики копинг-поведения фактически являются психологическими факторами стрессорезистентности, и их преобладание в структуре копинг-поведения, в конечном итоге, определяет его исход в социальную интеграцию и конструктивную адаптацию.

Таким образом, механизмы психологической адаптации тесно связаны с индивидуально-типологическими характеристиками личности (адаптационными ресурсами или копинг-ресурсами), поскольку формируются на основе типологических свойств и эмоционально-динамического паттерна личности. В сочетании с накопленным индивидуальным опытом личностно-средового взаимодействия указанные психологические характеристики представляют собой, в конечном счете, адаптационный потенциал личности.

#### 1.4. Нарушения психической адаптации и психосоматические расстройства

Критические жизненные события, включая болезнь, или связанные с профессиональной деятельностью хронические эмоциональные перегрузки предъявляют высокие требования к личностным ресурсам, адаптационному потенциалу человека в приспособлении к постоянно меняющимся условиям социального и профессионального функционирования. Поскольку человек строит свое поведение в соответствии с внешними условиями среды и своими внутренними возможностями, то с точки зрения системного подхода принято рассматривать адаптационный процесс как систему «человек действующий – ситуация». Нарушение баланса между требованиями среды и адаптационными возможностями личности требуют напряжения всех ресурсов (на всех уровнях функционирования организма) индивида с целью поддержания психического гомеостаза и сохранения целостности «Я». По мнению А. Antonovsky (1979), здоровье выступает как результирующая переменная действия трех факторов – стресса, ресурсов резистентности (в т.ч. копинга) и чувства когерентности (связности, непротиворечивости в системе отношений личности) [57]. Иначе говоря, личностная диспозиция (склад, особенности личности) зачастую выступает в роли *модератора* в преодолении стресса и поддержании психического и физического благополучия. Данная точка зрения в какой-то степени перекликается с общепризнанной в медицине биопсихосоциальной парадигмой.

Практически все исследователи придерживаются единой точки зрения, что центральным вопросом теории психосоматических соотношений является определение места, которое занимают психологические факторы в происхождении соматических заболеваний. Проблема изучения «уязвимости» личности и определения маркеров психологического неблагополучия с целью своевременного выявления ранних признаков психической дезадаптации на сегодняшний день активно обсуждается. Как известно, хроническое эмоциональное напряжение (дистресс) человека может приводить к срыву функциональных систем жизнедеятельности и развитию психических и соматических расстройств различной степени выраженности (диатез-стрессовая модель возникновения развития заболеваний). Исследователи до сих пор не пришли к единому мнению относительно проблемы *locus minoris resistentiae*, т.е. того, как происходит выбор «органа» или «места наименьшего сопротивления». «Ахиллесову пяту» каждого человека создает не только и даже не столько изначальная, конституциональная готовность какого-либо органа к избирательному поражению или возможная недостаточность его вследствие перенесенного в прошлом заболевания/повреждения, сколько известная настроенность на него центральной нервной системы [30, с.336]. Многообразие психосоматической и спровоцированной эмоциональным стрессом соматической патологии объясняется целостностью реакций ЦНС на все виды психического и физического воздействия на человека. Стрессор становится патогенным в том случае, если его сила превышает унаследованную и приобретенную реактивность (возможность адаптационных, защитно-приспособительных механизмов) соответствующей системы и организма в целом. Один и тот же эмоциональный стрессор может у различных людей, в зависимости от преморбидных особенностей, оказывать различное влияние: с одной стороны, в рамках психологической и физиологической нормы – мобилизуя или дезорганизуя психическую деятельность и поведение; с другой стороны, – в рамках патологических реакций.

Ф.Б. Березин вообще говорит о нецелесообразности выделения психосоматических заболеваний как особого класса состояний на основе зависимости их генеза от воздействия психических факторов. «Какой бы уровень организации психофизиологических соотношений ни затрагивался первично, возникшие нарушения будут влиять на функционирование и на других уровнях и, следовательно, собственно психологические механизмы будут приобретать то или иное патогенетическое значение. В результате дихотомическое разделение заболеваний на психосоматические и непсихосоматические становится неоправданным, и речь может идти только об удельном весе психосоматического аспекта в патогенетических механиз-

мах соматического заболевания» [14, с.257]. По мнению автора, большинство соматических и психосоматических заболеваний практически не различаются по данному признаку, а скорее образуют непрерывную последовательность, которую можно обозначить как **«психосоматический континуум»**. Верхняя часть континуума – те патологические состояния, при которых роль социально-психологических механизмов, особенностей личности и актуального психического состояния особенно выражена (нарушения сердечного ритма, ИБС, нейроциркуляторная дистония, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь, бронхиальная астма и др.). Состояния, находящиеся в этой части континуума, обычно отличаются длительным течением; причем устойчивость особенностей личности и сложившихся неадекватных стереотипов социального взаимодействия служит важным фактором хронификации и рецидивирования патологических состояний. Нижнюю часть континуума образуют заболевания, для которых роль нарушений регулирования на социально-психологическом и психологическом уровнях относительно мало значима (пневмонии, пороки сердца, травматические поражения опорно-двигательного аппарата). При этих заболеваниях частота нарушений психической адаптации достоверно более низкая. Однако и в этом случае она значимо выше, чем в общем популяционном фоне.

В этой связи заслуживающей внимания является психоаналитическая концепция регуляторных механизмов «Эго» К. Menninger (1957, 1977). Согласно его концепции, все клинические феномены могут быть расположены в виде континуума, одним из полюсов которого является состояние приспособления – «здоровье», а другим – состояние крайней личностной дезадаптации, или «болезнь» [18].

Если рассматривать проблему психосоматических взаимоотношений в прикладном значении, то В.В. Николаева (1987) выделяет два аспекта: 1) влияние психических факторов на соматическую сферу человека; 2) влияние соматических факторов на психику человека [34].

Психическая дезадаптация при соматической патологии представлена широким диапазоном нарушений, от различных форм личностного реагирования до возникновения психических нарушений, не ограничивающихся невротическим уровнем расстройств. Ситуация болезни резко изменяет характер взаимоотношений человека с окружающим миром. Поэтому комплексное рассмотрение взаимосвязи болезни и личности позволяет говорить об изменении не физического и/или психического статуса больного, а всей системы его отношений с миром и к миру. Теоретической основой этого направления в отечественной клинической психологии является концепция В.Н. Мясищева (1960), в которой человек понимается как единая био-



психосоциальная система, а личность – как система эмоционально насыщенных отношений с социальным окружением и самим собой [32]. В этой системе болезнь как ситуация неопределенности и непрогнозируемого исхода может выступать в качестве самостоятельного психотравмирующего фактора, дестабилизируя «картину мира», разрушая самооценку индивида, привычный порядок происходящих вокруг него событий (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002), характер межличностного взаимодействия, и, в целом, социальное функционирование личности [30].

В настоящее время при исследовании психической адаптации лиц с различной патологией широко изучаются представления пациента о болезни, о самом себе в связи с заболеванием, а также представления о способах и возможностях справиться с болезнью. Психическая адаптация/ дезадаптация формирует у пациента отношение к заболеванию, определяет его способы жизни с болезнью. А.А. Чазова (1998) выявила три типа копинг-поведения у пациентов с различной патологией:

1) адаптивное (функциональное), которое соответствует адаптивным (базовым) копинг-стратегиям, направленным на решение проблем и поиск социальной поддержки;

2) пассивное (дисфункциональное), связанное с преобладанием пассивных копинг-стратегий, что обусловлено недостатком активных копинг-стратегий и поведенческих копинг-ресурсов;

3) неустойчивое (ситуационно обусловленное), которое проявляется в диссоциации между отдельными достаточно развитыми личностно-средовыми копинг-ресурсами, базисными копинг-стратегиями и неспособностью больного самостоятельно без активной помощи управлять своим поведением в процессе лечения. При данном типе копинг-поведения, по мнению автора, социально поддерживающая система может выступать мощным компенсаторным фактором в конструктивном преодолении болезни [51].

Работы по изучению копинг-стратегий в процессе терапии больных, страдающих соматическими и психическими заболеваниями, послужили основанием для создания нового направления психотерапии, получившего название «*копинг-психотерапия*» [42]. Оно ориентировано на формирование личностно-средовых ресурсов и поведенческих стратегий преодоления эмоционального стресса, разрешение проблемных ситуаций. Стратегическая задача этого вида психотерапии – развитие и (или) модификация копинг-ресурсов таким образом, чтобы личность в результате психотерапевтического воздействия оказалась способной сконструировать на их базе эффективные стресс-преодолевающие стратегии, позволяющие восстановить баланс между требованиями социальной среды и ресурсами, удовлетворяющими их.

## Глава 2 КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ: ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКИ (2000-2006 гг.)

### 2.1. Описание материала исследования

В исследовании приняло участие здоровых респондентов – 988 женщин и 639 мужчин (всего 1627 человек) в возрасте от 18 до 60 лет, проживающих в разных регионах страны (Санкт-Петербург, г. Ярославль, Пермь, Чебоксары, Ульяновск, Томск, Новосибирск и др.).

Таблица 1  
Распределение респондентов (условная норма) по полу и возрасту

Возраст	Мужчины		Женщины	
	Абс.	%	Абс.	%
до 20 лет	166	10,2	284	17,5
21-30 лет	242	14,9	296	18,2
31-45 лет	149	9,1	249	15,3
46-60 лет	82	5	159	9,8
<i>Всего</i>	<i>639</i>	<i>39,3</i>	<i>988</i>	<i>60,7</i>

По профессиональному статусу и роду занятий выборку представляли:

- 1) студенты гуманитарных и технических вузов (392 чел.);
- 2) педагоги и медицинские работники (378 чел.);
- 3) военнослужащие (офицеры, курсанты) (193 чел.);
- 4) инженеры, экономисты, менеджеры и др. (496 чел.);
- 5) профессиональные спортсмены (96 чел.);
- 6) спасатели, пожарные, сотрудники МВД и МЧС (72 чел.).

Более углубленное исследование адаптационных механизмов здоровых испытуемых было организовано и проведено на базах: факультеты и кафедры СПбГМУ им. акад.И.П. Павлова, факультет психологии СПбГУ, факультет менеджмента СПбГПУ, СПбАГС при президенте России, подразделения УВО ГУВД СПб и ЛО, спасательные подразделения ВМФ и МЧС, спортивный интернат Олимпийского резерва СПб, районные станции скорой помощи СПб и др.

С целью исследования механизмов психологической адаптации в условиях болезни нами было обследовано 680 больных (50,5% – мужчины, 49,5% – женщины), страдающих различными психосоматическими, соматическими и нервно-психическими заболеваниями, находившихся в момент обследования на стационарном лечении. Исследовались лица в возрасте от 20 до 66 лет. Средний возраст испытуемых составил  $32,8 \pm 12,1$  лет.

Таблица 2

**Распределение больных по нозологиям  
(количество человек, процентное соотношение)**

Группы больных	Кол-во чел.	% от общего числа обследованных больных
Гипертоническая болезнь	70	10,3
Ревматоидный артрит	68	10
Язвенная болезнь	71	10,4
Хроническая почечная недостаточность	106	15,6
Патология челюстно-лицевой области	70	10,3
ВИЧ-инфекция	150	22,1
Расстройства психотического регистра (Sch)	145	21,3
<b>Всего</b>	<b>680</b>	<b>100</b>

Исследование было выполнено на базах: отделение внебольничной психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева, кафедры и клинические базы СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (кафедра и клиники общей хирургии, отделение челюстно-лицевой хирургии, отделении гемодиализа), а также психосоматическое отделение Городской больницы №32, Городской Ревматологический Центр (Городская больница №25), в Городской Диабетологический Центр, Городской пародонтологический центр (СПб), Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (г. Ульяновск).

## 2.2. Методы исследования

Для решения поставленных задач использовались клиничко-психологический и экспериментально-психологический методы. Клиничко-психологический включал несколько вариантов интервью, разработанных для разных групп испытуемых, и клиническую беседу.

Экспериментально-психологический метод представлен методическим комплексом из следующих методик:

1. Опросник для изучения копинг-стратегий Р. Лазаруса (WCQ, The Ways of Coping Questionnaire, 1988).
2. Методика «Индекс жизненного стиля» (LSI, Life style index – в адапт. Вассерман Л.И. и др., 1998).
3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List, в адапт. Тарабриной Н.В., 2001) для выявления признаков психического дистресса.

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов непараметрической статистики (стандартный пакет программ Statistica 6.0, SPSS 12.0) и включала анализ достоверности различий (использовались методы Tukey и Tamhane, t-критерий Стьюдента), корреляционный и факторный анализ.

## 2.3. Исследование репертуара копинг-поведения здоровых респондентов

В процессе адаптации методики R. Lazarus и S. Folkman (WCQ, 1988), которая осуществлялась совместно с сотрудниками лаборатории клинической психологии НИПНИ им. В.М. Бехтерева (Б.В. Иовлев, А.Я. Вукс) под руководством проф. Л.И. Вассермана, было проведено пилотажное исследование копинг-поведения здоровой выборки взрослого населения России в период с 2000 по 2006 г. [31].

Широта и масштаб проведенного исследования позволяют с уверенностью говорить о том, что его результаты отражают основные характеристики и закономерности в выборе совладающего со стрессом поведения, а также гендерные, возрастные и этно-культурные тенденции современного российского общества.

Следует указать, что вся статистическая обработка и анализ данных проводился на основании сырых баллов, полученных при тестировании. В результате математико-статистической обработки данных (проведенной с участием ст.н.с. НИПНИ им. В.М. Бехтерева А.Я. Вукса) были получены сырые шкальные оценки, которые легли в основу расчета средненормативных показателей в популяции и разработку таблиц пересчетов, которые опубликованы в методическом пособии [31]. В некоторых исследованиях и отдельных параграфах для удобства в анализе профиля копинг-поведения, а также большей наглядности мы использовали оценки, переведенные в Т-баллы. Вычисление и перевод производился по формуле:

$$T = (N \times 100\%) \div \sum \max,$$

где N – количество баллов, набранных испытуемым по данной шкале;  
 $\sum \max$  – максимальное количество баллов в данной шкале.

Таблица 3

Средние значения сырых оценок ( $M \pm \sigma$ ) по шкалам методики исследования копинг-поведения Р. Лазаруса (WCQ) (нормативная выборка, n=1627)

Шкалы опросника (копинг-стратегии)	Лица гражданских и др. профессий (n=1067)	Студенты (n=392)	Спортсмены (n=96)	Сотрудники МВД, МЧС, спасатели ВМФ (n=72)
Конфронтация	8,75±2,8	8,70±3,2	8,38±3,0	7,75±2,3
Дистанцирование	8,76±3,0	8,44±3,1	8,92±2,9	8,18±3,0
Самоконтроль	13,66±3,1	13,76±3,2	11,44±3,7	11,94±3,2
Поиск социальной поддержки	11,36±3,2	10,95±3,3	10,20±3,3	11,13±2,8
Признание ответственности	7,72±2,4	7,62±2,5	6,41±2,5	6,38±2,1
Бегство – избегание	10,68±4,0	10,66±4,4	9,69±4,0	7,44±3,47
Планомерное решение проблемы	12,19±3,1	12,03±3,0	10,46±3,2	13,13±2,9
Положительная переоценка	12,27±3,7	11,84±3,7	10,48±3,5	9,75±2,9

Переведенные в Т-баллы показатели шкал можно сравнивать между собой внутри одного профиля (в отличие от сырых оценок): наибольшие показатели Т указывали на **преобладание в репертуаре копинг-поведения соответствующей копинг-стратегии**:

T=100 баллов – максимально частое использование копинг-стратегии;

T≥60 баллов соответствует преимущественному использованию данной стратегии в профиле копинг-поведения опрашиваемого.

Полученные после преобразования в Т-баллы по указанной формуле результаты представлены в табл. 4.

Из табл. 4 видно, что у большинства здоровых людей в структуре совладающего поведения преобладают активные проблемно-фокусированные стратегии «*планомерное решение проблемы*» (T=67,8), «*поиск социальной поддержки*» (T=62,8). Только в ситуациях, не поддающихся изменению (влиянию), здоровые испытуемые обращаются к эмоционально-

фокусированным стратегиям преодоления стрессовых ситуаций «*самоконтроль*»

Таблица 4

Показатели копинг-стратегий нормативной выборки (средние значения в Т-баллах) ( $M \pm m$ )

Шкалы опросника (копинг-стратегии)	Т-баллы
Конфронтация	50,7±0,7
Дистанцирование	49,4±0,6
Самоконтроль	63,7±0,5
Поиск социальной поддержки	62,8±0,6
Признание ответственности	62,9±0,7
Бегство – избегание	45,2±0,5
Планомерное решение проблемы	67,8±0,6
Положительная переоценка	56,1±0,5

(T=63,7) и «*принятие ответственности*» (T=62,9). Самоконтроль проявляется в повышении контроля над эмоциональными реакциями, а принятие ответственности – в поиске своей вины, ошибки, выражается в самообвинениях и угрызениях совести, попытках извиниться или «исправить ошибку».

Таким образом, нами были выделены стратегии совладания со стрессом, которые предпочитают большинство мужчин и женщин российской выборки. Вместе с тем, нельзя исключить того, что большинство российских респондентов не столько используют выбранные стратегии в реальной жизни, сколько считают данные стратегии наиболее предпочтительными (или желательными) способами поведения в трудных жизненных ситуациях. Иными словами нами определен **социально приемлемый и одобряемый стереотип** борьбы человека с неприятностями – это анализ ситуации, сбор информации и тщательное обдумывание действий в отношении стрессора, разработка стратегий поведения по его преодолению (или предотвращению). Такую стратегию выбирают абсолютное большинство респондентов (74% испытуемых – ответы по этой шкале 60 и более баллов). Также респонденты считают важным и необходимым в трудных ситуациях контролировать свои поступки, сдерживать эмоции и импульсивные реакции (63% испытуемых). Надо отметить, что **женщинам стратегии усиления контроля над собой и своими действиями удаются несколько труднее, чем мужчинам** (различия между группами на уровне тенденции).

Примечательным оказалось, что большинство опрошенных респондентов выбирают также достаточно часто, и, следовательно, считают полезными

и эффективными в качестве способов разрешения проблем самообвинительные реакции, угрызения совести, чрезмерное принятие вины и раскаивание (68% испытуемых – ответы на 60 и более баллов). Поскольку в зарубежных источниках данная стратегия совладания не относится к адаптивным (конструктивным), в этом усматривается культуральный аспект выявленных различий (национальные особенности преодоления и разрешения трудностей).

Достаточно редко в популяции используется копинг-стратегия «дистанцирование» ( $T=49,4$ ), которая включает использование различных способов отвлечения мыслей, связанных с проблемой, переключение внимания на другие заботы и дела (58% испытуемых – ответы 50 и менее баллов).

**Меньше всего ответов** давали респонденты по шкале «бегство – избегание» ( $T=45,2$ ; 67% испытуемых ответили на 50 и менее баллов). Иными словами, для большинства здорового взрослого населения не свойственно и неприемлемо (с точки зрения социальной желательности и предпочтительности) избегающее поведение. Возможно, в реальности при столкновении с негативными событиями люди будут вести себя иначе, чем демонстрируют в ответах опросника, но на лицо факт – большинство респондентов считает неприемлемым для себя избегающее поведение и стремится занимать активную позицию в совладании со стрессами.

#### 2.4. Гендерные различия в копинг-поведении

С целью изучения гендерных различий в копинг-поведении нами был проведен сравнительный анализ средних значений копинг-стратегий, полученных на мужской и женской выборках (использовался t-критерий Стьюдента). Предполагалось, что копинг-поведение мужчин и женщин имеет специфические отличия, поскольку принятые в обществе гендерные стереотипы накладывают свой отпечаток на социальное поведение и, в том числе, на стиль совладания с трудностями.

Результаты сравнительного анализа приведены в таблице 5, данные представлены в сырых оценках.

На высоком уровне значимости выявлены достоверные различия между мужчинами и женщинами в выборе копинг-стратегий «поиск социальной поддержки», «бегство» и «положительная переоценка». Как показало исследование, женщины достоверно чаще в трудных жизненных ситуациях обращаются за психологической поддержкой и помощью к социальному окружению ( $M=11,62$ ;  $p<0,001$ ), чем мужчины ( $M=11,01$ ). Женщины обнаруживали повышенную потребность в общении, в близких эмоциональных отношениях, по сравнению с мужчинами. Мужчины редко сообщают

о своих проблемах, хотя так же тяжело и глубоко склонны переживать трудности и невзгоды.

Таблица 5

**Сравнительный анализ средних значений копинг-стратегий между группами мужчин и женщин**

Копинг-стратегия	Мужчины (n=639)	Женщины (n=988)	P
Конфронтация	8,69±2,9	8,78±2,8	–
Дистанцирование	8,75±3,0	8,81±3,0	–
Самоконтроль	13,87±3,2	13,65±3,0	–
Поиск социальной поддержки	11,01±3,1*	11,62±3,3*	,001
Признание ответственности	7,76±2,6	7,74±2,4	–
Бегство – избегание	10,28±4,2*	11,05±3,9*	,001
Планомерное решение проблемы	12,47±3,0	12,17±3,1	–
Положительная переоценка	12,05±3,5*	12,64±3,7*	,001

Примечание: p – достоверность различий.

Поскольку общепризнанными социальными характеристиками стереотипа мужского ролевого поведения являются соревновательность и стремление к превосходству (доминированию), то склонность поделиться с кем-либо своими проблемами равноценна тому, чтобы признать себя слабым и неспособным, «проигравшим». Также было обнаружено, что женщины достоверно чаще прибегают к бегству от решения проблем, чем мужчины (соотв.:  $M=11,05$  и  $M=10,28$ ,  $p<0,001$ ). Наконец, женщины чаще мужчин используют когнитивную стратегию положительной переоценки ( $M=12,64$  и  $M=12,05$ ,  $p<0,001$ ). Иначе говоря, респонденты-женщины в большей степени склонны искать позитивные стороны в происходящих событиях, придавать трудностям новый смысл, тем самым, снижая и обесценивая для себя значимость этих событий. В остальных стратегиях совладающего со стрессом поведения мужчины и женщины предпочитают прибегать к одинаковым вариантам.

#### 2.4. Возрастные различия в копинг-поведении

Были изучены возрастные различия в выборе стратегий совладающего со стрессом поведения. Мы предполагали, что поскольку копинг-поведение – это устойчивый репертуар способов преодоления стресса, которые формируются и закрепляются в процессе жизни (социогенеза), то на разных возрастных этапах жизненного цикла совладающее поведение

может существенно варьировать. Более того, в зависимости от особенностей личностного развития и жизненных целей, актуальных в определенные возрастные периоды развития человека, преобладают различные стратегии поведения, обеспечивающие достижение этих целей.

Вся выборка респондентов была разделена по возрасту на 4 категории (подгруппы): 1 – лица до 20 лет; 2 – от 21 до 30 лет; 3 – от 31 до 45 лет; 4 – от 46 до 60 лет. Следует подчеркнуть, что деление на возрастные категории проводилось отдельно в мужской и женской выборках (табл. 6).

Таблица 6

Число респондентов в зависимости от возрастной категории и пола

Возрастная группа	Мужчины (чел.)	Женщины (чел.)
до 20 лет	166	284
21-30 лет	242	296
31-45 лет	149	249
46-60 лет	82	159
<b>Всего</b>	<b>639</b>	<b>988</b>

Репертуар копинг-стратегий по каждому возрасту и полу представлен на рис. 2-9.

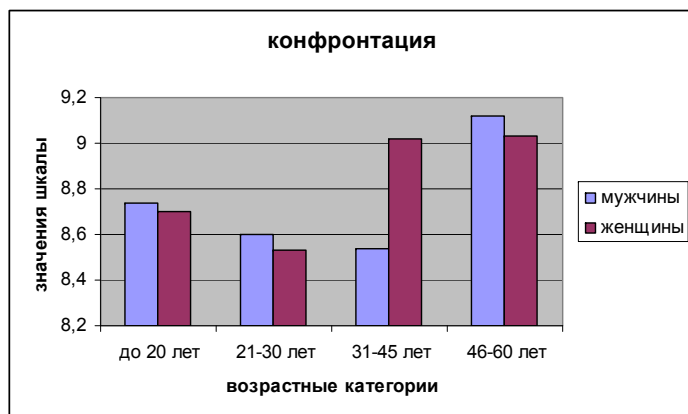


Рис. 2. Показатели копинг-стратегии «конфронтация» в зависимости от пола и возраста

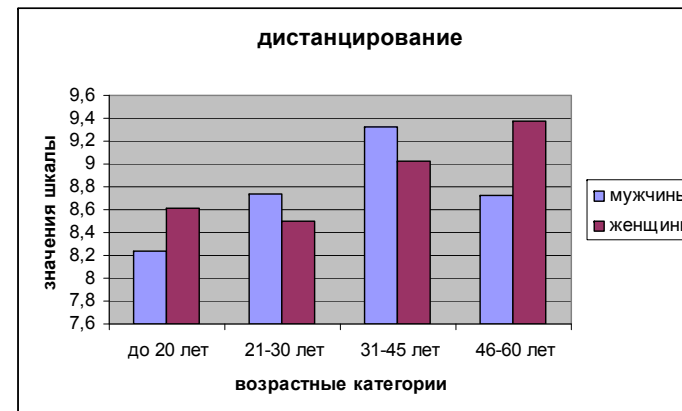


Рис. 3. Показатели копинг-стратегии «дистанцирование» в зависимости от пола и возраста

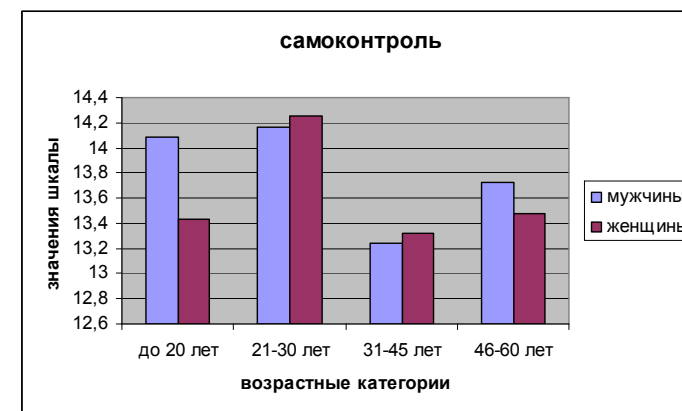
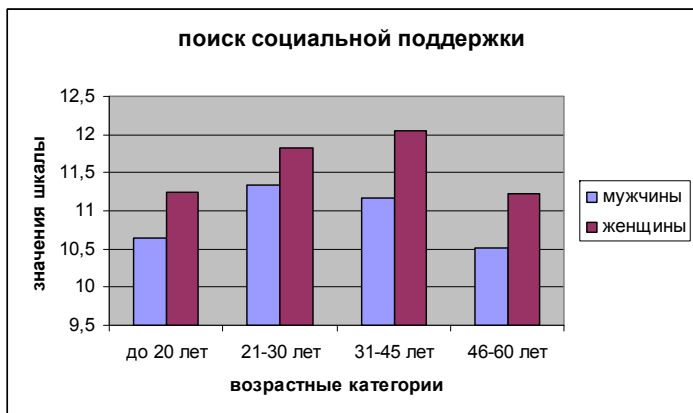
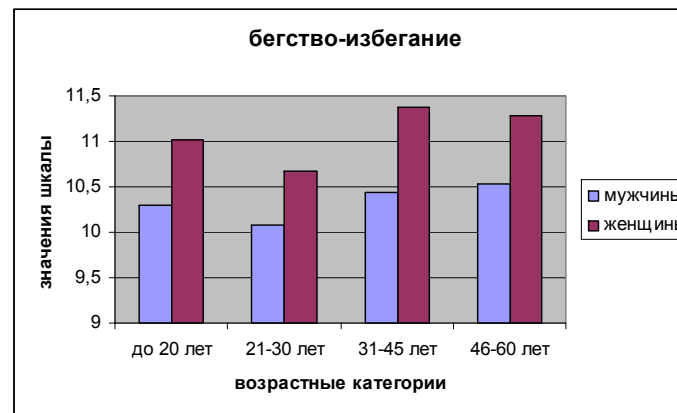


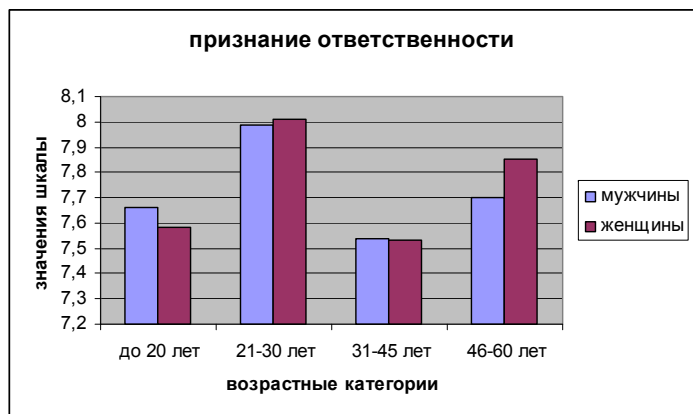
Рис. 4. Показатели копинг-стратегии «самоконтроль» в зависимости от пола и возраста



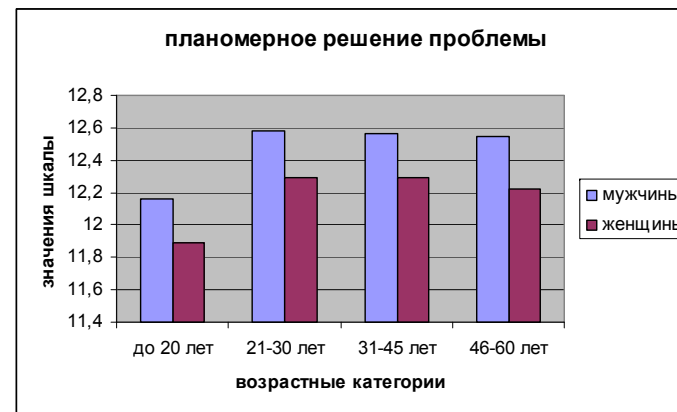
**Рис. 5.** Показатели копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» в зависимости от пола и возраста



**Рис. 7.** Показатели копинг-стратегии «бегство-избегание» в зависимости от пола и возраста



**Рис. 6.** Показатели копинг-стратегии «признание ответственности» в зависимости от пола и возраста



**Рис. 8.** Показатели копинг-стратегии «планомерное решение проблемы» в зависимости от пола и возраста

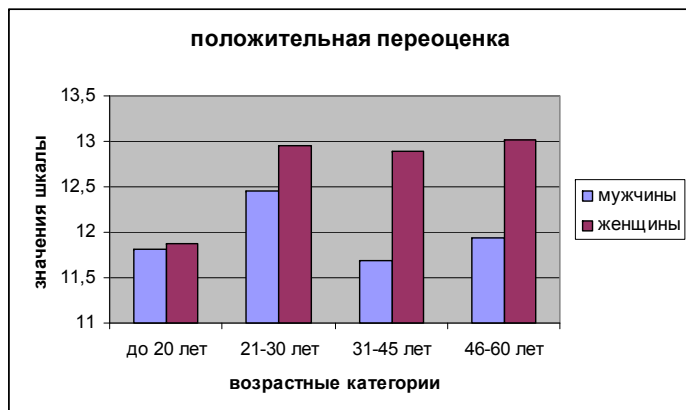


Рис. 9. Показатели копинг-стратегии «положительная переоценка» в зависимости от пола и возраста

Был проведен сравнительный анализ (статистическая обработка данных проводилась методом дисперсионного анализа ANOVA) отдельно в группе мужчин и в группе женщин.

В мужской выборке стратегии «конфронтация», «планомерное решение проблемы», «бегство – избегание», «поиск социальной поддержки», «положительная переоценка» и «признание ответственности» используются в одинаковой степени во всех возрастных группах (достоверных различий не обнаружено). Достоверные различия были получены по шкалам «дистанцирование» и «самоконтроль».

1. **Дистанцирование** (мысленное переключение и эмоциональное отстранение от проблем) **наиболее часто используется мужчинами в возрасте 31-45 лет** ( $M=9,33$ ;  $p=0,008$ ). Исследование выявило, что молодые люди в возрасте до 20 лет склонны меньше всех остальных подгрупп эмоционально отстраняться и дистанцироваться от проблем ( $M=8,24$ ). Стратегия эмоционального отстранения позволяет не включаться в какие-либо сложные или неприятные ситуации, особенно если возможности по их изменению (разрешению) невелики. **Дистанцирование, безусловно, является эмоционально-фокусированной стратегией совладания со стрессом.** Умение не захватываться эмоциональными переживаниями, а переключаться от проблемы дает возможность концентрироваться на решении наиболее важных и первостепенных задач, сохранять ясность мышления, расставлять приоритеты. Это приобретает с опытом, как жизненным, так

и опытом решения производственных и профессиональных задач. Более того, накопленный с годами опыт позволяет использовать какие-либо уже известные, более эффективные или «энергосберегающие» приемы, избегать «бесполезных» моделей поведения.

2. **Самоконтроль** (усилия по регулированию своих чувств и действий) в одинаковой степени часто используется всеми обследованными мужчинами, но **чаще всех она используется молодыми людьми в возрасте 21-30 лет** ( $M=14,16$ ,  $p=0,03$ ). Недостаток опыта у молодых людей может успешно компенсироваться повышенным контролем над своим поведением (действиями, высказываниями); предпринимаются сознательные усилия по сохранению уверенности и самообладания, сдержанности в своих спонтанных проявлениях. В среднем возрасте, к примеру, самоконтроль актуален уже в меньшей степени, так как поведение становится привычным и во многом стереотипным ( $M=13,24$ ).

В женской выборке были получены достоверные различия средних между возрастными группами по следующим шкалам: «дистанцирование», «самоконтроль», «поиск социальной поддержки» и «положительная переоценка».

1. **Дистанцирование.** Наиболее **высокие показатели** наблюдались в группе **женщин 46-60 лет** ( $M=9,38$ ,  $p<0,05$ ). Реже всех к этому способу совладания прибегают женщины 21-30 лет ( $M=8,5$ ,  $p<0,05$ ). Так же, как и в группе мужчин, накопленный жизненный опыт позволяет сразу не бросаться «напропалую» в решение проблем, по необходимости отключаться от обступивших обстоятельств. Женщины с возрастом научаются сохранять хладнокровие и отстраненность позиции при восприятии негативных явлений жизни или поступающей неприятной информации. Исследование показало, что на этапе **ранней молодости (21-30 лет), женщины хуже всего склонны дистанцироваться от проблем.** Мы предполагаем, что это тесно связано с рождением и воспитанием детей, которые являются наиболее важными целями на данном возрастном этапе жизни женщины. Задачи данного возраста требуют высокой активности в преодолении стресса, вызванного появлением семьи и детей, активного внимания и контроля за поведением, необходимости обслуживания и обеспечения их жизнедеятельности. Поэтому данная стратегия в этой возрастной группе не актуальна и, как следствие, редко используется.

2. **Самоконтроль.** Оказалось, что **реже всего** прибегают к контролю над эмоциями и поддержанию самообладания в трудных ситуациях **женщины в возрасте 31-45 лет** ( $M=13,32$ ;  $p=0,002$ ), а также **девушки менее 21 лет** ( $M=13,43$ ). Самые высокие показатели использования данной стра-

тегии обнаруживают молодые женщины 21-30 лет ( $M=14,25$ ,  $p<0,01$ ). Так сказать, используют скорее мужской подход к преодолению трудностей – подавляя эмоции в себе и сохраняя самообладание (у мужчин в этом возрасте тоже самые высокие показатели самоконтроля). С одной стороны, высокие показатели самоконтроля нами связываются с задачами профессионального становления и отсутствием опыта решения проблем у молодых людей данной возрастной группы. С другой стороны, у женщин это связано с обстоятельствами, указанными выше, поскольку выполнение воспитательной функции требует от женщины повышенной ответственности и собранности.

3. **Поиск социальной поддержки.** Данный способ преодоления трудностей чаще других применяют женщины в возрасте 31-45 лет ( $M=12,05$ ;  $p=0,03$ ) и реже всех девушки младше 21 лет ( $M=11,24$ ). Также редко обращаются за помощью женщины 46-60 лет ( $M=11,23$ ;  $p=0,053$  – различия на уровне тенденции). Интерпретация аналогична описанию мужской выборки. Но по сравнению с мужчинами, женщины 46-60 лет все же чаще обращаются за помощью к социальному окружению.

4. **Положительная переоценка.** Достоверно реже используют данную стратегию совладания молодые девушки младше 21 лет ( $M=11,88$ ;  $p<0,000$ ). Они не склонны искать позитивный смысл в событиях и обесценивать их значимость, следовательно, легко впадают в состояние паники или уныния, часто испытывают чувство беспомощности и разочарования. С увеличением возраста и приобретением жизненного опыта появляется способность «философски» относиться к действительности, видеть не только отрицательные, но и положительные стороны происходящих событий, с оптимизмом смотреть в будущее.

5. **Планомерное решение проблемы.** Ниже всех показатели данного копинга в группе женщин младше 21 лет ( $M=11,89$ ). Т.е., молодые девушки достаточно пассивны в преодолении трудностей (различия на уровне тенденции), и в этом возрасте еще не обладают навыками конструктивного планомерного разрешения возникающих проблем. Данный копинг наиболее активно используется взрослыми женщинами.

В стратегиях «бегство – избегание», «конфронтация» и «принятие ответственности» группы женщин практически не различаются между собой (на значимом уровне нет различий).

Был проведен сравнительный анализ копинг-поведения мужчин и женщин на определенных возрастных этапах развития (использовался t-критерий Стьюдента). Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

**Сравнительный анализ копинг-поведения между мужчинами и женщинами в одинаковых возрастных группах ( $M \pm \sigma$ )**

Копинг-стратегия	Мужчины (n=639)	Женщины (n=988)	p
<i>до 20 лет</i>			
Самоконтроль	14,08±3,3	13,43±2,9	0,03
<i>31-45 лет</i>			
Поиск социальной поддержки	11,17±2,9	12,05±3,2	0,005
Бегство – избегание	10,43±3,8	11,38±3,4	0,01
Положительная переоценка	11,69±3,1	12,89±3,5	0,001
<i>46-60 лет</i>			
Положительная переоценка	11,93±3,9	13,02±3,9	0,05

Примечание: p – достоверность различий.

Таким образом, исследование показало, что копинг-поведение тесно связано с поло-ролевыми характеристиками человека и обусловлено гендерными стереотипами. Так, среди женщин в трудных жизненных ситуациях принято чаще обращаться за психологической поддержкой и помощью к социальному окружению, по сравнению с мужчинами, они чаще избегают решения проблем, в большей степени склонны искать позитивные стороны в трудностях, придавая им новый смысл, тем самым, снижая и обесценивая для себя значимость этих событий. В остальных стратегиях совладающего со стрессом поведения мужчины и женщины предпочитают прибегать к одинаковым вариантам. В целом, для взрослого населения России характерны активные проблемно-фокусированные стратегии совладания с жизненными трудностями, а также стратегии эмоционального отстранения, умение «переключаться» от проблем и предотвращать стрессы путем избегания неприятностей.

Исследование также показало, что копинг-поведение не является постоянной величиной (в отличие от бессознательных механизмов психологической защиты), а изменяется на разных этапах жизненного пути человека. Самоконтроль, признание ответственности и положительная переоценка наиболее часто используются в ранней молодости и в 21-30 лет. Планомерное решение проблем с увеличением возраста постепенно усиливается и закрепляется на протяжении всей взрослой жизни. Бегство-избегание также становится предпочтительным после 30 лет (31-45 и особенно 45-60 лет). Поиск социальной поддержки наиболее важен в возрасте 21-45 лет, в меньшей степени используется в юности (до 20 лет) и зрелости



(45-60). Конфронтация популярна в период юности, затем снижается и после 45 вновь становится актуальной, признание ответственности после 45 лет также повышается.

Следовательно, **стиль совладания активно формируется в юном возрасте**, на начальном этапе становления взрослости. Проверяются на практике и отбираются наиболее подходящие и эффективные способы решения проблем. С возрастом репертуар совладания расширяется, и в дальнейшем человек скорее бессознательно (автоматически) использует наработанный репертуар поведения, сложившуюся устойчивую систему взглядов и подходов к тем или иным явлениям. Развивается способность к объективной оценке ситуации и своих возможностей влияния на нее, что, по мнению Р.Лазаруса, является ключевым фактором в выборе эффективного способа совладания. **Важным приобретением возраста является умение предотвращать (или предвосхищать) проблемы**, т.е. упреждающий метод борьбы (совладания) со стрессом; формируется «модель экономии энергии» в проблемно-решающем поведении. Учитывая достаточно большой объем экспериментальных данных, можно говорить о некоей закономерности в предпочтении тех или иных стратегий преодоления стресса в зависимости от возрастного этапа, на котором находится человек.

По нашим результатам, **с возрастом** на фоне преимущественного использования активных проблемно-фокусированных стратегий совладания со стрессом все же постепенно **усиливается тенденция к дистанцированию и бегству от проблем**. И это не противоречит литературным данным, где говорится, что в некоторых ситуациях, если они объективно не зависят от человека, наиболее адекватным способом совладания с ними может стать «бегство – избегание» [80]. С возрастом люди начинают более реалистично относиться к ситуации и своим возможностям что-либо в ней изменить, наблюдается переход от «активного» к «пассивному» преодолению. По нашим результатам, у женщин с возрастом несколько усиливается конфронтация (т.е. настойчивость и агрессивность в преодолении трудностей).

### Глава 3 СОВЛАДАЮЩЕЕ СО СТРЕССОМ ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА ЛИЧНОСТИ: АНАЛИЗ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ

#### 3.1. Взаимосвязь копинг-механизмов и механизмов психологической защиты личности

В современной психологической литературе обсуждается взаимосвязь копинга и механизмов психологической защиты (МПЗ). На основании проведенной математико-статистической обработки данных, полученных в нашем исследовании, мы рассмотрели и проанализировали взаимоотношения между копинг-реакциями и бессознательными защитными механизмами взрослых здоровых респондентов в структуре психической адаптации личности.

Было обнаружено, что если в репертуаре совладающего поведения личности мало используются активные проблемно-решающие стратегии, то уровень напряженности психологических защит оказывается более выраженным. В результате дальнейшего анализа были выявлены устойчивые сочетания между определенным типом психологической защиты и копингом (рис. 10 и 11), что позволяет говорить о существовании конструкта «защитно-совладающий стиль личности».

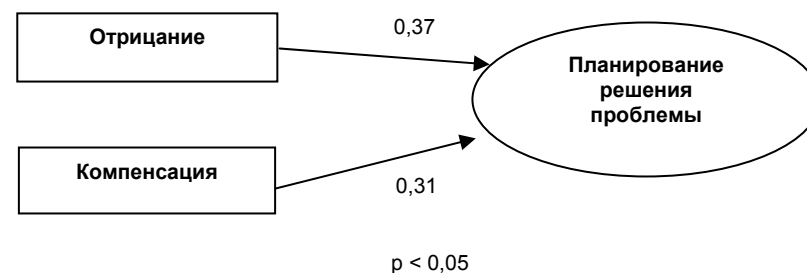


Рис. 10. Взаимосвязи копинга и психологической защиты.

Так, защиты «отрицание» и «компенсация» у здоровых респондентов коррелировали с копингом «планомерное решение проблемы» ( $r=0,37$  и  $r=0,31$ ;  $p<0,05$ ). Защита «отрицание», как известно, запускается сразу при восприятии события и направлена на игнорирование неприемлемой для личности информации или на обесценивание ее значимости. Благодаря отрицанию стимулов, вызывающих тревогу, данный защитный механизм обеспечивает относительную независимость субъекта от изменений ситуации, устойчивость к стрессовым воздействиям. Защита «компенсация» помогает справляться с внутренним напряжением путем выработки личностью социально-приемлемого поведения, неосознанной целью которого является нивелирование субъективного ощущения своей неполноценности. В результате действия этих двух защит формируется более взвешенный взгляд на стрессовое событие, что помогает человеку сосредотачиваться на путях выхода из трудной ситуации. Можно предположить, что выраженность в структуре личности данных защит способствует активизации проблемно-решающего поведения и, в частности, реализации копинг-стратегии «планомерное решение проблемы».

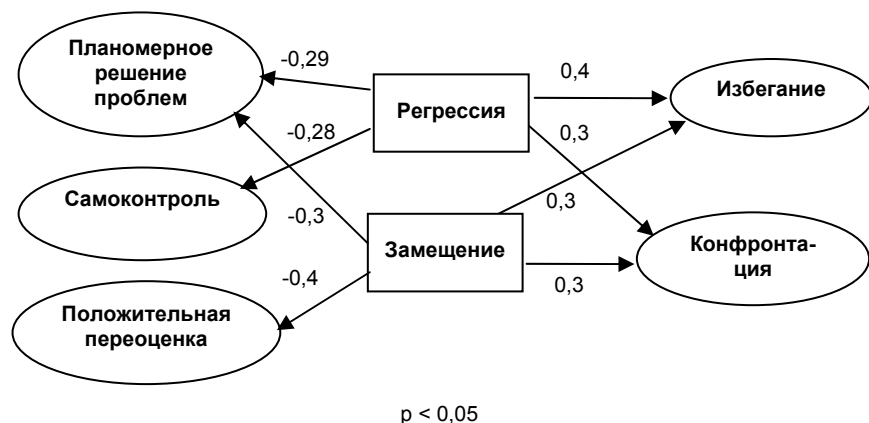


Рис. 11. Взаимосвязи копинга и психологической защиты.

Защитные механизмы «регрессия» и «замещение» положительно коррелировали с копинг-механизмами «бегство – избегание», «конфронтация» (соотв.:  $r=0,41$ ;  $r=0,30$  и  $r=0,31$ ;  $r=0,30$ ;  $p<0,05$ ) и отрицательно – с копингами «планомерное решение проблемы», «положительная переоценка» и «самоконтроль» ( $r=-0,29$ ;  $r=-0,28$  и  $r=-0,40$ ;  $r=-0,30$ ;  $p<0,05$ ). Иными словами, преобладание в структуре личности данных защитных механизмов не толь-

ко не способствует взвешенному анализу, объективной оценке ситуации и поиску путей выхода из нее, но приводит к потере самообладания и самоконтроля, к актуализации, в первую очередь, эмоциональных, незрелых и стереотипных паттернов поведения.

Исследование подтвердило высказываемое нами ранее [22] предположение о том, что выработанная в онтогенезе и определяющая характер непосредственного реагирования на фрустрацию защита определяет стиль и направление сознательных приспособительных реакций и стратегий (табл. 8).

Таблица 8

Корреляционные взаимосвязи копинг-механизмов и механизмов психологической защиты личности ( $n=493$  чел.)

Названия шкал	Отрицание	Вытеснение	Регрессия	Компенсация	Проекция	Замещение	Рационализация	Реактивные образования
Конфронтация			0,3 ***	0,2 **	0,21 **	0,31 ***		
Дистанцирование	0,22 **						0,21 **	
Самоконтроль			-0,28 **	0,18 *			0,18 *	
Поиск соц. поддержки			0,23 **	0,3 ***		0,21 **		
Принятие ответственности			0,2 *	0,21 **		0,18 *		
Бегство – избегание			0,41 ***	0,26 **	0,29 ***	0,31 ***		0,21 **
Планомерное решение проблем	0,37 ***		-0,29 **	0,31 **		-0,3 **	0,18 *	
Положительная переоценка	0,25 **	-0,23 *		0,18 *	-0,21 **	-0,18 *		

Примечание: уровень достоверности: \* –  $p<0,05$ ; \*\* –  $p<0,01$ ; \*\*\* –  $p<0,001$ .

Таким образом, на фоне действия механизмов защиты, поддерживающих психический гомеостаз, личность может более или менее адекватно оценивать события реальности и осуществляет осознанное, последовательное и целенаправленное приспособительное поведение, позволяющее сохранять баланс между требованиями внешней среды и внутренними потребностями.

Данные закономерности подтверждаются и результатами проведенного нами факторного анализа. Посредством метода факторного вращения Varimax with Kaiser Normalization было выделено 5 факторов, которые охватили 59,1% дисперсии (табл. 9).

Таблица 9  
Результаты факторного анализа данных (n=493 чел.)

Переменные	Факторы				
	1 Eigenv. =2,96	2 E=2,19	3 E=1,71	4 E=1,45	5 E=1,14
Конфронтация			<b>0,767</b>		
Дистанцирование			<b>0,747</b>		
Самоконтроль		<b>0,723</b>			
Поиск соц. поддержки		<b>0,494</b>			
Принятие ответственности		<b>0,678</b>			
Бегство – избегание			<b>0,790</b>		
Планомерное решение проблемы		<b>0,502</b>			
Положительная переоценка		<b>0,728</b>			
Отрицание (А)				<b>0,659</b>	
Вытеснение (В)					<b>0,712</b>
Регрессия (С)	<b>0,828</b>				
Компенсация (D)	<b>0,608</b>			0,402	
Проекция (Е)	<b>0,518</b>			0,469	
Замещение (F)	<b>0,761</b>				
Рационализация (G)				0,500	<b>0,613</b>
Реактивные образования (H)				<b>0,670</b>	

**В первый фактор** (Ev=2,96 или 18,5% дисперсии) вошли с высокими весовыми нагрузками защитные механизмы – *регрессия* (0,67), *компенсация* (0,65), *проекция* (0,64), и *замещение* (0,76). Данный фактор описывает защитную форму реагирования, представляющую собой бурные эмоцио-

нально-насыщенные реакции в ответ на фрустрацию и стресс, содержащие в большинстве своем негативные эмоции (плач, злость, агрессия), цель которых – быстрое снятие эмоционального напряжения через отреагирование во вне (рис.12). Сочетание данных видов защиты представляет собой устойчивый защитный стиль личности, который в своих внешних проявлениях, по нашему мнению, сопровождается враждебностью и вызовом, т.е. поведением, провоцирующим конфликт, или наоборот, уходом от решения проблем. Это предположение подтверждается данными корреляционного анализа, представленного выше (см. табл. 8).

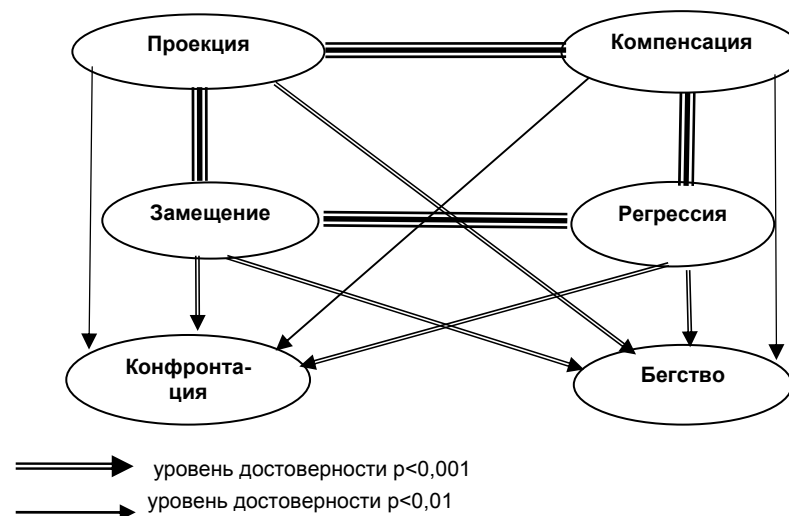


Рис. 12. Характеристики 1 фактора.

Наиболее тесные взаимосвязи между данными психологическими защитами обнаруживаются с копингами *бегство – избегание* и *конфронтация*. Можно утверждать, что эти стратегии отражают (выражают) дефензивный, а точнее **защитный пассивно-оборонительный стиль** поведения личности при совладании со стрессом. Данные копинг-стратегии являются достаточно гибкими и ситуационными способами решения задач, с одной стороны. С другой стороны, такая множественная связь с большим количеством защит указывает на то, что эти стратегии тесно связаны с индивидуально-личностными особенностями (свойствами), а, следовательно, являются устойчивыми характеристиками поведения. **Фактор отражает пас-**

сивный и незрелый эмоционально-фокусированный стиль преодоления стресса (см. рис.12). Пассивно-оборонительный стиль поведения личности чаще всего соотносится с недостаточной психической зрелостью, эмоциональной нестабильностью, низкой стрессоустойчивостью.

**Второй фактор** ( $E_v=2,19$ ; 13,7% дисперсии) включал в себя основные стратегии совладающего поведения – *положительная переоценка* (0,73), *самоконтроль* (0,72), *принятие ответственности* (0,68), *планомерное решение проблемы* (0,50) и *поиск социальной поддержки* (0,49). Ни один механизм психологической защиты в данный фактор не вошел (рис. 13).

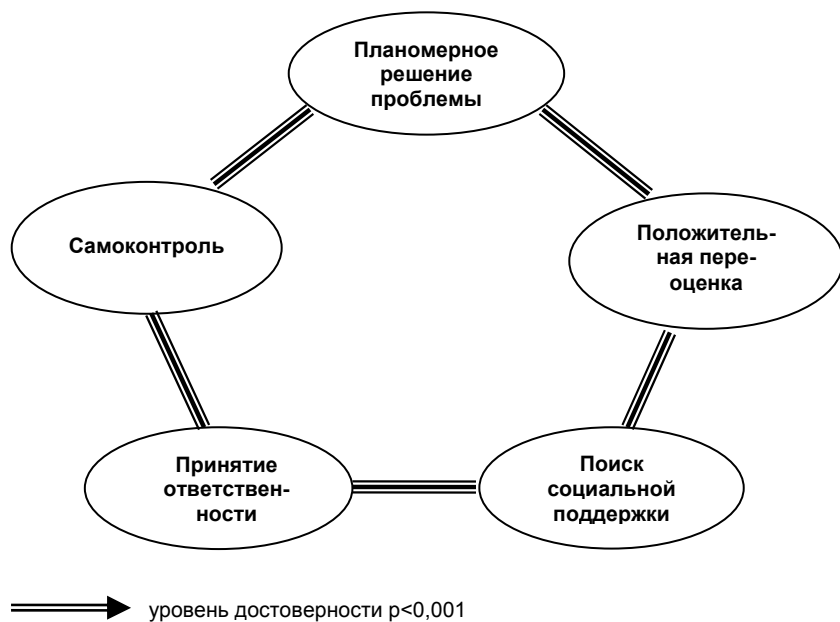


Рис. 13. Характеристики 2 фактора.

Как видно из рис. 13, в данный фактор вошли проблемно-фокусированные и эмоционально-фокусированные копинг-стратегии, реализуемые в поведенческой, когнитивной и эмоциональной сферах. Такое сочетание копинг-стратегий представляет активное проблемно-ориентированное совладающее поведение, направленное на поиск информации и помощи социального окружения, на сохранение контроля над чувствами и действиями, на когнитивную переработку ситуации. Данный стиль поведе-

ния является достаточно гибким и ориентированным на ситуацию, однако имеет схожие черты с известным в литературе «мониторинговым» личностным стилем реагирования на стресс. Копинг-стиль по типу повышенной бдительности («monitors») способствует тому, что люди обращаются за медицинской помощью при первых, еще незначительных признаках расстройств и заболеваний, стремятся получить как можно больше информации о своем состоянии и возможностях лечения, склонны настаивать на проведении многочисленных диагностических процедур, ориентированы на максимальное использование медицинских ресурсов. Таким образом, фактор 2 по своему содержанию отражает **активный проблемно-решающий стиль преодоления трудностей** с широким спектром как поведенческих, так и когнитивных и эмоциональных копинг-стратегий.

**В третий фактор** ( $E_v=1,71$  или 10,7% дисперсии) с высокими весовыми нагрузками вошли копинг-стратегии – *бегство* (0,79), *конфронтация* (0,77), *дистанцирование* (0,75). Данный фактор описывает, как нам представляется, **избегающий стиль поведения**, осознанное стремление личности к уклонению от решения проблем (рис. 14).

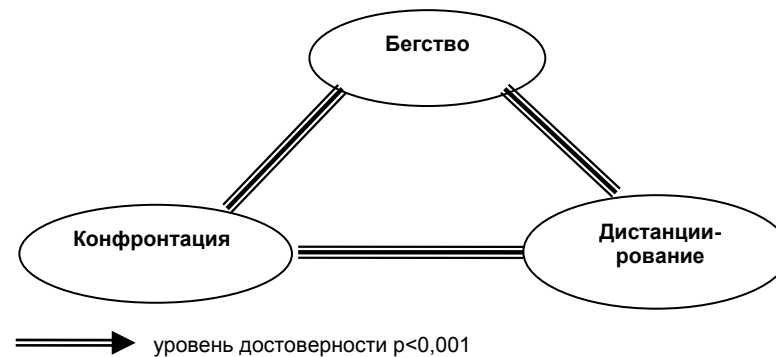


Рис. 14. Характеристики 3 фактора.

Надо заметить, что в данном факторе не представлены психологические защиты. Следовательно, он описывает в большей степени ситуационно обусловленное избегающее копинг-поведение, которое, в отличие от устойчивых «диспозиционных» стилей личности, выбирается индивидом в зависимости от особенностей стрессового события, как один из вариантов решения проблемы.

**Четвертый фактор** ( $E_v=1,45$  или 9,04% дисперсии) представляет сочетание защитных механизмов – *реактивные образования* (0,67), *отрицание* (0,66), *рационализация* (0,50), косвенную роль в нем играют также *проекция* (0,47), *компенсация* (0,40).

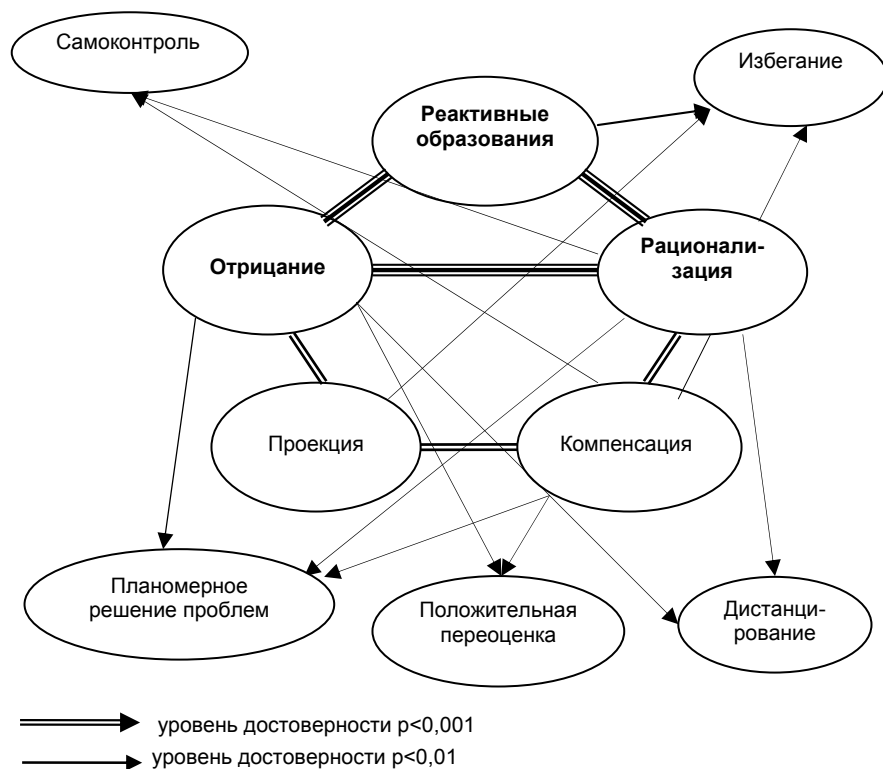


Рис. 15. Характеристики 4 фактора.

Данное сочетание защит отражает защитный стиль реагирования (defensive) на стресс, в **основе которого лежат процессы когнитивной переработки информации – игнорирование, искажение, обесценивание** и др. формы бессознательной трансформации поступающей негативной информации с целью сохранения психического гомеостаза, целостности личности. Причем, копинг-механизмы здесь существенной роли не играют, поскольку данный фактор характеризует устойчивый склад личности, стиль

(паттерн) эмоционального реагирования (отношения) на фрустрацию. Стратегии дальнейшего поведения могут выбираться в зависимости от обстоятельств, так как копинг-стратегии – гибкие и динамичные процессы, а индивидуальный склад личности (доминирующие в структуре личности виды психологической защиты) определяет выбор приспособительного поведения. На наш взгляд, этот фактор характеризует **подавляющий стиль преодоления стресса** (рис. 15). Лица подавляющего стиля реагируют на вызывающие тревогу стимулы избегающим поведением, предпочитают подавлять в себе негативные переживания. Представляется, что данное поведение актуализируется в условиях «невозможности» влияния или изменения ситуации (например, тяжелая неизлечимая болезнь). Выявленный нами стиль может также рассматриваться как блантерный («blunters») стиль личности, поскольку характеризуется уклонением от восприятия, игнорированием негативной информации. Как показано в других исследованиях, «blunters» недостаточно реагируют на ранние признаки заболевания и ждут последующих, более выраженных проявлений психологических и физических нарушений, прежде чем обращаются за медицинской помощью.

По нашим данным, подавляющий стиль реагирования на стресс в большей степени редуцирует тревогу, чем все остальные виды защит, поэтому благоприятствует выработке адекватного ситуации, конструктивного и взвешенного совладающего поведения. Результаты проведенного нами корреляционного анализа подтверждают, что существует тесная взаимосвязь защитных механизмов *отрицание, рационализация* и *компенсация* с копинг-механизмами *планомерное решение проблемы, самоконтроль, дистанцирование* и *положительная переоценка* (см. табл. 8 и рис. 11).

**Пятый фактор** ( $E_v=1,14$  или 7,15% дисперсии) – в него вошли механизмы психологической защиты *вытеснение* (0,71) и *рационализация* (0,61). Нам представляется, что он так же отражает личностную диспозицию, отраженную в предыдущих двух факторах, и также в какой-то степени перекликается с обсуждаемыми в современной зарубежной литературе устойчивыми стилями совладания личности («блантеры» и «супрессоры») (рис. 16).

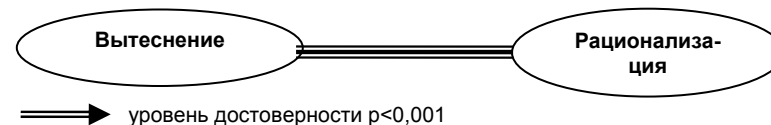


Рис. 16. Характеристики 5 фактора.

Таким образом, нами выделены несколько стилей поведения по совладанию со стрессом:

- **пассивно-оборонительный**, эмоционально-незрелый защитный стиль;
- **высокая поисковая активность**, направленная в сторону решения проблем и преодоления возникших трудностей;
- **активно-избегающее поведение**, направленное на сознательное уклонение от проблем;
- **подавляющий, защитный стиль**, направленный на устранение или подавление из сознания неприятной травмирующей информации.

В структуре каждого из выделенных нами стилей преодоления трудностей наблюдается разное сочетание защитных механизмов и копинг-механизмов личности. Два стиля – *пассивно-оборонительный* и *подавляющий* – отражают формы реагирования на стресс, в которых доминируют бессознательные защитные механизмы преодоления фрустрации и тревоги. Именно они определяют выработку дальнейшего сознательного поведения по приспособлению к требованиям среды. И если в первом случае это будут эмоциональные формы переживания, преодоления стресса (в т. ч. агрессивные попытки изменения ситуации), то во втором – более взвешенная позиция благодаря когнитивным «фильтрам» (бессознательным механизмам переработки информации), сохранение самообладания и оптимизма, обесценивание проблем или достаточно легкое отношение к ним и их разрешению.

Два других стиля – *активный проблемно-фокусированный* и *активно-избегающий* – представляют собой сознательные стратегии преодоления трудностей, в них доминируют соответствующие копинг-стратегии. Мы предполагаем, что данные сочетания преодолевающего поведения в большей степени характеризуются ситуационной обусловленностью.

В целом, мы утверждаем, что целесообразно рассматривать приспособительное поведение как устойчивое сочетание бессознательных защитных механизмов психики и сознательных приемов преодоления стресса, как **единый защитно-совладающий стиль личности**. В зависимости от доминирования в нем защитных форм или копинговых стратегий поведения в ответ на стресс, он может быть гибким и адекватным ситуации, а может быть незрелым и стереотипным. Последний может рассматриваться как психическая уязвимость личности, поскольку связан с низкой сопротивляемостью к стрессу и, на наш взгляд, приводит к нарушениям психической адаптации, развитию различных психосоматических и психических расстройств.

### 3.2. Защитно-совладающий стиль личности и симптоматика: выявление маркеров психологического неблагополучия и риска психической дезадаптации

В рамках своего исследования мы сделали попытку изучить взаимосвязь защитно-совладающего поведения и выраженности психопатологических симптомов (невротический уровень расстройств) в выборке взрослых, здоровых и активно функционирующих людей. Предполагалось, что выраженность разнообразных жалоб соматического и психологического характера отражает общий уровень психологического дискомфорта личности и высокую степень внутреннего эмоционального напряжения, являющиеся облигатными признаками (чертами) нарушений психологической адаптации. Именно степень выраженности различного рода симптоматики, по мнению Н.В. Тарабриной, может служить диагностическим маркером психологического неблагополучия и дезадаптированности личности [46].

В исследовании приняли участие 106 студентов-менеджеров одного из экономических институтов Санкт-Петербурга, средний возраст  $19 \pm 2,4$  лет, среди них – 45 мужчин и 61 женщина (исследование проводилось в сотрудничестве с к.п.н. Редькиной М.В.) [24]. В качестве диагностического инструмента для оценки уровня психологического дистресса и выраженности симптомов переживаемого психологического дискомфорта использовалась методика «Симптоматический клинический опросник соматических жалоб» (SCL-90-R, в адапт. Н.В. Тарабриной, 2001).

Исследование выявило, что уровень выраженности психопатологических симптомов, отмечаемых здоровыми испытуемыми, значительно превосходил средненормативные показатели, полученные на выборке американских здоровых испытуемых (соотв.:  $m=0,57$ ;  $m=0,35$ ), а по некоторым параметрам превышал российские нормативные показатели. Этот факт является тревожным сигналом, свидетельствующем об общем неблагополучии с точки зрения психического здоровья активной и относящейся к здоровой части населения молодежи (табл. 10).

Мы предполагаем, что обследованные нами юноши и девушки переживали выраженный дистресс, связанный с трудностями обучения в вузе, задачами собственной реализации и психологической адаптации среди взрослых людей, в профессиональной среде и в социуме в целом.

Таблица 10

## Сравнение данных симптоматического опросника SCL-90-R

Шкалы опросника	Исследуемая выборка (n=106)	Российская норма (данные Тарабриной Н.В.)	Нормы США
	М	М	М
Соматизация	0,55	0,69	0,36
Обсессивность – компульсивность	0,78	0,76	0,39
Межличностная тревожность	0,84	0,83	0,29
Депрессивность	<b>0,70</b>	0,68	0,36
Тревожность	0,56	0,62	0,30
Враждебность	<b>0,89</b>	0,71	0,30
Фобии	0,24	0,35	0,13
Паранойальность	<b>0,78</b>	0,67	0,34
Психотизм	0,44	0,42	0,14
Дополнительные пункты	0,55	0,60	0,31
Общий индекс GSI	0,63	0,64	0,36

Исследуемая выборка была разделена нами на 2 группы по уровню выраженности симптоматики, где: группа 1 (68 чел.) – «здоровые» ( $m \leq 0,6$  баллов по SCL-90) и группа 2 (38 чел.) – «группа риска» ( $m > 0,6$  баллов по SCL-90). Следует отметить, что группа риска, т.е. те испытуемые, у которых выраженность психопатологической симптоматики достигала невротического уровня, составила 35,8% от общего числа выборки. Группы были сопоставлены и сравнивались между собой по частоте использования психологических защит и копинг-механизмов (табл. 11). Были обнаружены достоверные различия в копинг-поведении и в структуре психологической защиты между сравниваемыми группами (использовался критерий Манна-Уитни).

Группа риска достоверно отличалась от группы здоровых слабостью защиты «отрицание» ( $p=0,001$ ) и выраженностью защит «регрессия» ( $p=0,000$ ), «проекция» ( $p=0,05$ ), «замещение» ( $p=0,000$ ), а также общим уровнем напряженности психологических защит ( $p=0,006$ ). Т.е. у респондентов, отмечавших различного рода беспокойство, тревогу, эмоциональные нарушения и соматические расстройства, в структуре личности преобладали такие защиты, как «регрессия», «проекция», «замещение».

Таблица 11

## Уровень достоверности различий между сравниваемыми группами по критерию Манна-Уитни

Переменные	Уровень достоверности, p
Конфронтация	0,003
Признание ответственности	0,006
Избегание	0,01
Отрицание	0,001
Регрессия	0,000
Компенсация	0,036
Проекция	0,049
Замещение	0,000
Уровень напряженности МПЗ	0,006

В данном случае выявленные психологические защиты являлись либо «аварийными», вынужденными способами реагирования личности в условиях хронического дистресса (т.е. вторичными по отношению к стрессу), либо отражали определенный склад личности, который характеризуется высокой уязвимостью к стрессу (т.е. первичны в отношении развития стресса), что, в результате, и привело этих людей в «группу риска». В любом случае, на основании обнаруженного факта, можно с уверенностью говорить о том, что **выраженность в структуре личности психологических защит «регрессия», «проекция» и «замещение» является неблагоприятным фактором для психологического здоровья и психической стабильности личности.** Они опосредуют **низкую вариативность копинг-поведения** (см. результаты корреляционного и факторного анализов) и формируют **пассивно-оборонительный стиль** совладания со стрессом. Наличие и выраженность различной психопатологической симптоматики в самоотчетах респондентов доказывает, что данный стиль защитно-совладающего поведения не является адаптивным (успешным), а наоборот, способствует развитию психологической дезадаптации личности.

Примечательно, что по нашим результатам защита «отрицание» оказалась достаточно «благоприятным» механизмом психологической защиты личности. При выраженности защиты *отрицание* респонденты отмечали меньше различных невротических и соматических жалоб, не испытывали тревожного опасения или какого-либо внутреннего напряжения. Это может указывать либо на то, что они действительно не испытывают эмоционального дистресса, т.е. лучше адаптированы, либо отражает отмечавшуюся неоднократно в литературе тенденцию игнорировать внутреннее напряже-

ние и дискомфорт, недооценивать какие-либо проблемы со здоровьем и трудности во взаимоотношениях у личностей с ведущей защитой «отрицание». Такие респонденты неосознанно стремятся давать социально желательные ответы при опросах. Последнее предположение представляется более убедительным и рассматривается нами как проявление особенностей «блантерной» диспозиции личности. Вместе с тем, по нашим наблюдениям, при развитой защите «отрицание» люди действительно редко жалуются на психологический дискомфорт и проблемы со здоровьем, им легче удастся контролировать свои чувства, сохранять самообладание в трудных ситуациях, вырабатывать гибкие и конструктивные тактики и стратегии совладания с трудностями, они характеризуются низкой тревогой, оптимизмом и уверенностью в себе. Представляется, что данный склад личности формируется, во-первых, на основе высокой нервно-психической устойчивости, как биологической характеристики индивида, определяющей в дальнейшем стрессоустойчивость личности.

При исследовании различий в копинг-поведении было обнаружено, что испытуемые «группы риска» достоверно чаще использовали копинг-стратегии «конфронтация» ( $p=0,003$ ), «избегание» ( $p=0,01$ ) и «признание ответственности» ( $p=0,006$ ), чем здоровые респонденты. Т.е. в преодолении трудностей менее адаптированные испытуемые либо агрессивно реагируют на препятствие, либо избегают решения ситуации, либо, наоборот, склонны чрезмерно винить себя и считать причастными к ее возникновению. В целом, было обнаружено, что для испытуемых, относящихся к «группе риска», был характерен **дисбаланс в системе защитно-совладающего поведения**, а именно – дефицит конструктивных проблемно-решающих стратегий и частое прибегание к защитным формам реагирования.

В дальнейшем полученные экспериментальные данные подвергались статистической процедуре факторного анализа с использованием Varimax-вращения, в результате чего были выделены три фактора (табл.12).

**В первый фактор** с высоким весом (факторные нагрузки  $L>0,60$ ) вошли *все показатели выраженности психопатологической симптоматики* (соматические эквиваленты тревоги), механизм защиты «регрессия» (0,52), а также копинг-стратегии «признание ответственности» (0,37) и «избегание» (0,37). Этот фактор был условно назван нами «**дезадаптация**», т.к. по своему содержанию он отражал именно это состояние – выраженность симптомов тревоги, страха, враждебности, разнообразные соматические расстройства, эмоциональная нестабильность, подавленность, пассивность и избегание решений.

Результаты факторного анализа

Переменные	«Деадаптация»	«Здоровье»	«Уязвимость»
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3
Конфронтация	,264	,358	
Дистанцирование		,364	
Самоконтроль		,475	
Поиск социальной поддержки		,630	
Принятие ответственности	,371	,439	
Бегство – избегание	,368		,416
Планомерное решение		,734	
Положительная переоценка		,713	
Отрицание	-,290	,332	
Вытеснение			,536
Регрессия	,517		,404
Компенсация		,302	,354
Проекция			,528
Замещение	,515		,549
Рационализация			,376
Гиперкомпенсация			,412
Общий индекс МПЗ			,875
Соматизация	,688	,273	-,243
Обсессивность-компульсивность	,853		,
Межличностная тревожность	,761	-,316	
Депрессивность	,883		
Тревожность	,894		
Враждебность	,753		
Фобии	,695		
Паранойальность	,707		,306
Психотизм	,805		
Expl.Var	7,411	2,773	2,898
Prp.Totl	,265	,099	,104

*Примечание:* 1-й фактор – психологическая дезадаптация и развитие психосоматических и невротических расстройств, 2-й – хорошая адаптация, психологическое здоровье, 3-й – психологическая уязвимость, риск возникновения психической дезадаптации.



**Второй фактор** мы назвали «психологическое здоровье и адаптация». В него вошли *все копинг-стратегии* за исключением стратегии «избегание», причем стратегии «конфронтация» (0,36) и «дистанцирование» (0,36) вошли с наименьшими весами. Кроме копингов, этот фактор включал психологические защиты «*отрицание*» и «*компенсация*» с положительными весами (0,33 и 0,30 соотв.), а также показатель выраженности межличностной тревожности с отрицательным весом (-0,32). Это свидетельствует о том, что все поведенческие стратегии, за исключением «избегания», участвуют в формировании уверенного совладающего поведения, не приводящего к внутреннему дискомфорту, и обуславливают хорошую психологическую адаптацию личности. Вместе с тем, исследование показало, что данный стиль защитно-совладающего поведения требует большого психического напряжения и волевого контроля, поскольку **цена активного преодоления трудностей и успешного приспособления к требованиям среды отражается (проявляется) в тенденции к соматизации тревоги** (0,27). Иными словами, наблюдается некоторая тенденция к переходу эмоционального напряжения на соматический уровень.

**В третий фактор**, названный нами «психологическая уязвимость и риск дезадаптации», с положительными весами вошли: копинг-стратегия «*избегание*» (0,42), практически *все защитные механизмы*, кроме «отрицания», *общий индекс напряженности психологических защит* (0,88), а также показатель выраженности симптомов паранойяльности (0,31). Иными словами, данный фактор отражает, на наш взгляд, неустойчивую психологическую адаптацию личности, сопровождающуюся выраженным напряжением и актуализацией механизмов психологической защиты, эмоциональной неустойчивостью с преобладанием негативных эмоций (враждебность), избеганием проблем. Отчетливых признаков психических нарушений и каких-либо психосоматических дисфункций в данной группе пока не выявляется.

Корреляционный анализ данных выявил высокий уровень корреляции между степенью выраженности переживаемого дистресса (GSI) и общим индексом напряженности психологических защит (коэффициент ранговой корреляции  $r=0,35$  при  $p<0,01$ ). Следовательно, **напряженность механизмов защиты указывает не только на наличие внутреннего эмоционального напряжения, но может также служить отчетливым признаком общей дезадаптации личности и риска** возникновения нервно-психических расстройств. Таким образом, высокое внутреннее напряжение и угроза развития симптомов психологического неблагополучия, на наш взгляд, связана с дефицитом активных поведенческих стратегий совладания и выраженным защитно-избегающим поведением.

В целом, проведенный анализ полученных результатов позволил сформулировать своеобразный **«симптомокомплекс дезадаптации»**. Он включает в себя: 1) повышенный общий уровень напряженности психологических защит; 2) преобладание в структуре механизмов защит личности регрессии, замещения и проекции; 3) предпочтение копинг-стратегий конфронтация, избегание, а также принятия на себя чрезмерной ответственности в разрешении проблем.

**Фактор психологического здоровья был связан с активным использованием всех стратегий копинг-поведения**, исключая стратегию избегание. Примечательно, что **во многом этому способствовала выраженность в структуре психологических защит личности механизмов отрицания и компенсации**.

Чрезмерное использование защитных механизмов психики и прибежание преимущественно к защитным формам в преодолении трудностей приводит к неразвитости репертуара сознательных стратегий совладания со стрессом. Личность, обладающая слабым уровнем активных проблемно-фокусированных копинг-стратегий является психологически уязвимой в отношении стрессовых воздействий, т.к. защитно-избегающий стиль реагирования на стресс не только не способствует успешному разрешению проблем и преодолению трудностей, но ведет к хронизации и усилению дистресса, росту внутреннего эмоционального напряжения личности, что в свою очередь требует включения «аварийных» методов снижения тревоги – усилению действия защитных механизмов психики. Так образуется «порочный круг», результат которого – нарастание психической дезадаптации и, возможно, срыв адаптационного барьера психики, развитие нервно-психических расстройств.

**Средние значения копинг-стратегий**  
**по нозологическим группам (сырые оценки)**

Нозологическая группа	Копинг-стратегий							
	конфронтация	дистанцирование	самоконтроль	поиск поддержки	принятие ответственности	бегство	решение проблем	переоценка
РА	8,47	8,79	13,66	12,06	7,79	10,51	12,74	12,56
ЯДПК	8,86	8,83	13,32	11,46	7,82	10,66	12,22	11,86
ГБ	8,93	11,64	11,08	11,84	7,78	12,51	12,18	11,57
ХПН	8,24	8,47	14,00	11,46	6,40	10,35	11,69	10,97
ЧЛП	8,30	9,73	12,54	11,76	6,82	10,58	12,11	11,65
ВИЧ	13,86	16,23	11,28	12,30	7,73	20,66	6,34	11,49
психозы	8,81	8,91	13,36	12,38	8,28	12,84	10,94	11,09
Спортсмены	8,38	8,92	11,44	10,20	6,41	9,69	10,46	10,48
УВД	7,96	8,91	12,48	11,43	7,30	8,48	12,39	9,96
<b>Норма</b>	<b>8,75</b>	<b>8,76</b>	<b>13,66</b>	<b>11,36</b>	<b>7,72</b>	<b>10,68</b>	<b>12,19</b>	<b>12,27</b>

#### 4.1. Сравнительный анализ копинг-поведения «условной нормы» и выборки больных

Как было показано в предыдущей главе, копинг-поведение – это стратегии совладающего поведения, выработанные в процессе онтогенетического развития личности, которые определяют, в дальнейшем, и выбор профессиональной деятельности (род занятий), и те особенности поведения (взаимоотношений), которые приводят человека в «группу риска» с точки зрения возникновения и развития связанных со стрессом заболеваний и то, каким образом человек будет справляться с тяжелой болезнью (собственно со стрессом болезни), что в дальнейшем может как ухудшать, так и облегчать состояние и течение заболевания.

Мы предположили, что лица, страдающие тем или иным заболеванием отличаются в своем копинг-поведении от здоровых людей. Длительно протекающее хроническое заболевание накладывает отпечаток на последующее защитно-совладающее поведение, адаптацию больного в сторону снижения и обеднения репертуара стратегий. Ухудшается взаимодействие больного с окружающим миром, снижается качество комплайенса (кооперации). Более того, те или иные паттерны поведения, сформированные в процессе становления личности и ставшие устойчивыми чертами (диспозицией) личности, могут препятствовать успешной психологической адаптации в условиях уже развившегося заболевания, тем самым, отягощая течение болезни. В табл. 13 представлены результаты измерения способов совладания со стрессом во всех группах больных и здоровых испытуемых.

Были изучены различия между нормативной выборкой и группами больных на уровне значимости  $p < 0,05$  (проверялись методом попарного сравнения групп по t-критерию Стьюдента). Между нормой и всей выборкой больных людей получены достоверные различия ( $p < 0,001$ ) практически по всем стратегиям совладания со стрессом. Это доказывает, что **ситуация болезни влияет на репертуар и стиль поведения в преодолении жизненных трудностей.**

#### 4.2. Особенности копинг-поведения психосоматических больных

Мы приводим результаты сравнительного анализа между всей группой психосоматических больных и здоровыми испытуемыми (табл. 14).

Как видно из табл. 14, психосоматические больные реже, по сравнению со здоровыми испытуемыми, прибегают в стрессовых ситуациях к стратегиям «*конфронтация*» ( $M=8,49$ ), «*самоконтроль*» ( $M=13,01$ ) и «*положительная переоценка*» ( $M=11,56$ ) ( $p < 0,001$ ). Несколько чаще здоровых людей психосоматические больные используют копинг-стратегии «*дистанцирование*» ( $M=9,40$ ), «*поиск социальной поддержки*» ( $M=11,81$ ), реже прибегают к стратегии «*бегства – избегания*» в стрессовых ситуациях ( $M=11,00$ ) (различия на уровне тенденции). Остальные копинг-стратегии по частоте выбора у больных соответствуют нормативным значениям.

Таким образом, при первом рассмотрении и сравнении лиц с психосоматической патологией и «условно здоровых» испытуемых можно увидеть, что больные, в отличие от здоровых людей, не стараются сдерживать свои эмоции и действия, в большей степени стремятся обращаться за информационной и действенной помощью к близким, социальному окружению и

специалистам, склонны чаще эмоционально дистанцироваться, отстраняться от неприятностей, что может являться лишь временным преодолением проблем.

Таблица 14

**Сводная таблица средних значений копинг-поведения группы психосоматических больных (M±σ)**

Копинг-стратегии	Норма	Психосоматические больные (n=331)	p
Конфронтация	8,75±2,8	8,49±2,8*	,0006
Дистанцирование	8,76±3,0	9,40±3,1	
Самоконтроль	13,66±3,1	13,01±3,4*	,000
Поиск социальной поддержки	11,36±3,2	11,81±3,1	
Принятие ответственности	7,72±2,4	7,46±2,3	
Бегство – избегание	10,68±4,0	11,00±3,9	
Планомерное решение	12,19±3,1	12,44±3,1	
Положительная переоценка	12,27±3,7	11,56±3,7*	,000

Примечание: p – достоверность различий.

Из данных табл.15 видно, что в каждой группе больных с различными психосоматическими нарушениями соответствует нормативным значениям только копинг-стратегия *планомерное решение проблемы*, а по остальным стратегиям – *конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, позитивная переоценка* наблюдаются отличия.

Таблица 15

**Сравнительный анализ копинг-поведения психосоматических больных и нормативной выборки**

Группы больных	Копинг	P
Гипертоническая болезнь	Дистанцирование	<0,000
	Самоконтроль	<0,000
	Бегство	=0,001
Ревматоидный артрит	Поиск социальной поддержки	<0,05

Примечание: p – достоверность различий.

В сравнении с нормативными показателями:

1. Больные с ревматоидным артритом (РА) достоверно чаще обращаются за помощью и поддержкой к социальному окружению в трудных для себя жизненных ситуациях, чем здоровые люди (соотв. M=12,06 и Mг=11,36; p<0,01).

2. Больные гипертонической болезнью (ГБ) достоверно чаще стремятся эмоционально дистанцироваться от возникающих трудностей и избегать решения проблем (соотв. M=12,51 и M=11,64), редко стараются урегулировать свои эмоции (самоконтроль M=11,08), чем здоровые люди (срав.: M=10,68; Mг=8,76; M=13,66; p<0,01).

3. Больные язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯДПК) не обнаружили достоверных отличий от нормативных ответов ни по одному показателю.

Таким образом, **пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями, имеют свои отличительные особенности в выборе совладающих со стрессом стратегий поведения.**

С целью изучения особенностей совладающего со стрессом поведения у психосоматических больных в зависимости от специфики заболевания (вида патологии), был проведен анализ различий между средними значениями копинг-стратегий внутри группы психосоматических больных. Для этого была проведена статистическая процедура дисперсионного анализа с использованием методов Tukey (если дисперсии совпадают) и Tamhane (если дисперсии различны).

Таблица 16

**Различия средних значений копинг-стратегий в группах психосоматических больных**

Диагноз	Копинг-стратегия	p
Психосоматические пациенты: – гипертоническая болезнь – язва двенадцатиперстной кишки – ревматоидный артрит	Дистанцирование	<0,000
	Положительная переоценка	<0,05
	Самоконтроль	<0,000
	Бегство	<0,01

Примечание: p – достоверность различий.

**Больные с психосоматическими расстройствами** характеризуются примерно одинаковым репертуаром совладающего поведения. Вместе с тем, выявлен ряд достоверных различий в предпочтении определенных копинг-стратегий у разных нозологических групп (табл. 16):

• **больные ГБ** отличаются от остальных психосоматических больных тем, что в сложных жизненных ситуациях они в меньшей степени стремятся контролировать свои чувства и действия (*самоконтроль* –  $M=11,08$ ); значительно чаще и активнее прибегают к стратегии *бегства* ( $M=12,5$ ) и *дистанцирования* от проблем ( $M=11,6$ ).

• **больные РА** чаще всех остальных психосоматических больных стремятся контролировать свои чувства и действия (повышен *самоконтроль* над поступками и чувствами) ( $M=13,66$ ), при этом не склонны избегать или игнорировать проблемы (*бегство* –  $M=10,51$ ) и чаще стараются использовать когнитивную стратегию *положительной переоценки* ( $M=2,56$ ).

• **больные ЯДПК** не выявили каких-либо характерных отличий, но на уровне тенденции замечены небольшие различия по копинг-стратегии *поиск социальной поддержки*: данные больные реже других стремятся обращаться за какой-либо поддержкой к окружающим ( $M=11,46$ ). Больные язвенной болезнью достоверно отличаются только от больных ГБ по частоте использования копинг-стратегий *самоконтроль* ( $M=13,32$ ) и *дистанцирование* ( $M=8,83$ ). Они в большей степени применяют усилия по урегулированию эмоций, стараются контролировать свои поступки в стрессовых ситуациях и реже могут отключаться (отстраняться) от волнующих проблем.

Таким образом, полученные результаты позволили предположить, что **существует специфический стиль совладания, отражающий своеобразие реагирования на стресс и особенности психологической адаптации**, характерный для каждой группы больных, позволяющий определить места наименьшего сопротивления, т.е. **уязвимость стрессу**.

#### 4.3. Сравнительный копинг-поведения психосоматических пациентов и соматических больных

Соматические заболевания, в частности, хроническая почечная недостаточность или челюстно-лицевая патология, в отличие от психосоматических расстройств, в своем происхождении не связаны с дисбалансом (неуспешностью) адаптационных систем (адаптационных механизмов) психики, приведших к сломам адаптационного барьера и развитию заболевания. Наоборот, собственно сама тяжелая соматическая болезнь представляют серьезную стрессовую ситуацию для болеющего человека, нередко сопровождающуюся витальной угрозой, что требует наивысшего напряжения всех имеющихся адаптационных ресурсов личности для приспособления к сложившейся жизненной ситуации, определяемой болезнью.

В связи с этим мы посчитали целесообразным изучение особенностей защитно-совладающего стиля поведения соматических больных в условиях тяжелого заболевания в сопоставлении защитно-совладающим поведением пациентов с психосоматическими расстройствами.

В группу соматических пациентов были включены больные, страдающие хронической почечной недостаточностью (ХПН) и находившиеся на лечении гемодиализом в отделении нефрологии (106 чел.), и больные с различными травмами и воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области, находившиеся на стационарном лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова (70 чел.).

Сравнительный анализ двух указанных выборок проводился с использованием t-критерия Стьюдента. Были обнаружены достоверные различия на высоком уровне значимости между сравниваемыми группами в выборе совладающего со стрессом поведения по следующим стратегиям: «*конфронтация*», «*самоконтроль*», «*поиск социальной поддержки*», «*признание ответственности*», «*бегство – избегание*».

Таблица 17

**Сравнительный анализ средних значений копинг-поведения психосоматических и соматических больных**

Копинг-стратегия	Больные		p
	психосоматические (n=331)	соматические (n=176)	
Конфронтация	8,49±0,2	7,94±0,2*	<0,05
Дистанцирование	9,40±0,2	9,55±0,2	-
Самоконтроль	13,01±0,2	13,72±0,3*	<0,000
Поиск социальной поддержки	11,81±0,2	11,18±0,3*	<0,05
Принятие ответственности	7,46±0,1	6,87±0,2*	<0,01
Бегство – избегание	11,01±0,2	9,87±0,3*	<0,001
Планомерное решение проблемы	12,44±0,2	12,03±0,3	-
Положительная переоценка	11,56±0,2	11,09±0,3	-

Примечание: p – достоверность различий.

1. Психосоматические больные на высоком уровне значимости достоверно более агрессивны и конфликтны в преодолении трудностей ( $M=8,49$ ), чем соматические больные ( $M=7,94$ ;  $p<0,05$ ).

2. Психосоматические больные хуже справляются с эмоциями, реже стремятся их сдерживать ( $M=13,01$ ), чем соматические больные ( $M=13,72$ ;  $p<0,000$ ).

3. Психосоматические больные чаще обращаются (прибегают) за поддержкой и помощью к окружающим (M=11,81), чем соматические больные (M=11,18; p<0,05).

4. Психосоматические больные чаще склонны к самобичеванию, к чрезмерной ответственности и принятию вины (M=7,46) по сравнению с соматическими больными (M=6,87; p<0,01).

5. Психосоматические больные достоверно чаще склонны к бегству от решения проблем (M=11,01), чем соматические больные (M=9,87; p<0,001).

Таким образом, выявлены достоверные отличия в совладающем со стрессом поведении между больными с психосоматическими расстройствами и больными с соматической патологией. Как показало исследование, соматические пациенты более сдержанны, лучше контролируют свои эмоции и чувства, больше ориентированы на решение проблем. Психосоматические больные чаще используют неконструктивные эмоционально-фокусированные стратегии совладания и предпочитают избегать решения проблем. Данный факт еще раз свидетельствует о роли психического фактора (наличие психических и эмоциональных нарушений) в протекании психосоматических заболеваний. **Тесная взаимосвязь (сплав) личностных особенностей и эмоционального состояния, особенностей личностного реагирования на болезнь – именно они отражаются в стиле преодоления стресса психосоматических пациентов.** Нам представляется, что у данной группы больных в большей степени задействована в приспособлении и напряжена нервная система, а не соматический уровень ресурсов организма. Именно она принимает на себя первый удар и вызывает в последующем «разбалансировку» и функциональные нарушения в деятельности внутренних органов и систем, симптоматикой сигнализируя о психическом дискомфорте и дезадаптации (неблагополучии).

Как показало исследование, соматические больные (с ХПН и ЧЛП), не проявляли каких-либо эмоциональных расстройств или нарушений адаптации, дисбаланса в адаптационной системе личности.

#### 4.4. Особенности копинг-поведения соматических больных

Само по себе соматическое заболевание, тяжесть состояния и протекания болезни, наличие угрозы для жизни или длительность недуга – т.е. стресс, вызванный собственно самой болезнью, влияет на эмоциональное состояние пациентов и может определять выбор совладающего со стрессом поведения. Для исследования была отобрана группа пациентов, явля-

ющаяся крайним примером тяжелого соматического, угрожающего жизни и обрекающего на пожизненные серьезные ограничения в социальном функционировании и, в целом, жизнедеятельности человека, заболевания – это пациенты с ХПН, находящиеся на лечении гемодиализом (исследование проводилось совместно с к.п.н. Васильевой И.А., 2004). В качестве другого полюса соматических заболеваний в исследование была взята группа пациентов, которые внезапно заболели и обратились в стационар после травм, аварий или неудачных медицинских манипуляций – пациенты с различного рода челюстно-лицевой патологией (ЧЛП), находившиеся на лечении в отделении челюстно-лицевой хирургии. Данные пациенты характеризовались малым сроком заболевания, острым течением с выраженным болевым синдромом, отсутствием угрозы для жизни и в какой-то степени благополучным исходом.

Был проведен сравнительный анализ (использовался t-критерий Стьюдента) показателей копинг-поведения среди больных с соматической патологией разной степени тяжести (в том числе с витальной угрозой) и здоровыми людьми. Соматические больные, как показало исследование, используют в своей жизни близкие к нормативным показателям стратегии совладания со стрессом. Однако в зависимости от того, **насколько опасным (тяжелым) было заболевание, в копинг-поведении обнаруживались некоторые различия.**

Таблица 18

Сравнение средних значений копинг-поведения у больных ХПН и ЧЛП в сопоставлении с нормой

Копинг-стратегия	Норма	Больные ХПН (n=106)	Больные с ЧЛП (n=70)	p
Конфронтация	8,75±0,1	7,70±0,3*	8,30±0,4	<0,001
Дистанцирование	8,76±0,1	9,42±0,3*	9,73±0,4*	<0,05
Самоконтроль	13,66±0,1	14,50±0,3*	12,54±0,4*	<0,01
Поиск социальной поддержки	11,36±0,1	10,80±0,4	11,76±0,4	-
Принятие ответственности	7,72±0,1	6,90±0,3*	6,82±0,3*	<0,01
Бегство – избегание	10,68±0,1	9,40±0,4*	10,58±0,4	<0,001
Планомерное решение проблемы	12,19±0,1	11,99±0,4	12,11±0,4	-
Положительная переоценка	12,27±0,1	10,72±0,4*	11,65±0,4	<0,001

Примечание: p – достоверность различий. Здесь приводятся результаты парного сравнения только с группой условной нормы.

**Больные, страдающие ХПН**, вынужденные существовать в условиях витальной угрозы, в большей степени используют копинг-стратегию «*самоконтроль*». Иначе говоря, больные с ХПН чаще прибегают к эмоциональному сдерживанию, к усилиям по поддержанию самообладания. Выраженность самоконтроля у этих больных значительно выше нормы, а также выше, чем в группе психосоматических расстройств и соматических пациентов с травмами и воспалительными процессами (ЧЛП) ( $p < 0,05$ ). Характерной особенностью данных больных оказалось то, что они меньше всех из исследуемых групп прибегают к стратегии «*бегство/избегание*» от проблем. Вероятно, это является адекватным способом поведения, поскольку тяжесть заболевания и наличие постоянной угрозы для жизни вынуждает внимательно относиться к своему здоровью. Избегание или недооценка тяжести и обесценивание каких-либо сигналов как из внутренней, так и из внешней среды в условиях существования реальной угрозы для жизни этих пациентов могут привести к печальным последствиям.

Пациенты с ХПН не склонны приписывать себе вину или какую-либо ответственность при совладании со стрессовыми ситуациями (самые низкие в выборке показатели копинга «*признание ответственности*»). Наличие постоянной витальной угрозы, необходимость внимательно относиться к своему здоровью приводит также к тому, что пациенты с ХПН редко используют стратегию «*позитивная переоценка*». Это позволяет им реально смотреть и адекватно реагировать на события и на все, что может быть связано с угрозой для жизни. Это свидетельствует о том, что длительное пребывание в жизнеопасных условиях повышает личностную готовность к опасности или непредвиденным ситуациям, способствует развитию повышенной бдительности и настороженности.

Таким образом, **факт существования угрозы или близость к ситуациям, угрожающим жизни, в значительной степени определяет совладающее со стрессом поведение**, а именно:

1) повышается восприимчивость к источникам угрозы или неопределенности, события не обесцениваются, а наоборот, наблюдается склонность к гипероценке важности поступающих сигналов;

2) нет склонности к бегству от возникающих стрессовых событий, хотя во многих жизненных ситуациях, особенно не поддающихся влиянию и изменению, бегство является наиболее адекватным копингом. В данном случае это утверждение мало подходит, поскольку избежать тяжелое заболевание невозможно, изменить его пожизненный характер также нельзя, но повлиять на качество и уровень своей жизни в какой-то степени удается.

Именно от того, как пациент с ХПН будет строить свое поведение в ограниченных болезнью жизненных условиях и лечение, зависит вся его жизнь.

Таким образом, исследование выявило достоверные различия в выборе способов совладания со стрессом у пациентов с ХПН в сравнении остальными группами больных и нормой практически по всем показателям ( $p < 0,001$ ).

**Пациенты с челюстно-лицевой патологией** (группы с травмой и воспалительными процессами), напротив, неожиданно столкнувшись с фактом своего заболевания, не считают свое заболевание серьезным или опасным, испытывают надежды на скорое выздоровление. В связи с указанными особенностями протекания заболевания они демонстрируют следующие тенденции в преодолении стресса (уровень значимости различий –  $p < 0,01$ ):

– повышенная тенденция к *дистанцированию* от проблем ( $M=9,73$ );

– снижен уровень *самоконтроля* в преодолении стресса ( $M=12,54$ );

– не выражена стратегия *принятия ответственности* за происходящее, нет склонности к самообвинительным реакциям в трудных жизненных ситуациях ( $M=6,82$ ).

Пациенты с челюстно-лицевой патологией в преодолении трудностей имеют свои отличительные особенности, что обусловлено состоянием здоровья и особенностями протекания болезни. Больные стараются эмоционально отдалиться, дистанцироваться от всего с целью сохранения сил для совладания с болезнью как самым главным стрессором. Следует отметить, что больные с ЧЛП менее сдержанны и хуже умеют контролировать свои чувства, чем здоровые, не склонны к самобичеванию и самообвинению.

Вероятно, **соматическая болезнь, остро протекающая или внезапно возникшая, зачастую связанная с непосредственной угрозой для жизни, накладывает свой отпечаток на отношение к жизни и к проблемам – все, что прямо не относится к состоянию здоровья, находится вне поля зрения, становится не значимым.**

Это связано с тем, во-первых, что больные с ЧЛП были обследованы в начале госпитализации (до 10 дней), т.е. когда они только столкнулись с фактом своего заболевания и предстоящего лечения, когда болезнь еще не стала затяжной и у пациентов сохранялась надежда на выздоровление. Во-вторых, больные с ЧЛП озабочены своим состоянием, поскольку в большинстве своем оно сопровождается болью, и поэтому в своих эмоциональных проявлениях они были менее уравновешенны и сдержанны. И, наконец, **больные с ЧЛП относятся к своему состоянию, как к временному, поэтому стараются не впадать в отчаяние, используют в боль-**

шей степени проблемно-фокусированные стратегии решения проблем (в отличие от психосоматических пациентов).

Сравнительное исследование 2 представленных групп соматических больных между собой показало, что хронические больные с витальной угрозой (ХПН) достоверно отличаются от больных ЧЛП с травмами или воспалительными заболеваниями лица (достоверность различий  $p < 0,05$ ) по нескольким характеристикам копинг-поведения.

Таблица 19

**Сравнительный анализ средних значений копинг-поведения между группами больных ХПН и ЧЛП**

Копинг-стратегия	Больные ХПН (106 чел.)	Больные с ЧЛП (70 чел.)	p
Самоконтроль	14,50±3,3*	12,54±3,3	$p < 0,000$
Бегство – избегание	9,40±3,6	10,58±3,6*	$p < 0,05$

Примечание: p – достоверность различий.

При сравнении показателей способов совладания со стрессом между группами были получены достоверные различия по двум стратегиям: *самоконтроль* ( $M=3,89$ ; при  $p < 0,0001$ ) и *бегство – избегание* ( $M=2,12$ ;  $p < 0,05$ ). Пациенты с ХПН достоверно больше склонны к самоконтролю в совладании с трудностями и достоверно реже избегают решения проблем, чем пациенты с ЧЛП.

Данный факт позволяет говорить о том, что **наличие непосредственной витальной угрозы заставляет вырабатывать специфический стиль совладания со стрессами**. Такие пациенты стремятся активно и своевременно решать возникающие проблемы, склонны к повышенному самоконтролю, не склонны, в отличие от большинства здоровых людей, обесценивать возникающие трудности, что позволяет контролировать свое здоровье и свою жизнь. Можно предположить, что стиль совладания со стрессом, предпочитаемый больными с хронической почечной недостаточностью, связан с высоким психоэмоциональным напряжением, которое может приводить (сопровождаться) развитием эмоциональных расстройств.

#### 4.5. ВИЧ-инфекция: копинг-поведение в условиях стигматизации и угрозы для жизни

Особый интерес вызывают результаты измерения способов преодоления стресса у ВИЧ-инфицированных пациентов (исследование проводилось совместно с сотрудником Ульяновской ГПБ к.м.н. И.В. Тухтаровой, 2005).

Ситуация фатальной витальной угрозы не может не сказываться на механизмах психологической адаптации к факту обнаружения болезни, а также дальнейшего существования и деятельности, особенно в условиях социального отчуждения. Как показало исследование, репертуар копинг-поведения данной группы значительно отличался от других групп больных и от копинг-поведения большинства здоровых людей, явно указывая на то, что эти люди столкнулись с особенно тяжелой жизненной реальностью.

Было обследовано 150 пациентов с диагнозом «ВИЧ-инфекция 2Б», находившихся на диспансерном учете в областном центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (г. Ульяновск) в возрасте от 17 лет до 40 лет. У испытуемых преобладал внутривенный путь передачи ВИЧ-инфекции (74,7% от общей выборки), также выявлен половой путь передачи (3,3%) и путь передачи ВИЧ-инфекции не установлен (22%). Среди пациентов, у которых выявлен внутривенный путь передачи ВИЧ-инфекции, 72,0% больных находились на диспансерном учете в наркологическом диспансере с диагнозом: «Героиновая наркомания». Результаты исследования стратегий совладающего со стрессом поведения по методике Р. Лазаруса представлены в таблице 20.

Таблица 20

**Средние значения копинг-стратегий у ВИЧ-инфицированных больных в сравнении с нормой (M±σ)**

Копинг-стратегии	ВИЧ-больные	Норма	p
Конфронтация	13,86±2,6*	8,75±2,8	$< 0,000$
Дистанцирование	16,23±3,1*	8,76±3,0	$< 0,000$
Самоконтроль	11,28±2,9*	13,66±3,1	$< 0,000$
Поиск социальной поддержки	12,30±2,2*	11,32±3,2	$< 0,001$
Признание ответственности	7,73±1,9	7,72±2,4	–
Бегство	20,66±4,8*	10,68±4,0	$< 0,000$
Планомерное решение проблем	6,34±3,8*	12,19±3,1	$< 0,000$
Положительная переоценка	11,49±2,9*	12,27±3,7	$< 0,01$

Примечание: р – достоверность различий.

Были получены достоверные различия в выборе способов совладания со стрессом у пациентов с ВИЧ-инфекцией по сравнению с нормой практически по всем показателям. **Практически в 2 раза превышают норму показатели по копингам: дистанцирование** от проблем (M=16,23) и **бегство-избегание** (M=20,66). Повышены показатели копингу **конфронтация** (M=13,86). Значительно ниже нормативных значений оказались показатели копинга **самоконтроль** (M=11,28) и **планомерное решение проблем** (M=6,34).

Больные с ВИЧ используют в большей степени эмоционально-фокусированные стратегии совладания. Для данного контингента больных характерно пассивное отношение к преодолению трудностей, стремление к избеганию и эмоциональному отстранению от проблем, склонность к агрессивному реагированию на жизненные трудности. В стрессовых ситуациях им плохо удается контролировать свои действия и эмоции. Указанные копинг-стратегии предполагают определенную степень враждебности и готовности к риску ВИЧ-инфицированных больных. ВИЧ-больные, как показало исследование, не признают своей роли в проблеме и не пытаются ее адекватно разрешить, ищут виновников своих неудач во внешней среде, перенося ответственность на других людей. Вместе с тем, отмечается повышенная потребность в социальной поддержке у данной группы больных (M=12,30). Известно, что заключение брака между инфицированными людьми, а также объединение по принципу получения поддержки со стороны различных религиозных конфессий, представляет собой поведение, направленное на уменьшение чувства одиночества и поиск возможностей для получения психологической поддержки в условиях длительного психоэмоционального напряжения [49].

Таким образом, результаты исследования выявляют наличие ярко выраженного дезадаптивного, дисфункционального копинг-поведения. По сравнению со всей остальной выборкой больных, ВИЧ-инфицированные больные показали себя как более конфликтные и агрессивные люди в преодолении трудностей; у них самые высокие показатели бегства-избегания и дистанцирования от проблем и, вместе с тем, выраженная потребность в социальной поддержке. Следовательно, стигматизация, социальное негативное отношение к ВИЧ-инфекции влияют на эмоциональное состояние и формирование особого совладающего со стрессом поведения данной группы больных. Больные ВИЧ испытывают высокую эмоциональную напряженность, что проявляется в разбалансировке всего стиля совладания со стрессом. Отсутствие остро выраженных симптомов и каких-либо

ограничений жизнедеятельности приводит к выраженному стремлению больных избегать проблем и негативных переживаний, связанных с неизлечимой болезнью.

#### 4.6. Особенности механизмов психологической адаптации у больных с психическими расстройствами

Психическое заболевание само по себе может являться как следствием, так и причиной длительной психической дезадаптации личности. Взаимосвязи психического состояния, особенностей личности больного и механизмов психологической адаптации больных с расстройствами психотического регистра посвящено немало научных публикаций [22, 53]. В своих прежних своих исследованиях мы подробно описали особенности защитно-совладающего поведения больных шизофренией и выявили несколько устойчивых стилей преодоления стресса, которые используют психически больные люди [22]. Тогда для изучения копинг-поведения была использована методика Э. Хейма.

В настоящем исследовании была предпринята попытка проанализировать более подробно и глубоко механизмы совладания со стрессом при помощи методики Р.Лазаруса. Было обследовано 140 больных, страдающих различными психическими заболеваниями (МКБ-10) и находившихся на стационарном лечении в 10 отделении Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (руководитель отделения, проф. А.П. Коцюбинский). Из них 31 пациент с диагнозом «Аффективное расстройство» (F.32-33) (22%) и 109 пациентов с диагнозом «Шизофрения» (F.20) (78%). У 80% пациентов, страдающих шизофренией, тип течения болезни был приступообразно-прогредиентный и непрерывный, у пациентов с аффективными расстройствами преобладало преимущественно рекуррентное течение. Были изучены особенности копинг-поведения психически больных при помощи методики Р. Лазаруса, результаты представлены в табл. 21.

Исследование показало, что больные с психическими расстройствами в преодолении стрессовых событий склонны в большей степени, чем все остальные группы больных, опираться на *социальную поддержку* (M=12,38), что подтверждает важность для их самочувствия и функционирования наличия социальной поддерживающей сети. Для них характерна также выраженная тенденция к *избеганию* проблем (M=12,84) и слабая выраженность проблемно-решающего поведения (*планомерное решение проблем* – M=10,94).



Таблица 21

Средние значения копинг-стратегий в группе психически больных ( $M \pm m$ )

Копинг-стратегии	Психически больные	Норма	p
Конфронтация	8,81±0,3	8,75±0,1	-
Дистанцирование	8,91±0,3	8,76±0,1	-
Самоконтроль	13,36±0,3	13,66±0,1	-
Поиск социальной поддержки	12,38±0,3*	11,36±0,1	<0,001
Признание ответственности	8,28±0,2*	7,72±0,1	<0,005
Бегство – избегание	12,84±0,4*	10,68±0,1	<0,000
Планомерное решение проблемы	10,94±0,3*	12,19±0,1	<0,000
Позитивная переоценка	11,09±0,3*	12,27±0,1	<0,000

Примечание: p – достоверность различий.

Высокие показатели копинга *признание ответственности* ( $M=8,28$ ) указывают на некоторую противоречивость совладающего поведения данных пациентов: в стрессовых ситуациях они стараются спрятаться от проблем, стремятся найти у социального окружения моральную и эмоциональную поддержку, и при этом склонны во всем винить себя. Вероятно, это может быть связано с актуальным психическим состоянием, поскольку у большинства из обследованных пациентов наблюдалась депрессивная симптоматика. Однако в целом такой стиль совладающего поведения соответствует известному в литературе поведению по типу «выученной беспомощности» (M.Seligman) и противоречит эффективному преодолению стресса [79]. В целом результаты данного исследования подтвердили наши предыдущие работы по изучению копинг-поведения психически больных (по методике E.Heim). Еще раз подтверждено, что неспособность к конструктивной активности приводит к тому, что больные укрепляются в чувстве собственной беспомощности и некомпетентности, преимущественно ищут помощи и поддержки со стороны социального окружения.

С целью изучения взаимодействия механизмов копинг-поведения и механизмов психологической защиты у больных психозами в сравнении с нормой была проведена процедура факторного анализа. В результате было получено 4 фактора (покрывающих 56% общей дисперсии), которые описывают устойчивые стили защитно-совладающего поведения, наиболее характерные для этой группы больных (табл. 22).

Таблица 22

## Результаты факторного анализа

Механизмы психологической адаптации	1 фактор	2 фактор	3 фактор	4 фактор
Конфронтация	0,444			-0,392
Дистанцирование			<b>0,633</b>	
Самоконтроль			<b>0,624</b>	
Поиск социальной поддержки		<b>0,688</b>		
Признание ответственности	0,501	0,459		
Бегство – избегание	<b>0,689</b>			
Планомерное решение проблемы		<b>0,729</b>		
Положительная переоценка		<b>0,699</b>		
Отрицание				0,451
Вытеснение			<b>0,625</b>	
Регрессия	<b>0,820</b>			
Компенсация	<b>0,576</b>			
Проекция	<b>0,642</b>			
Замещение	<b>0,729</b>			
Интеллектуализация				<b>0,771</b>
Реактивные образования				0,427

Анализ результатов показал, что ведущим стилем защитно-совладающего поведения (1 фактор – 27,3% общей дисперсии) является защитное эмоциональное реагирование на фоне активного избегания и острого переживания чувства собственной неуспешности (неполноценности). В данный фактор вошли механизмы психологической защиты *регрессия, замещение, проекция, компенсация* и копинг-стратегии *бегство, признание ответственности и конфронтация*. По своему содержанию он напоминает **пассивно-оборонительный стиль**, часто встречающийся и у здоровых людей. На 2-м месте по распространенности у больных был стиль совладания, который можно назвать **проблемно-решающим**, поскольку в нем представлены в большинстве активные проблемно-фокусированные стратегии преодоления стресса: *планомерное решение проблемы, положительная переоценка, поиск социальной поддержки и признание ответственности*. Данный стиль совладания сочетает в себе активные попытки разрешения ситуации, сопровождающиеся чувством вины и поиском поддержки у окружения (фактор 2 – 14,5% дисперсии). Следует отметить, что в

выборке здоровых людей активные копинг-стратегии, в отличие от больных, сочетаются в большей степени с самоконтролем.

Третий фактор (8,2% дисперсии) описывает поведение по типу **дистанцирования от проблем**. В него вошли с большими весовыми нагрузками защита *вытеснение*, а также копинг-стратегии *дистанцирование* и *самоконтроль*. По нашему мнению данный вариант поведения отражает склонность больных шизофренией в ситуациях стресса к социальной изоляции, отгороженности, уходу в мир собственных размышлений на фоне бессознательного подавления имеющихся эмоциональных и межличностных проблем.

Четвертый фактор (5,9% дисперсии) защитный стиль реагирования на стресс по типу «blunters»(подавляющий) или **избегающий** негативной информации стиль поведения. В данный фактор вошли защиты *отрицание*, *интеллектуализация* и *реактивные образования*, которые препятствуют объективному восприятию событий, направлены на устранение тревоги и искажение реальности. С отрицательным весом в фактор вошла копинг-стратегия *конфронтация*, что подчеркивает в данном стиле поведения отсутствие негативных эмоций, осознания проблемы и стремления что-либо менять. Выявленный блантерный стиль реагирования на стресс также часто встречался, по нашим результатам, и у здоровых респондентов.

Таким образом, при сопоставлении результатов факторного анализа нормативными данными обнаружены некоторые различия в защитно-совладающем поведении психически больных по сравнению со здоровыми людьми.

1. Так же как у здоровых людей, у психически больных выявляются пассивно-оборонительный и подавляющий стили поведения в стрессовых ситуациях, в меньшей степени конструктивно и полно, но все же присутствует активный проблемно-решающий стиль преодоления трудностей.

2. Вместе с тем **у психически больных в стрессовых ситуациях обнаруживается склонность к уходу в болезнь с формированием состояния беспомощности и социальной изоляции.**

Данный факт отражает характерный для них вариант «адаптации», описанный многими клиницистами, которые указывают на то, что психическое заболевание играет компенсаторную роль («компенсаторная реакция первого порядка» по Нуллеру Ю.Л., 1998) в условиях повреждающего действия стрессовых факторов (цит. по Коцюбинский А.П. с соавт., 2004) [53]. Как известно, переход психики на другой (патологический) уровень функционирования является «особой формой приспособления организма к требованиям действительности» или «ценой адаптации» [43, 53].

#### **4.7. Влияние болезни на выбор совладающего поведения. Взаимосвязь клинических характеристик болезни и адаптационных механизмов личности**

Механизмы психологической адаптации играют важную роль как в развитии («запуски») болезни, так и в формировании поведения в отношении к болезни, они влияют на характер переживания болезни и, как следствие, на ее течение. С другой стороны, сама болезнь может коренным образом изменить весь стиль жизни и смысловые ориентиры личности. Под влиянием болезни изменяются привычные и выученные ранее, но оказавшиеся непригодными в условиях тяжелого заболевания стратегии преодоления трудностей. В связи с этим важным является изучение взаимосвязи между характером и тяжестью заболевания и защитно-совладающим поведением, между длительностью заболевания и копинг-поведением, в целом адаптационными ресурсами личности больного.

##### **4.7.1. Взаимосвязь длительности заболевания и механизмов психологической адаптации**

При рассмотрении показателей копинг-поведения больных на разных временных этапах протекания болезни было замечено, что оно несколько отличается у пациентов на начальных этапах заболевания от способов преодоления стресса у людей, болеющих уже несколько лет. Следовательно, мы предположили, что в процессе развития болезни, ухудшения общего самочувствия человека и постепенного снижения уровня функционирования, меняется и стиль совладающего со стрессом поведения.

Мы попытались оценить, как меняются механизмы психологической адаптации зависимости от длительности заболевания. Для этого мы изучили результаты тестирования в нескольких нозологических группах больных – психосоматические больные (ГБ), пациенты с соматическими заболеваниями (ЧЛП и ХПН) и больные с расстройствами психотического регистра.

Результаты корреляционного анализа между указанными переменными в группе больных ГБ представлены в таблице 23.

На высоком уровне значимости были обнаружены корреляционные взаимосвязи длительности заболевания и стратегии «признание ответственности» ( $r=0,35$ ;  $p<0,01$ ), а также защиты вытеснение ( $r=-0,25$ ;  $p<0,04$ ). Это может говорить о том, что в процессе развития и хронизации гиперто-

нической болезни усиливается тенденция к самообвинению и чувству вины, снижается стремление вытеснить из сознания неприемлемую или неприятную информацию, повышается осознание своей роли в проблемах при со-  
владении с трудностями.

Таблица 23

**Корреляционные связи между длительностью ГБ  
и механизмами психологической адаптации**

Параметры	Коэффициент корреляции (r)	Уровень достоверности (p)
Принятие ответственности & Длительность заболевания	0,35	p<0,01
Вытеснение & Длительность заболевания	-0,25	p<0,04

Далее мы проанализировали, как меняются психологические механизмы адаптации (копинг-поведение и МПЗ) в зависимости от этапов развития заболевания (на примере длительности ИБС) в исследуемой выборке больных гипертонической болезнью. Группы сравнивались попарно – больные с отсутствием ИБС и те, у которых диагноз ИБС был менее года, больные с отсутствием ИБС и больные, страдающие ИБС более 3 лет. Достоверность различий проверялась по критерию  $\chi^2$  (табл. 24).

Таблица 24

**Сравнение средних значений копинг-стратегий и МПЗ в группах больных**

Параметры	Пациенты без ИБС	ИБС до 1 года	ИБС более 3 лет	P
1	2	3	4	5
<i>Копинг-стратегии</i>				
Конфронтация	<b>48,38</b>	47,00	<b>56,00*</b>	p<0,000
Самоконтроль	<b>64,95</b>	64,50	<b>59,50*</b>	p<0,000
Дистанцирование	53,14	38,00	55,75	---
Признание ответственности	<b>64,35</b>	<b>74,75*</b>	<b>54,12*</b>	p<0,000
Поиск социальной поддержки	<b>62,41</b>	<b>72,50*</b>	61,37	p<0,000
Бегство	<b>51,20</b>	<b>45,50*</b>	54,37	p<0,000
Планомерное решение	<b>68,87</b>	<b>54,00*</b>	70,37	p<0,000
Положительная переоценка	55,04	54,50	58,62	---
<i>Психологическая защита</i>				
Отрицание	46,81	50,25	49,37	---

Вытеснение	<b>47,02</b>	<b>27,75*</b>	39,00	p<0,000
------------	--------------	---------------	-------	---------

Окончание таблицы 24

	1	2	3	4	5
Регрессия		55,79	53,50	44,50	---
Компенсация		45,71	56,50	50,12	---
Замещение		<b>41,46</b>	<b>58,25*</b>	44,25	p<0,000
Проекция		<b>41,48</b>	<b>26,75*</b>	39,50	p<0,05
Рационализация		40,24	33,00	36,62	---
Гиперкомпенсация		58,51	65,75	50,62	---

Примечание: p – достоверность различий; \* обозначены выявленные достоверные различия между группами с ИБС и группой без ИБС.

Исходя из данных, представленных в таблице 24, можно утверждать, что с увеличением длительности заболевания у больных с ИБС (на фоне ГБ) *усиливается конфликтность и прямолинейность* в преодолении трудностей, снижается самоконтроль (p<0,001), *сглаживаются все механизмы психологической защиты*. У больных с ИБС в начале заболевания активно используются различные стратегии совладания – принятие ответственности, поиск социальной поддержки, наблюдается слабая тенденция к бегству от проблем. В первый год возникновения, обнаружения ИБС у больных усиливается осознание проблем и противоречий, которые могли быть связаны с возникновением заболевания, повышается потребность в психологической поддержке и помощи, актуализируются защитные (эмоциональные) формы реагирования на стресс, вызванный болезнью. На более поздних сроках заболевания способность к осознанию своих внутриличностных проблем и своей роли в обострении болезни у больных с ИБС снова снижается, усиливаются конфликтность и тенденция к бегству от решения проблем.

Следует обратить внимание, что с увеличением срока болезни **механизмы психологической защиты претерпевают ряд изменений, но их структура (структура ведущих защит) остается постоянной на протяжении всего срока болезни.**

Таким образом, у психосоматических больных по мере увеличения срока болезни, **напряженность действия большинства механизмов психологической защиты снижается** (регрессия, замещение, компенсация, проекция). Из этого можно сделать вывод, что в начале заболевания, когда человек впервые сталкивается с фактом своего заболевания, в условиях возникшей неопределенности и угрозы благополучию, резко усилива-

ются интрапсихические механизмы адаптации, помогающие справляться с тревогой и снизить эмоциональное напряжение (эмоциональный стресс). Усиливается и поисковая активность, деятельность по поиску информационной и действенной поддержки в связи с возникшей проблемой (ухудшение здоровья), т.е. личность использует разнообразные способы преодоления стресса, вызванного болезнью. В дальнейшем человек адаптируется к наличию у себя хронического заболевания и вырабатывает стиль функционирования и жизнедеятельности, исходя из своего самочувствия, при этом снижается эмоциональная напряженность, ослабевают «пожарные» способы реагирования на стресс (психологическая защита). В процессе хронизации заболевания усиливаются в большей степени когнитивные формы психологической защиты. В поведении некоторые больные начинают использовать более экономичные способы преодоления стресса – дистанцирование, поиск социальной поддержки, а некоторые больные (в частности, с ИБС) наоборот, становятся более эмоциональными, конфликтными и нетерпеливыми, что лишь способствует углублению заболевания и ухудшению самочувствия.

При исследовании больных с расстройствами психотического регистра была также выявлена динамика механизмов психологической адаптации в зависимости от длительности и характера (типа течения) заболевания. Под типом течения заболевания мы имели в виду: 1 – интермиттирующий (циркулярный), 3 – приступообразно-прогредиентный (шубообразный), 4 – непрерывный.

Как видно из табл. 25, с увеличением длительности психического заболевания у пациентов усиливается склонность к бегству, дистанцированию и эмоциональной отстраненности от проблем ( $p < 0,05$ ). Достоверно снижается способность к активному преодолению трудностей, реже проявляется стремление к положительной переоценке и переосмыслению жизненных проблем, нарастает пассивность, возвращение на онтогенетически более ранние ступени поведения ( $p < 0,05$ ).

Таблица 25

**Сравнительный анализ больных шизофренией с разной длительностью и тяжестью болезни**

Механизмы адаптации	Длительность		Течение		
	$\leq 36$ мес.	$> 60$ мес.	тип 1	тип 3	тип 4
Конфронтация	9,44	9,08	7,00	8,30	<b>10,33*</b>
Дистанцирование	<b>8,67</b>	<b>10,67*</b>	9,50	8,30	10,67

Самоконтроль	13,33	13,25	12,00	11,50	<b>14,33*</b>
Поиск социальной поддержки	12,78	12,33	<b>14,00*</b>	11,60	11,83

Окончание таблицы 25

Механизмы адаптации	Длительность		Течение		
	$\leq 36$ мес.	$> 60$ мес.	тип 1	тип 3	тип 4
Признание ответственности	8,22	7,75	6,00	8,00	8,08
Бегство – избегание	<b>10,78</b>	<b>14,50*</b>	14,50	12,00	13,92
Решение проблемы	<b>12,56*</b>	9,67	10,50	11,00	10,42
Положительная переоценка	<b>13,89*</b>	10,58	13,00	12,30	11,08
Отрицание	4,40	3,56	<b>6,50*</b>	<b>2,91*</b>	4,09
Вытеснение	4,10	5,44	3,00	4,09	<b>5,38*</b>
Регрессия	5,20	<b>7,31*</b>	6,00	5,91	<b>7,05*</b>
Компенсация	5,30	4,31	5,00	4,91	4,33
Проекция	6,00	6,50	<b>10,50*</b>	6,00	6,76
Замещение	3,40	4,81	3,00	3,36	4,48
Рационализация	4,60	5,50	6,00	6,45	5,14
Реактив. образования	2,30	3,75	4,50	3,36	3,00

Примечание: \* – выявлены достоверные различия на уровне  $p < 0,05$ .

**Особенности протекания психической болезни** также отражаются на защитно-совладающем поведении больных, а именно:

- при приступообразном типе течения снижается отрицание и игнорирование болезни, а при циркулярном характере протекания заболевания наоборот более выражено вытеснение имеющихся внутриличностных конфликтов;
- при непрерывном типе заболевания усиливаются агрессивные и эмоционально-насыщенные формы реагирования на стресс, усиливается чувство беспомощности;
- при циркулярном типе более выражено стремление к получению поддержки и помощи со стороны социального окружения, у больных с непрерывной и приступообразной шизофренией наоборот, усиливается тенденция к уходу от контактов.

При исследовании соматических пациентов, в частности, больных с ЧЛП нами было выдвинуто предположение, что длительность заболевания и, в особенности, *фактор внезапности* возникновения болезни также в значительной степени могут влиять на эмоциональное состояние, отношение к болезни и механизмы адаптации этих больных, в связи с чем

мы разделили данную выборку на две группы: 1 – пациенты, неожиданно попавшие в стационар; 2 – больные, длительно наблюдающиеся у врачей.

Исследование показало, что пациенты, которые были госпитализированы внезапно (преимущественно с травмой), характеризовались низкой тревожностью, недооценкой тяжести ситуации (группа 1). Данные пациенты **не считают себя больными людьми**, предполагают, что их **состояние временно и не испытывают страха перед будущим**. Поскольку их заболевание характеризовалось внезапным развитием, пациенты еще не осознали всей тяжести ситуации и последствий случившегося. Для них свойственно отрицание внешней реальности, информация, которая тревожит, не воспринимается. **У пациентов, длительно болеющих** (группа 2), **происходит постепенная адаптация к заболеванию**, что отражается в стиле совладания с болезнью: снижается уровень агрессивности и конфронтации, меньше используются стратегии планомерного решения проблем. Это свидетельствует о том, что они уже смирились со своей болезнью. **Неопределенность прогноза нарушает возможности планирования жизненных целей, сужает временную перспективу, необходимую для нормальной человеческой жизнедеятельности.**

В группе «воспаление» мы выделили онкологических больных (8 человек) в отдельную группу, поскольку предполагалось, что специфика их состояния, течение болезни может видоизменять их отношение к болезни, стиль приспособительного поведения. Анализ результатов показал, что у пациентов с онкологическими заболеваниями челюстно-лицевой области общий уровень тревоги был значительно выше ( $p < 0,05$ ), чем у пациентов с травмой или воспалительными процессами, что проявлялось в выраженном эмоциональном дискомфорте и астеническом компоненте; тревожной оценке перспективы, беспокойстве и страхе за свое будущее (по данным методики ИТТ). Длительное, тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, возможность калечащей предстоящей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти – все эти факторы разрушают привычные стереотипы поведения, выработанные в течение всей жизни, изменяют систему ценностей, существенно перестраивая личность больного, и ставят перед проблемой адаптации к новым условиям жизни. Именно *факт витальной угрозы* отличает их от других пациентов и наполняет тревогой за будущее их существование. Ситуация тяжелой болезни актуализировала у онкологических больных мотив «сохранения жизни», который становится главным побудительным и смыслообразующим мотивом их деятельности. Доминирование ведущего мотива «сохранения жизни» придает особую специфику всей психической жизни больного. Больные

становятся более равнодушными к окружающей жизни, сужается диапазон событий, представляющих для них эмоциональную значимость.

Таким образом, исследование показало, что **на психоэмоциональное реагирование больных с ЧЛП в большей степени влияют: частота обследований, длительность госпитализации и наличие реальной угрозы дальнейшего существования. Внезапность заболевания и госпитализации влияет на способы совладания с болезнью.** Пациенты, которые были госпитализированы внезапно, еще не так истощены своим заболеванием. Они недооценивают тяжесть ситуации и проявляют активность в решении возникших проблем, в отличие от пациентов, которые долго болеют. Внезапно попавшие в клинику пациенты рассматривают болезнь как препятствие, временное ограничение активности, склонны прилагать агрессивные усилия по изменению ситуации. Длительно болеющие пациенты, наоборот, в большей степени тревожны, пассивны и в какой-то степени смирились со своим заболеванием.

Длительность хронической тяжелой болезни имела значительное влияние на копинг-поведение, как показало исследование больных с ХПН, находившихся на лечении гемодиализом. Результаты сравнительного анализа представлены в табл. 26.

Таблица 26

**Показатели копинг-поведени и МПЗ у больных с ХПН в зависимости от длительности лечения гемодиализом (M±m)**

Механизмы адаптации	Находятся на лечении		p
	менее 4 лет	более 6 лет	
<i>Копинг-стратегии</i>			
Конфронтация	<b>68, 7±10,9*</b>	57,4±8,0	p<0,05
Дистанцирование	<b>76,0±10,2*</b>	55,0±9,5	p<0,05
Самоконтроль	<b>86, 8±7,97</b>	77,8±7,3	
Поиск социальной поддержки	64,6±9,1	63,9±7,0	
Признание ответственности	61,3±6,7	<b>71,5±8,0</b>	
Бегство-избегание	71,5±10,6	<b>78,7±9,3</b>	
Планомерное решение проблемы	<b>75, 7±8,3</b>	63,6±7,9	
Положительная переоценка	<b>97,4±5,2*</b>	87,1±8,3	p<0,05
<i>Психологическая защита</i>			
Отрицание	<b>82,8±5,9*</b>	72,0±8,8	p<0,05
Вытеснение	56,0±6,6	<b>72,2±4,4*</b>	p<0,05
Регрессия	62,1±6,4	54,8±10,0	
Компенсация	55,7±7,8	52,5±8,9	
Проекция	49,0±9,7	49,6±9,8	

Замещение	45,8±11,2	38,5±6,9	
Рационализация	65,9±8,7	55,6±9,4	
Реактивные образования	<b>77,6±8,4</b>	67,2±9,2	

Примечание: р – достоверность различий.

Из таблицы видно, что с увеличением длительности болезни снижается активность проблемно-фокусированного поведения, появляется тенденция к избеганию проблем (M=72,2). В первые годы лечения гемодиализом больные более агрессивны, предпринимают много усилий по регулированию эмоций и сохранению самообладания, стремятся к активному преодолению трудностей, вызванных болезнью. В дальнейшем самоконтроль снижается, усиливается ощущение беспомощности и вины в происходящем. Для больных с ХПН на всем протяжении лечения одними из ведущих копинг-стратегий остаются «положительная переоценка» (M=97,4 и M=87,1) и «самоконтроль» (M=86,8 и M=77,8).

В структуре механизмов психологической защиты на ранних этапах лечения ведущими являются защиты «отрицание» (M=82,8) и «реактивные образования» (M=77,6). На более поздних сроках лечения добавляется защита «вытеснение» (M=72,2). Следовательно, больные с терминальной стадией ХПН и находящиеся на лечении гемодиализом, бессознательно избегают и игнорируют неприятную или травмирующую информацию, стараясь тем самым сохранять психическую целостность и эмоциональное равновесие. Происходит активное исключение из сознания неприятных, приносящих психологическую боль событий и фактов, что может быть вполне адекватным ответом психики на существующую витальную угрозу. С переходом на лечение гемодиализом здоровье становится главной жизненной ценностью для большинства больных.

#### **4.7.2. Взаимосвязь тяжести заболевания и механизмов психологической адаптации**

Для изучения взаимосвязи между клиническими проявлениями болезни и защитно-совладающим стилем поведения был проведен корреляционный анализ полученных данных (при статистической обработке использовался коэффициент корреляции Спирмена).

Так, например, тяжесть заболевания у больных ревматоидным артритом (РА) определялась по количеству пораженных суставов и наличию группы инвалидности. Результаты анализа взаимосвязи степени выраженности (тяжести) заболевания и копинг-поведения и МПЗ представлены в табл. 27.

Как показали результаты корреляционного анализа, чем большее количество суставов поражено болезнью, тем меньше была выражена стратегия «конфронтация» ( $r=-0,36$ ). Иными словами, с усилением ограниченности действий (подвижности) и распространением болевых симпто-

Таблица 27

#### **Корреляционные связи между тяжестью протекания РА, копинг-стратегиями и механизмами психологической защиты**

Показатели	Коэффициент корреляции Спирмена, r	Уровень достоверности, р
Кол-во суставов & Конфронтация	-,36	,04
Кол-во суставов & Самоконтроль	,39	,02
Кол-во суставов & Отрицание	,30	,014
Степень инвалид-ти & Дистанцирование	-,45	,007
Степень инвалид-ти & Самоконтроль	-,41	,01

мов снижается тенденция к агрессивным способам решения проблем, к излишней прямолинейности и конфликтности. С распространением заболевания также усиливается тенденция к «самоконтролю» ( $r=0,39$ ). Количество пораженных суставов положительно коррелировало с выраженностью защиты «отрицание» ( $r=0,30$ ). Таким образом, с увеличением количества пораженных суставов, ограничением подвижности и физической активности, распространенностью болевого синдрома, снижается конфликтность и прямолинейность и повышается самоконтроль.

Наличие инвалидности, – т.е. отсутствие активного социального функционирования в связи с тяжестью заболевания и значительным ограничением подвижности у больных РА, – приводит к усилению стремления включаться (захватываться) во все происходящие события. Пациенты с инвалидностью, оказывается, не склонны к эмоциональному дистанцированию (отстраненному отношению) и избеганию проблем. Вместе с тем, их способность к выдержке и самоконтролю снижается.

При исследовании больных ГБ были определены критерии, которые могли бы косвенным образом указывать на тяжесть протекания заболевания, а именно:

- 1) наличие или отсутствие осложнений гипертонической болезни (инфаркт миокарда, инсульт и др.);
- 2) наличие/отсутствие нарушений ритма сердца (экстрасистолия, пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия и др.);
- 3) наличие/отсутствие ишемической болезни сердца (ИБС).

**По критерию наличия или отсутствия осложнений ГБ:** 1 группа – нет осложнений (47 чел.); 2 группа – есть осложнения (13 чел.), из них у 6 человек в анамнезе был инфаркт миокарда и еще у 7 человек – инсульт.

При помощи статистической обработки данных были выявлены значимые различия по нескольким копинг-стратегиям и одному механизму защиты между группой больных, у которых отмечаются осложнения, и больными без осложнений ГБ (результаты сравнения приводятся в переведенных Т-баллах, табл. 28).

Таблица 28

**Различия в механизмах психологической адаптации у больных ГБ в зависимости от наличия/отсутствия осложнений**

Параметр	Осложнения		Р
	Нет (47 чел.)	Есть (13 чел.)	
Копинг-стратегии:			
– конфронтация	48,13*	51,47	0,005
– принятие ответственности	66,98*	59,10	0,02
– поиск социальной поддержки	62,08*	66,58	0,002
Психологическая защита:			
– рационализация	40,39*	36,16	0,03

Примечание: р – достоверность различий.

По данным, представленным в табл. 28, можно утверждать, что больные, у которых в анамнезе был инфаркт или инсульт, в совладании с жизненными трудностями чаще конфликтуют, стремятся несколько агрессивнее, настойчиво и прямолинейно решать проблемы, при этом в более активно используют ресурсы социально-поддерживающего окружения. Больные без осложнений чаще стремятся обесценивать проблемы, вместе с тем склонны к чрезмерному самобичеванию и признанию своей вины. Мы предполагаем, что **характер решения проблем, который отмечается у людей с инфарктом и инсультом, отражает в большей степени их психологические особенности**, в частности, данные пациенты ассоциируются с известным и хорошо описанным в литературе типом А или коронарным типом личности со всеми вытекающими последствиями.

**По критерию наличия/отсутствия нарушений ритма сердца.**

Нарушения ритма сердца, такие как, например, пароксизмальная тахикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия, по мнению врачей, явля-

ются факторами, отягощающими течение гипертонической болезни. Более того, появление нарушений ритма сердца в рамках протекания гипертонической болезни вызывает серьезные (выраженные) эмоциональные переживания у больных ГБ, прежде всего, отмечаются тревога и страх. Исходя из этого, мы предположили, что наличие НР может быть каким-либо образом взаимосвязано со стилем стресс-преодолевающего поведения у данной категории больных (*результаты сравнения представлены в переведенных Т-баллах*, табл. 29).

Таблица 29

**Различия в механизмах адаптации у больных ГБ в зависимости от наличия/отсутствия нарушений ритма**

Механизмы психологической адаптации	Нарушения ритма		р
	Нет (43 чел.)	Есть (27 чел.)	
Конфронтация	48,2	49,8	
Дистанцирование	65,2	66,3	
Самоконтроль	56,1	49,9	
Поиск соц. поддержки	66,2	62,1	
Признание ответственности	62,0	65,7	
Бегство-избегание	52,5	49,7	
Планомерное решение проблем	<b>66,4</b>	<b>70,8*</b>	0,04
Положительная переоценка	54,4	57,7	
Отрицание	<b>44,3</b>	<b>51,8*</b>	0,03
Вытеснение	43,5	41,1	
Регрессия	51,7	53,1	
Компенсация	<b>43,3</b>	<b>52,2*</b>	0,02
Замещение	40,0	44,8	
Проекция	38,0	42,8	
Рационализация	38,8	39,8	
Реактивные образования	<b>55,3</b>	<b>62,0*</b>	0,04

Примечание: р – достоверность различий.

Исходя из данных, представленных в табл. 29, видно, что больные с нарушением ритма более активны в своем копинг-поведении (преодолении стресса) ( $p < 0,04$ ). Они *реже избегают проблемы*, чаще *принимают на себя ответственность* и стараются исправить ошибки, кроме того, в меньшей степени предпринимают попытки по сохранению самообладания, реже стремятся урегулировать свои чувства (*на уровне тенденции*). В структуре

психологической защиты у больных с нарушениями ритма доминируют защиты *отрицание, компенсация, реактивные образования* ( $p < 0,04$ ). Это свидетельствует о том, что у них преобладают в большей степени интрапсихические формы защиты от стресса, направленные на игнорирование и искажение травматичной для личности информации, выражена эмоциональная неуравновешенность.

Больные с нарушениями ритма сердца отличаются от других больных ГБ большей выраженностью бессознательных защитных механизмов, и их четкой привязанностью к появлению соматических дисфункций (в частности, появление аритмии). При этом следует отметить, что на фоне игнорирования имеющихся проблем (конфликтов) отмечается высокий уровень поисковой активности в разрешении трудностей.

Таким образом, **выраженность в структуре адаптационного, приспособительного поведения личности бессознательных защитных механизмов психики приводит к явлениям соматизации тревоги, что отражается, например, в появлении нарушений ритма сердечной деятельности.** У больных с НР напряжены все защитные механизмы, что отражает повышенный уровень их эмоционального напряжения и тревоги. В копинг-поведении больные с НР активнее используют проблемно-фокусированные стратегии, чем больные без нарушений ритма. Больные без НР чаще выбирают менее активные, но экономичные (ресурсосберегающие) способы преодоления стресса – *поиск социальной поддержки или избегание проблем*. В связи с этим нельзя не вспомнить о понятии «цена адаптации» [14, 53]. Активное проблемно-фокусированное совладающее поведение на фоне подавления тревоги и игнорирования проблем, способствующее сохранению самообладания и контроля над ситуацией, быстрому и эффективному решению проблем, требует огромного потенциала (запаса) биологических и энергетических ресурсов организма для поддержания динамического равновесия личности со средой. Превышение ресурсных возможностей организма (адаптационного потенциала) приводит к срыву адаптационного барьера (и возникновению различных психосоматических и нервно-психических нарушений, что подтверждается данными нашего исследования).

**По критерию наличие/отсутствие ишемической болезни сердца (ИБС):** 1 группа – нет ИБС (52 больных); 2 группа – есть ИБС (18 больных).

Из табл. 30 видно, что больных с ИБС отличает слабость большинства механизмов психологической защиты. В репертуаре совладающего поведения больных с ИБС активно используются копинг-стратегии *дистанцирование, поиск социальной поддержки, планомерное решение проблем*.

*Самоконтроль и конфронтация* у больных с ИБС несколько выше, чем у больных без ИБС.

Таблица 30  
**Сравнительный анализ копинг-стратегий и МПЗ в группах с ИБС и без нее**

Механизмы психологической адаптации	ИБС		p
	Нет (52 чел.)	Есть (18 чел.)	
Конфронтация	48,38	50,78	
Дистанцирование	64,95	67,39	
Самоконтроль	53,14	55,89	
Поиск соц. Поддержки	64,35	65,83	
Признание ответственности	62,41	65,94	
Бегство-избегание	51,20	52,22	
Планомерное решение проблемы	68,88	65,50	
Положительная переоценка	55,04	57,17	
Отрицание	46,82	47,61	
Вытеснение	47,02	43,72	
Регрессия	<b>55,79*</b>	<b>42,56</b>	0,03
Компенсация	45,71	48,50	
Замещение	41,47	42,56	
Проекция	<b>41,49*</b>	<b>34,89</b>	0,03
Рационализация	40,24	36,33	
Реактивные образования	58,51	55,50	

Примечание: p – достоверность различий.

Это еще раз подтверждают роль личностного фактора в развитии и характере течения болезни. В частности, указанный стиль преодоления стресса в большей степени отражает личностную диспозицию и ассоциируется с описанным в литературе типом А.

Таким образом, **тяжесть психосоматического заболевания тесно связана с личностной диспозицией больного, в том числе стилем психологической адаптации.** Конфликтность, игнорирование проблем, стремление сдерживать эмоции, а также повышенная активность и ответственность приводят к хронизации эмоционального напряжения, а прямолинейные негибкие стратегии приспособления лишь усугубляют тяжесть проблем, что напрямую сказывается на физическом состоянии организма.

Другая картина наблюдается у больных с РА. Нарастание ограниченности действий (подвижности) и распространение болевых симптомов способствует снижению излишней прямолинейности и конфликтности, тен-



денции к агрессивным способам решения проблем, усиливается стремление к «самоконтролю», ярко проявляется «стоическая» форма адаптации к болезни.

У соматических пациентов, длительно и тяжело болеющих (ХПН, ЧЛП), происходит постепенная адаптация к заболеванию, что непосредственно отражается в стиле совладания с болезнью: снижается уровень агрессивности и конфронтации, меньше используются стратегии планомерного решения проблем. Они более тревожны, пассивны и в какой-то степени смирились со своим заболеванием. Больные стараются дистанцироваться от всего с целью сохранения сил для совладания с болезнью как самым главным стрессором. С этим связаны их самоограничительное поведение и снижение активности в социальной жизни. Длительное тяжелое соматическое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, угроза смерти – все эти факторы разрушают привычные стереотипы поведения. Пациенты стремятся активно и своевременно решать возникающие проблемы, склонны к повышенному самоконтролю, настороженно и опасно (без иллюзий) относиться к происходящему, им не свойственны недооценка тяжести или обесценивание проблем. Другими словами, наличие непосредственной витальной угрозы заставляет больных людей вырабатывать специфический обусловленный болезнью стиль совладания со стрессами.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование показало, что у большинства здоровых людей в структуре совладающего поведения преобладают активные проблемно-фокусированные копинг-стратегии. В ситуациях, не поддающихся изменению, здоровые испытуемые обращаются к эмоционально-фокусированным стратегиям преодоления стрессовых ситуаций, выражающимся в положительной переоценке и повышении контроля над эмоциональными реакциями.

Копинг-стратегии формируются и закрепляются в процессе жизни (социогенеза). В зависимости от особенностей личностного развития и жизненных целей, актуальных на разных возрастных этапах, преобладают различные стратегии поведения. Обнаружено, что с возрастом усиливается тенденция к «энергосберегающим» и предупреждающим способам преодоления стресса: эмоциональному дистанцированию и избеганию проблем. Гендерные различия в копинг-поведении отражают существующие в обществе поло-ролевые стереотипы: женщины чаще прибегают к поиску социальной поддержки и положительной переоценке события, мужчины – к планомерному решению проблем и самоконтролю.

Если в репертуаре совладающего поведения личности мало используются активные проблемно-решающие стратегии, то уровень напряженности психологических защит оказывается более выраженным. В ситуации невозможности преодоления стресса сознательными способами и усилиями личность переходит на «аварийные», онтогенетически более древние (ранние) биологические формы поддержания психического гомеостаза, актуализируя механизмы психологической защиты.

Наблюдаются устойчивые сочетания между определенным типом психологической защиты и копингом, что позволяет говорить об устойчивом конструкте «защитно-совладающий стиль поведения». Более того, психологическая защита, как более раннее и стабильное образование, задает направление и определяет выбор соответствующего ее структуре совладающего поведения. Выявлены основные стили защитно-совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях здоровых людей в российской популяции: пассивно-оборонительный и подавляющий стили являются в большей степени личностно-обусловленными; активный проблемно-фокусированный и активно-избегающий стили в большей степени характеризуются ситуационной обусловленностью. Развитие симптомов психоло-

гического неблагополучия связано с дефицитом стратегий совладания со стрессом и преобладанием защитных форм поведения. Выделены маркеры «уязвимо» стилиа защитно-совладающего поведения, которые являются факторами риска развития психической дезадаптации личности и составляют «симптомокомплекс дезадаптации»: 1) повышенный общий уровень напряженности психологических защит; 2) преобладание в структуре механизмов защит личности регрессии, замещения и проекции; 3) предпочтение копинг-стратегий конфронтация, избегание, а также принятие на себя чрезмерной ответственности в разрешении проблем.

Психосоматическая модель адаптации характеризуется общим преобладанием защитных механизмов над активностью совладающего со стрессом поведения и тесно связана с личностной диспозицией больного, что подтверждает роль личности в развитии и течении психосоматического заболевания. Соматическая модель психической адаптации и структуры адаптационных процессов выражается в следующем: соматические больные используют близкие к нормативным показателям стратегии совладания, не проявляя дезадаптивных личностных тенденций, но постепенно болезнь изменяет репертуар совладающего со стрессом поведения в сторону его обеднения. На начальных этапах заболевания в большей степени усиливаются интрапсихические механизмы адаптации, т.е. «пожарные» способы реагирования на стресс, помогающие справиться с тревогой. По мере увеличения срока и прогрессирования болезни снижается напряженность большинства механизмов психологической защиты, однако структура ведущих защит личности остается постоянной на протяжении всего срока болезни, отражая устойчивый личностный паттерн. За счет ослабления действия защит постепенно происходит осознание болезни и повышается способность к формированию адекватной внутренней картины болезни.

Совладающее проблемно-решающее поведение активно используется больными на ранних этапах заболевания. В дальнейшем человек приспособляется к наличию хронического заболевания, с увеличением длительности и тяжести болезни наблюдается общая тенденция к смирению и пассивному совладанию с болезнью. Яркие различия в копинге обнаруживаются в зависимости от того, насколько опасным для жизни является заболевание. Зависимость от лечебного учреждения, невозможность выздоровления и ограниченность жизненных перспектив формируют пассивную позицию личности, больные становятся пассивны в преодолении трудностей, смирились с болезнью, предпочитают эмоционально отстраняться от дополнительных переживаний, не связанных со здоровьем.

Выявлена модель и структура механизмов психологической адаптации при крайних проявлениях психической дезадаптации личности – в условиях психического расстройства, а именно: обнаруживается тенденция к уходу в болезнь в стрессовых ситуациях с формированием состояния беспомощности, чувства неполноценности и социальной изоляции.

Ценностно-смысловая сфера личности является главным личностным ресурсом для успешного восстановления больных и обуславливает выбор совладающего со стрессом болезни поведения. Высокая насыщенность жизненного процесса, осмысленность и интерес к жизни, т.е. активная жизненная позиция личности, а также готовность к сотрудничеству в сочетании с удовлетворенностью отношениями в разных сферах жизни способствуют более эффективному восстановлению. Данные психологические характеристики являются предикторами благоприятного течения болезни и формирования длительной ремиссии.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абабков В.А. Систематическое исследование семейного стресса и копинга / В.А. Абабков, М. Перре, Б. Планшерел // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 1998. – № 2. – С.4-8.
2. Абабков В.А. Защитные психологические механизмы и копинг: анализ взаимоотношений / В.А. Абабков // *Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2004»* / Под ред. Л.А. Цветковой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. – С.14-22.
3. Абабков В.А. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии / В.А. Абабков, М. Перре. – СПб.: Речь, 2004. – 166 с.
4. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. – М.: Наука, 1976. – 272 с.
5. Александровский Ю.А. Доболезненные формы эмоциональной напряженности (дефиниция, диагностика, пути предупреждения и коррекции) / Ю.А. Александровский, Л.Н. Собчик // *Предболезнь и факторы повышенного риска в психоневрологии*. – Л., 1986. – С.23-27.
6. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Ю.А. Александровский. – 3-е изд. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
7. Алексеева Д.А. Основные типы психологической дезадаптации у бывших воинов-интернационалистов. Психологическая диагностика и психотерапия: Методические рекомендации / Д.А. Алексеева, Б.Д. Карвасарский, В.А. Ташлыков, А.М. Якубзон. – Л.: Изд-во института им. В.М. Бехтерева, 1990. – 18 с.
8. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания / Б.Г. Ананьев. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1969. – 340 с.
9. Ананьев Б.Г., Палей И.М. О психологической структуре личности / Б.Г. Ананьев, И.М. Палей // *Проблемы личности*. – М., 1969.
10. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л.И. Анцыферова // *Психологический журнал* – №1, 1994. – С. 3-19.
11. Асмолов А.Г. Неосознаваемые механизмы регуляции поведения личности: Стенограмма лекции / А.Г. Асмолов. – М., 1989.
12. Ахмедова О.С. Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической обструктивной болезнью легких: Дисс. ...канд. психол. наук. – СПб., 2008. – 187 с.
13. Бассин Ф.В. Проблема бессознательного в неосознаваемых формах высшей нервной деятельности / Ф.В. Бассин. – М.: Медицина, 1968. – 468 с.
14. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б. Березин. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.
15. Вассерман Л.И. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: методич. пособие / Л.И. Вассерман, М.А. Березин // *Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева*. – СПб., 1997. – 52 с.
16. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики / В.М. Воловик // *Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии*. – Л., 1975. – С.79-90.
17. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема психологии и психиатрии / В.М. Воробьев // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. – 1993. – № 2. – С.33-39.
18. Гурвич И.Н. Социальная психология здоровья / И.Н. Гурвич. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 1999. – 1023 с.
19. Дейнека О.С. Проявления адаптационного ресурса при социальной и психосоматической дезадаптации / О.С. Дейнека, Е.Р. Исаева // *Психологические проблемы самореализации личности*. – Вып.12 / Под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. – С.146-175.
20. Джонс Ф. Стресс. Теории, исследования, мифы / Ф. Джонс, Дж. Брайт – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003. – 352 с.
21. Индекс жизненного стиля: методич. пособие / Вассерман Л.И. [и др.]. – СПб., 1999. – 48 с.
22. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: дисс. ...канд. психол. наук. – СПб., 1999. – 147 с.
23. Исаева Е.Р. Защитно-совладающий стиль и его роль в психологической адаптации личности / Е.Р. Исаева, Л.И. Вассерман // *Психологические проблемы самореализации личности*. – Вып. 8 / под ред. Л.А. Коростылевой. – СПб.: Изд-во СПбГУ, 2004. – С.206-216.
24. Исаева Е.Р., Редькина М.В. «Симптомокомплекс дезадаптации»: маркеры психологического неблагополучия на модели студентов-менеджеров / Е.Р. Исаева, М.В. Редькина // *Материалы 1-й Международной конференции по клинической психологии памяти Б.В. Зейгарник: Сб. тезисов / отв. ред. А.Ш. Тхостов*. – М.: МГУ, 2001. – с.128-131.
25. Костандов Э.А. Восприятие и эмоции / Э.А. Костандов. – М.: Медицина, 1977. – 248 с.
26. Леонтьев Д.А. Самореализация и сущностные силы человека / Д.А. Леонтьев // *Психология с человеческим лицом: гуманистическая перспектива в постсоветской психологии* / Под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. – М.: Смысл, 1997. – С. 156-176.
27. Любан-Плоцца Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер – СПб., 1996. – 255 с.
28. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика / Н. Мак-Вильямс. – М.: Класс, 1998. – 474 с.
29. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика / Ф.З. Меерсон. – М.: Наука, 1981. – 278 с.

30. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
31. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессом и проблемными для личности ситуациями : пособие / Вассерман Л.И. [и др.]. – СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2009. – 40 с.
32. Мясищев В.Н. Личность и неврозы / В.Н. Мясищев. – Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. – 426 с.
33. Небылицын В.Д. Психофизиологические исследования индивидуальных различий / В.Д. Небылицын. – М.: Наука, 1976. – 336 с.
34. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В.В. Николаева. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1987. – 167 с.
35. Нуллер Ю.Л. Смена парадигм в психиатрии / Ю.Л. Нуллер // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1992. – Вып.1. – С.13-19.
36. Перре М. Новый подход к анализу семейных процессов в стрессогенных условиях / М. Перре, В.А. Абабков // Соц. и клиническая психиатрия. – 1997. – №2. – С.5-12.
37. Психиатрия чрезвычайных ситуаций : руководство. В 2 т. / Под ред. Т.Б. Дмитриевой. – Т.1. – М., 2004. – 361 с.
38. Психотерапевтическая энциклопедия / Под общ. ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 743 с.
39. Романова Е.С. Механизмы психологической защиты. Генезис. Функционирование. Диагностика / Е.С. Романова, Л.Р. Гребенников. – Мытищи: Изд-во «Талант», 1990. – 144 с.
40. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства / С.Б. Семичов. – Л.: Медицина, 1987. – 182 с.
41. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дисс. ... д-ра мед. наук / Н.А. Сирота. – СПб., 1994. – 283 с.
42. Сирота Н.А. Копинг-поведение и профилактика психосоциальных расстройств у подростков / Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский // Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – №1. – С.63-74.
43. Снежневский А.В. Влияние внешних стрессовых факторов при эндогенных психозах / А.В. Снежневский, М.Е. Вартамян // Журн. неврол. и психиатр. – 1998. – Вып. 6. – С. 4-7.
44. Собчик Л.Н. Введение в психологию индивидуальности : Теория и практика психодиагностики / Л.Н. Собчик. – 3-е изд. – М.: Ин-т современ. политики, 2000. – 511 с.
45. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности / Е.Т. Соколова. – М.: Изд-во МГУ, 1989. – 215 с.
46. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н.В. Тарабрина. – СПб.: Питер, 2001. – 268 с.
47. Ташлыков В.А. Личностные механизмы совладания (копинг-поведение) и защиты у больных неврозами в процессе психотерапии / В.А. Ташлыков // Медико-психологические аспекты охраны психического здоровья. – Томск, 1990. – С. 60-61.
48. Торчинская Е.Е. Роль ценностно-смысловых образований личности в адаптации к хроническому стрессу (на примере спинальных больных) / Е.Е. Торчинская // Психологический журнал. – 2001. – Т.22, №2. – С.27-35.
49. Тухтарова И.В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных ВИЧ-инфекцией: автореф. дисс. ... канд. психол. наук / И.В. Тухтарова. – СПб., 2003. – 23 с.
50. Хохлова К.А. Характеристики саногенного потенциала личности наркозависимых: дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2007. – 234 с.
51. Чазова А.А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук : 19.00.04 / С.-Петерб. н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – СПб., 1998. – 47 с.
52. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных неврозами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Е.И. Чехлатый. – СПб., 1994. – 25 с.
53. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский [и др.]. – СПб.: Гиппократ +, 2004. – 336 с.
54. Энциклопедический словарь медицинских терминов. – Т.1. – М.: Советская энциклопедия, 1982. – 464 с.
55. Ялтонский В.М. Взаимосвязь копинг-поведения и Я-концепции у больных, зависимых от алкоголя, и условно здоровых мужчин / В.М. Ялтонский, Н.А. Сирота, Е.Т. Соколова, Н.С. Видерман // Соц. и клинич. психиатрия. – 2001. – Т.11, вып. 2. – С. 36-43.
56. Amirkhan J.H. A Factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator / J.H. Amirkhan // J. Pers. Soc. Psychol. – 1990. – Vol.59, № 5. – P.1066-1074.
57. Antonovsky A. Health, stress and coping / A. Antonovsky. – San-Francisco: Jossey-Bass Publ., 1979. – 255 p.
58. Andrews G. Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment / G. Andrews, C. Tennant, D.M. Hewson, G.E. Vaillant // J. Nerv. Ment. Dis. – 1978. – Vol. 166, N 5. – P.307-316.
59. Arnold M.B. Stress and emotion // Psychological stress; Issues in research / Ed. by M.N. Appley. – N.Y.: Appleton-Century-Crofts, 1967. – P.123-140.
60. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression / A.G. Billings, R.H. Moos // J. Pers. Soc. Psychol. – 1984. – Vol. 46, N 4. – P.877-891.
61. Carver C.S. Assessing Coping Strategies: A theoretically based approach / C.S. Carver, M.F. Scheier, J.K. Weintraub // J. Pers. and Soc. Psychol. – 1989. – Vol. 56, № 2. – P.267-283.
62. Coyne J.C., Lazarus R.S. Cognitive style, stress perception and coping / J.C. Coyne, R.S. Lazarus // Handbook of stress and anxiety / Eds. J.L. Kutash, L.B. Schlesinger. – 1980. – P. 144-158.

63. Engel G. Clinical application of biopsychosocial model / G. Engel // *The American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137, N 5. – P.535-544.
64. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis / S. Folkman // *J. Pers. Soc. Psychol.* – 1984. – Vol. 46, N 4. – P.839-852.
65. Folkman S. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms / S. Folkman, R.S. Lazarus, A. DeLongis, R.J. Gruen // *J. Personal. and Soc. Psychol.* – 1986. – N 50. – P.571-579.
66. Folkman S. *Manual for Ways of Coping Questionnaire* / S. Folkman, R. Lazarus. – Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
67. (Freud A.) Фрейд А.. Психология «Я» и защитные механизмы. – М., 1993. – 142 с.
68. Freud S. Inhibitions, symptoms and anxiety / S. Freud. – New York, 1926.
69. Freud S. The defence neuro-psychoses / S. Freud // *The collected Papers: in 10 v.* – N.Y.: Collier Books, 1963. – Vol. 2. – P.67-81.
70. Haan N. Coping and defense mechanisms related to personality inventories / N. Haan // *J. Cons. Psychol.* – 1965. – Vol. 29, N 4. – P.373-378.
71. Haan N. The adolescent antecedents of an ego model of coping and defense and comparisons with Q-sorted ideal personalities / N. Haan // *Genet. Psychol. Monogr.* – 1974. – Vol. 89, N 2. – P.274-306.
72. Holmes T.H. The Social Readjustment Rating Scale / T.H. Holmes, R. Rahe // *J. Psychosom. Res.* – 1967. – Vol.11. – P.213-218.
73. (Izard C.E.) Изард К.Э. Психология эмоций : пер. с англ. – СПб.: Питер, 2006. – 460 с.
74. Kobasa S.C. Hardiness and health: A prospective study / S.C. Kobasa, S.R. Maddi, S.Kahn // *Journal of personality and social psychology*. – 1982. – Vol. 42, N 1. – P.168-177.
75. Lazarus R.S. *Psychological stress and the coping process* / R.S. Lazarus. – N.Y.: McGraw-Hill Book, 1966. – 466 p.
76. Lazarus R.S. *Stress, Appraisal and Coping* / R.S. Lazarus, S. Folkman. – N.Y., 1984. – 218 p.
77. Lazarus R.S. Transactional theory and research on emotion and coping / R.S. Lazarus, S. Folkman // *Eur. J. Pers.* – 1987. – Vol. 1. – P.141-169.
78. Murphy L. Coping vulnerability and residence in childhood – coping and adaptation / L. Murphy. – N.Y., 1974.
79. Pearling L. The structure of coping / L. Pearling, C. Schooler // *J. Health., Soc. Behav.* – 1978. – Vol. 19. – P.2-21.
80. Perrez M. *Stress, Coping and Health: a situation behavior approach: theory, methods, applications* / M. Perrez, M. Reicherts; Foreword by R.S. Lazarus. – Seattle; Toronto; Bern: Hogrefe and Huber Publishers, 1992. – 233 p.
81. Plutchik R. A structural theory of ego defence and emotions // *Emotions in personality and psychopathology* / R. Plutchik, H. Kellerman, H. Conte; Ed. by E. Izard. – New York, 1979. – P.229-257.
82. Plutchik R. A general psychoevolutionary theory of emotions // *Emotion: Theory, research and experience* / R. Plutchik, H. Kellerman (Eds.) – Vol. 2. – N.Y.: Academic Press, 1980. – P.3-33.
83. Seligman M.E. Learned helplessness in the rat / M.E. Seligman, G. Beagley // *J. Comp. Physiol. Psychol.* – 1975. – Vol. 88, N 2. – P. 534-541.
84. Seligman M.E. Coping behavior: learned helplessness, physiological change and learned inactivity / M.E. Seligman, J. Weiss, M. Weinraub, A. Schulman // *Behav. Res. Ther.* – 1980. – Vol.18, N 5. – P.459-512.
85. Selye H. *The stress of life* / H. Selye. – N.Y., 1956. – 216 p.
86. (Selye H.) Селье Г. Очерки об адапционном синдроме : пер. с англ. – М.: Медгиз, 1960. – 254 с.
87. Vaillant G.E. Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanism / G.E. Vaillant // *Arch. General Psychiatry*. – 1971. – Vol. 24. – P. 107-118.
88. Vaillant G.E. *Adaptation to life* / G.E. Vaillant. – Boston; Toronto: Little, Brown, 1977. – 396 p.
89. Wiedl K.H. Coping with symptoms related to schizophrenia / K.H. Wiedl, B. Schöttner // *Schizophrenia Bull.* – 1991. – Vol. 17, N 3. – P.525-538.
90. Zubin J. Vulnerability: A new view of schizophrenia / J. Zubin, B. Spring // *Journal of Abnormal Psychology*. – 1977. – Vol. 86. – P.103-126.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### СПОСОБЫ КОПИНГА (Р. Лазарус, WCQ)

ОКАЗАВШИСЬ В ТРУДНОЙ СИТУАЦИИ, Я ...	никогда	редко	иногда	часто
1. Сосредоточивался на том, что мне нужно было делать дальше – на следующем шаге.	0	1	2	3
2. Начинать что-то делать, зная, что это все равно не будет работать: главное – делать хоть что-нибудь.	0	1	2	3
3. Попытка склонить вышестоящих к тому, чтобы они изменили свое мнение.	0	1	2	3
4. Говорил с другими, чтобы больше узнать о ситуации.	0	1	2	3
5. Критиковал и укорял себя.	0	1	2	3
6. Попытка не сжигать за собой мосты, оставляя все, как оно есть.	0	1	2	3
7. Надеялся на чудо.	0	1	2	3
8. Смирился с судьбой: бывает, что мне не везет.	0	1	2	3
9. Вел себя, как будто ничего не произошло.	0	1	2	3
10. Старался не показывать своих чувств.	0	1	2	3
11. Попытка увидеть в ситуации и что-то положительное.	0	1	2	3
12. Спал больше обычного.	0	1	2	3
13. Срывал свою досаду на тех, кто повлек на меня проблемы.	0	1	2	3
14. Искать сочувствия и понимания у кого-нибудь.	0	1	2	3
15. Во мне возникала потребность выразить себя творчески.	0	1	2	3
16. Попытка забыть все это.	0	1	2	3
17. Обращался за помощью к специалистам.	0	1	2	3
18. Менялся или рос как личность в положительную сторону.	0	1	2	3
19. Извинялся или старался как-то все загладить.	0	1	2	3
20. Составлял план действий и следовал ему.	0	1	2	3
21. Старался дать какой-то выход своим чувствам.	0	1	2	3

22. Понимал, что я сам вызвал эту проблему.	0	1	2	3
23. Набирался опыта в этой ситуации.	0	1	2	3
24. Говорил с кем-либо, кто мог конкретно помочь в этой ситуации.	0	1	2	3
25. Попытка улучшить свое самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами.	0	1	2	3
26. Рисковал напропалую.	0	1	2	3
27. Старался действовать не слишком поспешно, не доверяясь первому порыву.	0	1	2	3
28. Находил новую веру во что-то.	0	1	2	3
29. Вновь открывал для себя что-то важное в жизни.	0	1	2	3
30. Что-то менял так, что все улаживалось.	0	1	2	3
31. В целом избегал общения с людьми.	0	1	2	3
32. Не допускал это до себя, стараясь об этом особенно не задумываться.	0	1	2	3
33. Спрашивал совета у родственника или друга, которых уважал.	0	1	2	3
34. Старался, чтобы другие не узнали, как плохо обстоят дела.	0	1	2	3
35. Отказывался воспринимать все это слишком серьезно.	0	1	2	3
36. Говорил с кем-то о том, что я чувствую.	0	1	2	3
37. Стоял на своем и боролся за то, чего хотел.	0	1	2	3
38. Вымещал это на других людях.	0	1	2	3
39. Пользовался прошлым опытом – мне приходилось уже попадать в такие ситуации.	0	1	2	3
40. Знал, что надо делать, и удваивал свои усилия, чтобы все наладить.	0	1	2	3
41. Отказывался верить, что это действительно произошло.	0	1	2	3
42. Я давал себе обещание, что в следующий раз все будет по-другому.	0	1	2	3
43. Находил пару других способов решения проблемы.	0	1	2	3
44. Старался, чтобы мои эмоции не слишком мешали мне в других делах.	0	1	2	3
45. Что-то менял в себе.	0	1	2	3
46. Хотел, чтобы все это скорее как-то обрадовалось и кончилось.	0	1	2	3

47. Представлял себе, фантазировал, как все это могло бы обернуться.	0	1	2	3
48. Молился.	0	1	2	3
49. Прокручивал в уме, что мне сказать или сделать.	0	1	2	3
50. Думал о том, как бы в данной ситуации действовал человек, которым я восхищаюсь, и старался подражать ему.	0	1	2	3

### Ключ к тесту Р. Лазаруса

Описание шкал:

1. **Конфронтативный копинг.** Агрессивные усилия по изменению ситуации. Предполагает определенную степень враждебности и готовности к риску.

Пункты: **2 3 13 21 26 37** ( $\Sigma \text{max}=18$ )

2. **Дистанцирование.** Когнитивные усилия по отделению от ситуации и уменьшению (*обесцениванию*) ее значимости.

Пункты: **8 9 11 16 32 35** ( $\Sigma \text{max}=18$ )

3. **Самоконтроль.** Усилия по урегулированию своих чувств и действий.

Пункты: **6 10 27 34 44 49 50** ( $\Sigma \text{max}=21$ )

4. **Поиск социальной поддержки.** Усилия в поиске информационной, действенной и эмоциональной поддержки в социальном окружении.

Пункты: **4 14 17 24 33 36** ( $\Sigma \text{max}=18$ )

5. **Принятие ответственности.** Признание своей роли (вины) в проблеме с сопутствующей темой попыток ее исправления.

Пункты: **5 19 22 42** ( $\Sigma \text{max}=12$ )

6. **Бегство – избегание.** Мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные на избегание (отвлечение) проблемы (а не дистанцирование от нее).

Пункты: **7 12 25 31 38 41 46 47** ( $\Sigma \text{max}=24$ )

7. **Планирование решения проблемы.** Произвольные проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации, включающие аналитический подход к решению проблемы.

Пункты: **1 20 30 39 40 43** ( $\Sigma \text{max}=18$ )

8. **Положительная переоценка.** Усилия по приданию положительного значения событию (*поиск положительных сторон в случившемся*) с фокусированием на росте собственной личности; включает также религиозные аспекты.

Пункты: **15 18 23 28 29 45 48** ( $\Sigma \text{max}=21$ )

\*\*\*

Испытуемому предлагается вспомнить **1** реальное стрессовое событие из **недавнего прошлого** и заполнить опросник, отвечая на вопрос: «Оказавшись в трудной ситуации, я.....».

Результаты подсчитываются следующим образом:

1) по ключам подсчитываются сырые баллы по каждой шкале;

2) сырые баллы переводятся в проценты по формуле:

$$T = (N \cdot 100\%) \div \Sigma \text{max},$$

где N – количество баллов, набранных испытуемым по данной шкале;

$\Sigma \text{max}$  – максимальное количество баллов в данной шкале;

3) переведенные показатели шкал (Т) сравниваются между собой: наибольшие Т указывают на **преобладание в репертуаре копинг-поведения соответствующего копинга.**

**ИЖС (Индекс жизненного стиля, 1998)**

Прочтите следующие утверждения. Эти утверждения описывают чувства, которые человек обычно испытывает, или действия, которые человек обычно совершает. Если утверждение Вам не соответствует, поставьте любой знак в разделе, обозначенном «нет». Если утверждение Вам соответствует, поставьте знак в разделе «да», в месте, обозначенном круглыми скобками.

1. Я очень легкий человек и со мной легко ужиться.
2. Когда я хочу чего-нибудь, я никак не могу дождаться, когда это получу.
3. Всегда существовал человек, на которого я хотел бы походить.
4. Люди не считают меня эмоциональным человеком.
5. Я выхожу из себя, когда смотрю фильмы непристойного содержания.
6. Я редко помню свои сны.
7. Меня бесят люди, которые всеми вокруг командуют.
8. Иногда у меня появляется сильное желание пробить стену кулаком.
9. Меня раздражает тот факт, что люди слишком много задают.
10. В мечтах я всегда в центре внимания.
11. Я человек, который никогда не плачет.
12. Необходимость пользования общественным туалетом заставляет меня совершать над собой усилие.
13. Я всегда готов выслушать обе стороны во время спора.
14. Меня легко вывести из себя.
15. Когда кто-нибудь толкает меня в толпе, я чувствую, что готов толкнуть его в ответ.
16. Многие во мне людей восхищают.
17. Я полагаю, что лучше хорошенько обдумать все до конца, чем приходить в ярость.
18. Я много болею.
19. У меня плохая память на лица.
20. Когда меня отвергают, у меня появляются мысли о самоубийстве.
21. Когда я слышу сальности, я очень смущаюсь.
22. Я всегда вижу светлую сторону вещей.
23. Я ненавижу злобных людей.
24. Мне трудно избавиться от чего-либо, что принадлежит мне.
25. Я с трудом запоминаю имена.
26. У меня склонность к излишней импульсивности.
27. Люди, которые добиваются своего криком и воплями, вызывают у меня отвращение.
28. Я свободен от предрассудков.

29. Мне крайне необходимо, чтобы люди говорили мне о моей сексуальной привлекательности.
30. Когда я собираюсь в поездку, я планирую каждую деталь заранее.
31. Иногда мне хочется, чтобы атомная бомба разрушила весь мир.
32. Порнография отвратительна.
33. Когда я чем-нибудь расстроен, я много ем.
34. Люди мне никогда не надоедают.
35. Многие из своего детства я не могу вспомнить.
36. Когда я собираюсь в отпуск, я обычно беру с собой работу.
37. В своих фантазиях я совершаю великие поступки.
38. В большинстве своем люди раздражают меня, так как они слишком эгоистичны.
39. Прикосновение к чему-нибудь осклизлому, скользкому вызывает у меня отвращение.
40. Если кто-нибудь надоедает мне, я не говорю это ему, а стремлюсь выразить свое недовольство кому-нибудь другому.
41. Я полагаю, что люди обведут вас вокруг пальца, если вы не будете осторожны.
42. Мне требуется много времени, чтобы разглядеть плохие качества в других людях.
43. Я никогда не волнуюсь, когда читаю или слышу о какой-либо трагедии.
44. В споре я обычно более логичен, чем другой человек.
45. Мне совершенно необходимо слышать комплименты.
46. Беспорядочность отвратительна.
47. Когда я веду машину, у меня иногда появляется сильное желание толкнуть другую машину.
48. Иногда, когда у меня что-нибудь не получается, я злюсь.
49. Когда я вижу кого-нибудь в крови, это меня почти не беспокоит.
50. У меня портится настроение, и я раздражаюсь, когда на меня не обращают внимания.
51. Люди говорят мне, что я всему верю.
52. Я ношу одежду, которая скрывает мои недостатки.
53. Мне очень трудно пользоваться неприличными словами.
54. Мне кажется, я много спорю с людьми.
55. Меня отталкивает от людей то, что они неискренни.
56. Люди говорят мне, что я слишком беспристрастен во всем.
57. Я знаю, что мои моральные стандарты выше, чем у большинства других людей.
58. Когда я не могу справиться с чем-либо, я готов заплакать.
59. Мне кажется, что я не могу выражать свои эмоции.
60. Когда кто-нибудь толкает меня, я прихожу в ярость.
61. То, что мне не нравится, я выбрасываю из головы.
62. Я очень редко испытываю чувство привязанности.
63. Я терпеть не могу людей, которые всегда стараются быть в центре внимания.
64. Я многое коллекционирую.



65. Я работаю более упорно, чем большинство людей, для того, чтобы добиться результатов в области, которая меня интересует.
66. Звуки детского плача не беспокоят меня.
67. Иногда я бываю так сердит, что мне хочется крушить все вокруг.
68. Я всегда оптимистичен.
69. Я много лгу.
70. Я больше привязан к самому процессу работы, чем к отношениям, которые складываются вокруг нее.
71. В основном люди несносны.
72. Я бы ни за что не пошел на фильм, в котором слишком много сексуальных сцен.
73. Меня раздражает то, что людям нельзя доверять.
74. Я буду делать все, чтобы произвести хорошее впечатление.
75. Я не понимаю некоторых своих поступков.
76. Я через силу смотрю кинокартины, в которых много насилия.
77. Я думаю, что ситуация в мире намного лучше, чем большинство людей думают.
78. Когда у меня неудача, я не могу сдерживать плохого настроения.
79. То, как люди одеваются сейчас на пляже – неприлично.
80. Я не позволяю своим эмоциям захватывать меня.
81. Я всегда планирую наихудшее, с тем, чтобы не быть застигнутым врасплох.
82. Я живу так хорошо, что многие люди хотели бы оказаться в моем положении.
83. Как-то я был так сердит, что сильно саданул по чему-то и случайно поранил себя.
84. Я испытываю отвращение, сталкиваясь с людьми низкого морального уровня.
85. Я почти ничего не помню о своих первых годах в школе.
86. Когда я расстроен, я невольно поступаю как ребенок.
87. Я предпочитаю больше говорить о своих мыслях, чем о своих чувствах.
88. Мне кажется, что я не могу закончить ничего из того, что начал.
89. Когда я слышу о жестокостях, это не трогает меня.
90. В моей семье почти никогда не противоречат друг другу.
91. Я много кричу на людей.
92. Ненавижу людей, которые топчут других, чтобы продвинуться вперед.
93. Когда я расстроен, я часто напиваюсь.
94. Я счастлив, что у меня меньше проблем, чем у большинства людей.
95. Когда что-нибудь расстраивает меня, я сплю более, чем обычно.
96. Я нахожу отвратительным, что большинство людей лгут, для того, чтобы добиться успеха.
97. Я говорю много неприличных слов.

**Бланк для регистрации ответов (ИЖС)**

№	Нет	Да								№	Нет	Да							
		A	B	C	D	E	F	G	H			A	B	C	D	E	F	G	H
1		( )								50				( )					
2				( )						51		( )							
3					( )					52				( )					
4								( )		53									( )
5									( )	54							( )		
6			( )							55				( )					
7					( )					56								( )	
8						( )				57									( )
9						( )				58			( )						
10				( )						59			( )						
11			( )							60							( )		
12								( )		61		( )							
13								( )		62								( )	
14				( )						63					( )				
15							( )			64			( )						
16		( )								65			( )						
17								( )		66			( )						
18				( )						67							( )		
19			( )							68		( )							
20						( )				69			( )						
21								( )		70								( )	
22		( )								71				( )					
23					( )					72									( )
24				( )						73				( )					
25			( )							74			( )						
26				( )						75			( )						
27					( )					76							( )		
28		( )								77		( )							
29					( )					78			( )						
30								( )		79									( )
31						( )				80									( )
32								( )		81									( )
33				( )						82		( )							
34		( )								83							( )		
35			( )							84					( )				
36								( )		85			( )						
37					( )					86			( )						
38					( )					87								( )	
39								( )		88			( )						
40						( )				89			( )						
41					( )					90		( )							
42		( )								91							( )		
43			( )							92				( )					
44								( )		93			( )						
45				( )						94		( )							
46								( )		95			( )						
47						( )				96				( )					
48				( )						97							( )		
49			( )																

**Шкала для перевода сырых оценок по методике ИЖС процентиля\***

Сырые очки	Отрицание А	Вытеснение В	Регрессия С	Компенсация D	Проекция Е	Замещение F	Интеллектуализация G	Реактивные образ. Н
0	3	2	2	5	1	6	0	7
1	13	8	6	20	5	23	3	19
2	27	25	19	37	6	37	6	39
3	39	42	35	63	7	48	17	61
4	50	63	53	78	12	65	28	76
5	61	76	70	88	20	77	42	91
6	79	87	80	95	27	86	59	97
7	84	92	85	97	36	93	76	98
8	90	97	88	99	46	97	87	99
9	97	98	95		64	98	92	
10	98	99	97		72	99	97	
11	99		99		90		99	
12					96			
13					99			

\* - приводятся данные апробации, выполненной в лаборатории клинической психологии СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева

**Опросник симптоматических жалоб (SCL-90-R)**

**Инструкция:** Ниже приведен перечень проблем и жалоб, иногда возникающих у людей. Пожалуйста, читайте каждый пункт внимательно. Обведите кружком номер того ответа, который наиболее точно описывает степень Вашего дискомфорта или встревоженности в связи с той или иной проблемой в течение последней недели, включая сегодня. Обведите только один из номеров в каждом пункте, не пропуская ни одного пункта.

Насколько сильно Вас тревожили	Со-всем нет	Немно-го	Уме-ренно	Сильно	Очень сильно
1. Головные боли.	0	1	2	3	4
2. Нервозность и внутренняя дрожь.	0	1	2	3	4
3. Повторяющиеся неприятные неотвязные мысли.	0	1	2	3	4
4. Слабость и головокружения.	0	1	2	3	4
5. Потеря сексуального влечения или удовольствия.	0	1	2	3	4
6. Чувство недовольства другими.	0	1	2	3	4
7. Ощущение, что кто-то другой может управлять Вашими мыслями	0	1	2	3	4
8 Ощущение, что почти во всех неприятностях виноваты другие.	0	1	2	3	4
9. Проблемы с памятью.	0	1	2	3	4
10. Ваша небрежность или неряшливость.	0	1	2	3	4
11. Легко возникающая досада или раздражение.	0	1	2	3	4
12. Боли в сердце или грудной клетке.	0	1	2	3	4
13. Чувство страха в открытых местах или на улице.	0	1	2	3	4
14. Упадок сил или заторможенность.	0	1	2	3	4
15. Мысли о том, чтобы покончить с собой.	0	1	2	3	4
16. То, что Вы слышите голоса, которых не слышат другие.	0	1	2	3	4
17. Дрожь.	0	1	2	3	4
18. Чувство, что большинству людей нельзя доверять.	0	1	2	3	4
19. Плохой аппетит.	0	1	2	3	4
20. Слезливость.	0	1	2	3	4
21. Застенчивость или скованность в общении с лицами другого пола	0	1	2	3	4
22. Ощущение, что Вы в западне или пойманы.	0	1	2	3	4
23. Неожиданный или беспричинный страх.	0	1	2	3	4
24. Вспышки гнева, которые Вы не смогли сдержать.	0	1	2	3	4
25. Боязнь выйти из дома одному.	0	1	2	3	4
26. Чувство, что Вы сами во многом виноваты.	0	1	2	3	4
27. Боли в пояснице.	0	1	2	3	4

28. Ощущение, что что-то Вам мешает сделать что-либо.	0	1	2	3	4
29. Чувство одиночества.	0	1	2	3	4
30. Подавленное настроение, «хандра».	0	1	2	3	4
31. Чрезмерное беспокойство по разным поводам.	0	1	2	3	4
32. Отсутствие интереса к чему бы то ни было.	0	1	2	3	4
33. Чувство страха.	0	1	2	3	4
34. То, что Ваши чувства легко задеть.	0	1	2	3	4
35. Ощущение, что другие проникают в ваши мысли.	0	1	2	3	4
36. Ощущение, что другие не понимают Вас или не сочувствуют Вам	0	1	2	3	4
37. Ощущение, что люди недружелюбны или Вы им не нравитесь.	0	1	2	3	4
38. Необходимость все делать медленно, чтобы не допустить ошибки	0	1	2	3	4
39. Сильное или учащенное сердцебиение.	0	1	2	3	4
40. Тошнота или расстройство желудка.	0	1	2	3	4
41. Ощущение, что Вы хуже других.	0	1	2	3	4
42. Боли в мышцах.	0	1	2	3	4
43. Ощущение, что другие наблюдают за Вами или говорят о Вас.	0	1	2	3	4
44. То, что Вам трудно заснуть.	0	1	2	3	4
45. Потребность проверять и перепроверять то, что Вы делаете.	0	1	2	3	4
46. Трудности в принятии решения.	0	1	2	3	4
47. Боязнь езды в автобусе, метро или поездах.	0	1	2	3	4
48. Затрудненное дыхание.	0	1	2	3	4
49. Приступы жара или озноба.	0	1	2	3	4
50. Необходимость избегать некоторых мест или действий, т.к. они пугают.	0	1	2	3	4
51. То, что Вы легко теряете мысль.	0	1	2	3	4
52. Онемение или покалывание в различных частях тела.	0	1	2	3	4
53. Комок в горле.	0	1	2	3	4
54. Ощущение, что будущее безнадежно.	0	1	2	3	4
55. То, что Вам трудно сосредоточиться.	0	1	2	3	4
56. Ощущение слабости в различных частях тела.	0	1	2	3	4
57. Ощущение напряженности и взвинченности.	0	1	2	3	4
58. Тяжесть в конечностях.	0	1	2	3	4
59. Мысли о смерти.	0	1	2	3	4
60. Переедание.	0	1	2	3	4
61. Ощущение неловкости, когда люди наблюдают за Вами или говорят о Вас.	0	1	2	3	4
62. То, что у Вас в голове чужие мысли.	0	1	2	3	4
63. Импульсы причинять телесные повреждения или вред кому-либо	0	1	2	3	4
64. Бессонница по утрам.	0	1	2	3	4

65. Потребность повторять действия: прикасаться, мыться, пересчитывать и т.п.	0	1	2	3	4
66. Беспокойный и тревожный сон.	0	1	2	3	4
67. Импульсы ломать или крушить что-нибудь.	0	1	2	3	4
68. Наличие у Вас идей или верований, которые не разделяют другие	0	1	2	3	4
69. Чрезмерная застенчивость при общении с другими.	0	1	2	3	4
70. Чувство неловкости в людных местах (магазинах, кинотеатрах).	0	1	2	3	4
71. Чувство, что все, что бы Вы не делали, требует больших усилий.	0	1	2	3	4
72. Приступы ужаса или паники.	0	1	2	3	4
73. Чувство неловкости, когда Вы едите или пьете на людях.	0	1	2	3	4
74. То, что Вы часто вступаете в спор.	0	1	2	3	4
75. Нервозность, когда Вы остались одни.	0	1	2	3	4
76. То, что другие недооценивают Ваши достижения.	0	1	2	3	4
77. Чувство одиночества, даже когда Вы с другими людьми.	0	1	2	3	4
78. Такое сильное беспокойство, что Вы не могли усидеть на месте.	0	1	2	3	4
79. Ощущение собственной никчемности.	0	1	2	3	4
80. Ощущение, что с Вами произойдет что-то плохое.	0	1	2	3	4
81. То, что Вы кричите или швыряетесь вещами.	0	1	2	3	4
82. Боязнь, что Вы упадете в обморок на людях.	0	1	2	3	4
83. Ощущение, что люди злоупотребят Вашим доверием, если Вы им позволите.	0	1	2	3	4
84. Нервировавшие Вас сексуальные мысли.	0	1	2	3	4
85. Мысль, что Вы должны быть наказаны за Ваши грехи.	0	1	2	3	4
86. Кошмарные мысли или видения.	0	1	2	3	4
87. Мысли о том, что с вашим телом что-то не в порядке.	0	1	2	3	4
88. То, что Вы не чувствуете близости ни к кому.	0	1	2	3	4
89. Чувство вины.	0	1	2	3	4
90. Мысли о том, что с Вашим рассудком что-то неладное.	0	1	2	3	4

Ключи к тесту SCL-90-R

№	Шкала	Пункты												Число пунктов	
		1	4	12	27	40	42	48	49	52	53	56	58		
1	Соматизация													12	
														Σ	
2	Обсессивность – компульсивность	3	9	10	28	38	45	46	51	55	65			10	
														Σ	
3	Межличностная тревожность	6	21	34	36	37	41	61	69	73				9	
														Σ	
4	Депрессивность	5	14	15	20	22	26	29	30	31	32	54	71	79	13
															Σ
5	Тревожность	2	17	23	33	39	57	72	78	80	86				10
															Σ
6	Враждебность	11	24	63	67	74	81								6
															Σ
7	Фобии	13	25	47	50	70	75	82							7
															Σ
8	Паранойальность	8	18	43	68	76	83								6
															Σ
9	Психотизм	7	16	35	62	77	84	85	87	88	90				10
															Σ
10	Дополнительные пункты	19	44	59	60	64	66	86							7
															Σ

ОБЩАЯ СУММА (общий индекс):  $\Sigma / 90 =$

Елена Рудольфовна Исаева

**КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ЗАЩИТА  
ЛИЧНОСТИ В УСЛОВИЯХ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ**

*Монография*

Верстка *О. В. Ивановой*

Лицензия ИД № 00597 от 15.12.99 г.  
Подписано в печать 15.07.09. Усл. печ. л. 8,75. Формат 60×84 1/16.  
Печать офсетная. Тираж 500 экз. Заказ № 915/09.  
197022, Санкт-Петербург, улица Льва Толстого, 6/8.  
Издательство СПбГМУ