

*А.А. Помилуйко***ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ И КОПИНГ-СТРАТЕГИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: жизнестойкость, копинг-стратегии, стенокардия, инфаркт миокарда

Жизнестойкость (*hardiness*) представляет собой одну из психодиагностических мишеней, относимых к группе новых, неклассических мишеней психодиагностики. Понятие *hardiness*, введенное S. Kobasa (1) и S. Maddi (2), переводится с английского как «крепость, выносливость». На русском языке его принято обозначать как «жизнестойкость».

С. Мадди определяет жизнестойкость как интегральную личностную черту, ответственную за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Выраженность жизнестойкости характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Жизнестойкость также определяется как ключевая личностная переменная, опосредующая влияние стрессогенных факторов, в том числе хронических, на соматическое и душевное здоровье. Необходимо отметить, что понятие жизнестойкости не тождественно понятию копинг-стратегий, поскольку копинг-стратегии – это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как жизнестойкость – черта личности, установка на выживаемость. Кроме того, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, в то время как жизнестойкость – черта личности, позволяющая справляться с дистрессом эффективно и всегда в направлении личностного роста (3,4).

Концепция жизнестойкости изучается в тесной связи с проблемами совладания со стрессом. Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова (5) указывают, что жизнестойкость понимается как система убеждений человека о себе, мире, отношениях с миром. Высокий уровень жизнестойкости способствует оценке событий как менее травмирующих и успешному совладанию со стрессом. Как отмечает Д.А. Леонтьев (5), эта личностная переменная характеризует меру способности

личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности (6). Жизнестойкость является ключевой личностной переменной, опосредующей влияние стрессогенных факторов (в том числе хронических) на соматическое и душевное здоровье, а также на успешность деятельности. Отношение человека к изменениям, к собственным внутренним ресурсам, оценка им возможности управлять происходящими изменениями позволяют определить способности личности к совладанию как с повседневными трудностями, так и с носящими экстремальный характер (4).

Жизнестойкость положительно коррелирует с субъективным благополучием, его компоненты – с удовлетворенностью прошлым (7). Она оказывается буфером против неблагоприятных физических следствий стресса, характеризуя личность людей, имеющих лучшее здоровье.

С.В. Книжникова (8) рассматривает жизнестойкость личности не как систему убеждений, а как интегральную характеристику личности, позволяющую сопротивляться негативным влияниям среды, эффективно преодолевать жизненные трудности, трансформируя их в ситуации развития. Она подчеркивает, что жизнестойкость не только детерминирует характер личностной реакции на внешние стрессовые и фрустрирующие обстоятельства, но и позволяет эти обстоятельства обратить в возможности самосовершенствования. Базовыми компонентами жизнестойкости как интегральной характеристики личности являются оптимальная смысловая регуляция, адекватная самооценка, развитые волевые качества, высокий уровень социальной компетентности, развитые коммуникативные способности и умения.

В ряде исследований (9, 10) была выявлена умеренная негативная корреляция жизнестойкости с «поведением типа А» - поведенческим синдромом, выражающим психологическую пред-

расположенность к сердечно-сосудистым заболеваниям. Высокий уровень жизнестойкости у некоторых людей, проявляющих «поведение типа А», резко снижает вероятность их заболевания. Жизнестойкость в отношении здоровья предсказывает число психосоматических жалоб (11), в том числе у людей старшего возраста. Установлено также, что высокий уровень жизнестойкости при хронических заболеваниях связан с более позитивным восприятием своей болезни, лучшей психосоциальной адаптацией (12, 13), и более высоким качеством жизни (14). Этот показатель может рассматриваться как составляющая психологических ресурсов, позволяющих эффективно справляться со стрессом длительно текущих заболеваний сердечно-сосудистой системы, при которых стресс является не только фактором риска, но и триггером манифестации клинической симптоматики (14). Развитие жизнестойких убеждений приводит к нарастанию активности человека, в результате его реакция на стресс становится менее болезненной (15).

Жизнестойкость включает в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска.

Компонент «вовлеченность» (commitment) представляет собой «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности». При развитом компоненте вовлеченности человек получает удовольствие от собственной деятельности. При отсутствии такой убежденности возникает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

Вовлеченность связана с уверенностью в себе и в великодушии мира. Как отмечает Л.А. Александрова (16), вовлеченность является важной особенностью представлений в отношении себя, окружающего мира и характера взаимодействий между ними, которая мотивирует человека к самореализации, лидерству, здоровому образу жизни и поведению. Вовлеченность позволяет чувствовать себя значимым и ценным и включаться в решение жизненных задач даже при наличии стрессогенных факторов и изменений.

Компонент жизнестойкости «контроль» (control) определяется как убежденность в том, что «борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован». Другими словами, этот компонент отражает убежденность человека в наличии причинно-следственной связи между его действиями, поступками, усилия-

ми и результатами, событиями, отношениями и.т.п. Чем более выражен этот компонент, тем больше человек уверен в эффективности собственной активной позиции. Чем меньше выражен данный компонент жизнестойкости, тем меньше человек верит в то, что в его действиях есть смысл, он «предчувствует» бесплодность собственных попыток повлиять на ход событий. Эта убежденность в отсутствии контроля над происходящим порождает состояние выученной беспомощности.

Ощущение контроля (или его отсутствия) связано с самооценкой, личностной адаптацией к трудным жизненным ситуациям, депрессией, тревожностью, отчуждением, апатией, фобиями, состоянием здоровья (17). При высоком воспринимаемом контроле, т.е. убежденности человека в том, что он может повлиять на важные для него результаты, человек концентрируется на выполнении задачи, находящейся не просто в рамках его возможностей, но и на грани их, он инициирует поведение, прикладывает усилия, ставит перед собой трудные цели, не боится новых, сложных и незнакомых ситуаций (что в целом соответствует поведению самостоятельной личности). При низком уровне воспринимаемого контроля человек избегает сложностей, предпочитает ставить легко достижимые цели, остается пассивным, не веря в эффективность собственных действий.

Третьим компонентом, выделяемым в структуре жизнестойкости, является «принятие риска» (challenge), т.е. «убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, - неважно, позитивного или негативного» (18). Этот компонент позволяет личности оставаться открытой окружающему миру, принимать происходящие события как вызов и испытание, дающие человеку возможность приобрести новый опыт, извлечь для себя определенные уроки.

Согласно представлениям С. Мадди, человек постоянно совершает выбор как в критических ситуациях, так и в повседневном опыте. Этот выбор подразделяется на два вида: выбор неизменности (выбор прошлого) и выбор неизвестности (выбор будущего). В первом случае человек не видит причин понимать свой опыт как новый и совершает «выбор в пользу прошлого», не меняя привычный для него способ (или способы) действия. В этом варианте выбор приносит с собой чувство вины, связанное с нереализованными возможностями (19). Во втором слу-

чае человек полагает, что полученный им опыт вызывает необходимость нового способа действий, он осуществляет «выбор в пользу будущего». В этом варианте выбор приносит с собой чувство тревоги, связанное с неопределенностью, в которую вступает человек. Жизнестойкость позволяет успешно совладать с тревогой, являющейся одним из последствий своего собственного выбора, если в ситуации экзистенциальной дилеммы он был осуществлен «в пользу будущего».

S. Maddi (9, 15) отметил важность выраженности всех трех компонентов для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности и активности в стрессогенных условиях. Установлена четкая обратная зависимость между выраженностью компонентов жизнестойкости и вероятностью серьезного заболевания в

течение года после возникновения стрессовой ситуации. При низкой выраженности всех трех компонентов жизнестойкости вероятность заболевания оказалась равна 92,5%, при высоком уровне одного из компонентов – 71,8%, при высоком уровне двух компонентов – 57,7%, при высоком уровне всех компонентов – 7,7%. Эти цифры, помимо подтверждения важности компонентов жизнестойкости для предотвращения стрессогенных расстройств, говорят также о системном характере их взаимодействия между собой, при котором суммарный эффект превышает эффект каждого компонента в отдельности.

Цель исследования - изучить уровень жизнестойкости и особенности копинг-стратегий у больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы

Материал и методы исследования

Обследовано 106 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (64 человека с ИБС и стенокардией напряжения (СН) и 42 человека, перенесших инфаркт миокарда (ИМ). Среди них 58 мужчин и 48 женщин. Возраст обследованных составил от 50 до 65 лет.

Для изучения жизнестойкости использовалась русскоязычная версия теста жизнестойкости С. Мадди, разработанная Д.А. Леонтьевым и Е.А. Рассказовой (5), позволяющая определить ее общий уровень (интегральный показатель) и уровень всех ее составляющих: вовлеченность, контроль, принятие риска. Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом рассматривалась как препятствие возникновения внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет стойкого совладания (hardy coping) со стрессами и восприятия их как менее значимых.

Тест жизнестойкости включал 45 пунктов,

содержащих прямые и обратные вопросы по трем субшкалам опросника. Использовались следующие варианты ответов: «нет» - 0 баллов, «скорее нет, чем да» - 1 балл, «скорее да, чем нет» - 2 балла, «да» - 3 балла. Подсчитывался общий балл жизнестойкости и показатели для каждой из 3-х субшкал (вовлеченность, контроль, принятие риска).

При разработке нормативных показателей жизнестойкости учитывались особенности распределения показателей жизнестойкости и субшкал вовлеченности, контроля и принятия риска по тесту Колмогорова-Смирнова в зависимости от возраста (18). С учетом возрастных (значимых и близких к значимым) различий ряда показателей обследованных больных, в качестве нормативных использовались средние значения показателей жизнестойкости у лиц, старше 35 лет (табл. 1).

Таблица 1

Различия показателей жизнестойкости по критерию возраста

Показатели	Среднее значение <35 лет (N=78)	Среднее значение >35 лет (N=72)	Число ст. св. t-value	Уровень значимости p-level
Жизнестойкость	85,22	79,86	1,87	0,062
Вовлеченность	38,03	36,62	1,14	0,254
Контроль	29,86	27,65	1,82	0,069
Принятие риска	17,32	15,57	2,21	0,028

Для выявления копинг-ресурсов в структуре психологических качеств, детерминирующих стресс-устойчивость больных, использован копинг-тест Лазаруса (Н.Е. Водопьянова, 2009). Тест состоял из 50 утверждений, сгруппированных в 8 шкал: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Испытуемому предлагалось оценить как часто данные варианты поведения проявляются у него. Тест позволяет определить степень индивидуальной активности (напряжения) или предпочтительного использования стратегий преодолевающего поведения и общую конфигурацию «профиля» копинг-ресурсов личности. При этом мы исходили из следующих критериев интерпретации, предложенных Л.Н. Вас-

серманом и соавторами.:

- показатели более 60 баллов – гиперактивные копинги, выраженное предпочтение соответствующей стратегии, «ресурс первой линии мобилизации»;

- показатели в диапазоне от 40 до 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии, «ресурс второй линии мобилизации»;

- показатели менее 40 баллов – редкое использование соответствующей стратегии, низкий уровень активности (напряжения) копинга, дефицитарный копинг, не имеющий ресурсного значения для личности.

Достоверность полученных результатов обеспечивалась использованием в исследовании методов математической статистики: t - критерий Стьюдента, непараметрический U - критерий Манна-Уитни, коэффициент корреляции r - Пирсона.

Полученные результаты и их обсуждение

В результате сравнения всех показателей теста жизнестойкости с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни было установлено, что показатели сравниваемых групп больных отличаются от нормативных данных для лиц старше 35 лет по уровню выраженности каждо-

го из компонентов жизнестойкости (за исключением показателя принятия риска у больных СН), а также по уровню жизнестойкости в целом. Выявленные различия являются высоко значимыми ($p=0,000$). Эти данные представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение выраженности показателей жизнестойкости у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Показатели	Средние значения		t*	p
	СН	ИМ		
Жизнестойкость	64,26	52,13	7,21	0,000
Вовлеченность	30,14	21,84	6,18	0,000
Контроль	21,36	14,08	5,23	0,000
Принятие риска	14,18	8,26	4,87	0,000

Примечание: p- достоверность различий между группами СН и ИМ; *- распределение показателей жизнестойкости и субшкал по критерию Колмогорова-Смирнова не отличается от нормального.

Как следует из приведенных в таблице 2 данных, больные двух обследованных групп обладают более низким уровнем жизнестойкости, чем нормативная группа лиц старше 35 лет. Это свидетельствует о существенных трудностях для сохранения здоровья и оптимального уровня работоспособности, и активности в стрессогенных условиях.

При сравнении среднего показателя вовлеченности у больных СН и перенесших ИМ, установлено, что уровень вовлеченности в этих груп-

пах значительно ниже, чем у лиц нормативной группы ($t=-3,64$ при $P=0,000$), а у больных СН значимо выше, чем у больных, перенесших ИМ ($t=4,11$ при $P=0,000$). Эти данные, с одной стороны, свидетельствуют о том, что больные с вышеуказанными заболеваниями отличаются сниженным уровнем выраженности вовлеченности, по сравнению с лицами возрастной нормативной группы, с другой стороны, - о достоверно наиболее низком показателе вовлеченности у больных с осложненной динамикой стенокар-

дии. Полученные результаты можно рассматривать с позиции относительного развитого компонента вовлеченности при неосложненном варианте СН, что позволяет больным получать больше удовлетворения от собственной жизнедеятельности и что, вероятно, отражает и соответствует их более высокому социометрическому статусу с уровнем открытости и разнообразия отношений с окружающими. Напротив, больные, перенесшие ИМ, чаще испытывают чувство отвергнутости, ощущение себя «вне жизни», ее бессмысленность и отсутствие перспективы. В жизненно-личностном контексте такие особенности сочетаются с более низким социометрическим статусом и низким уровнем социальной поддержки.

Аналогичная закономерность выявлена и при сравнении средних значений выраженности компонента контроля. В анализируемых группах больных уровень контроля значимо ниже, чем в нормативной группе ($t=-3,24$ при $P=0,000$), а у больных СН значительно выше, чем у больных, перенесших ИМ ($t=2,86$ при $P=0,003$). Существенное снижение возможности контроля над событиями, особенно травмирующими, обуславливает отсутствие такого контроля и в будущем, что порождает у больных, перенесших ИМ, ощущение невозможности воздействия на происходящее. Убеждение в невозможности воздействовать на ситуацию, характерное для этой категории больных, влияет на их поведение, сводя к минимуму активные действия, попытки изменить что-либо. Такие люди «предвидят» отсутствие успеха и предпринимают меньше усилий и соответственно добиваются меньших результатов. Отсутствие результатов, в свою очередь, подкрепляет убеждение в бесполезности активных действий.

Больные с СН, напротив, уверены в возможности влиять на ситуацию и воспринимают ее как менее травматичную, предпринимают более активные действия для ее изменения, которые приводят к большим успехам, чем в альтернативной группе больных, что также закрепляет соответствующую систему убеждений и в дальнейшем мотивирует к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений.

Неоднозначные результаты получены при изучении компонента принятия риска. У больных СН он существенно не отличается от нормативного показателя ($t=1,1$ при $P=0,271$). Достаточный уровень развития этого компонента описывается как убежденность в том, что все происходящее с человеком способствует его раз-

витию за счет знаний, извлекаемых из опыта, как позитивного, так и негативного. Эти пациенты в основном рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, чаще готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск. Они проявляют определенную уверенность и решительность при осуществлении выбора в различных жизненных ситуациях. Развитой компонент принятия риска позволяет им легче переносить тревогу, сопровождающую выбор, осуществляемый в пользу неизвестности, а не в пользу определенности. Этот компонент жизнестойкости помогает им оставаться открытыми окружающей среде и обществу, воспринимать жизненные события как испытания и вызов самому себе.

Сравнение среднего показателя принятия риска у больных, перенесших ИМ, с показателями больных СН и возрастной нормативной группой показало, что уровень принятия риска в этой группе значимо ниже нормативного показателя ($t=3,41$ при $P=0,001$) и показателя этой шкалы у больных СН ($t=3,26$ при $P=0,001$). Эти данные свидетельствуют о том, что больные, перенесшие ИМ, чаще стремятся к гарантированному результату, к простому комфорту и безопасности, им чужда идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование. Это согласуется с тем фактом, что эти больные имеют более выраженную мотивацию избегания неудачи, тогда как больные СН – мотивацию стремления к достижению. Мотивация избегания неудачи предполагает постановку простых, легко достигаемых целей, не требующих риска, тогда как мотивация достижения связана со сложными целями и неизвестностью.

Результаты настоящего исследования показали, что несмотря на снижение уровня жизнестойкости в обеих группах, больные СН обладают более высоким уровнем жизнестойкости в целом, чем больные, перенесшие ИМ. При сравнении средних суммарных показателей было установлено, что жизнестойкость у больных СН имеет более низкие показатели, чем в нормативной группе ($t=-4,09$ при $P=0,000$), но существенно более высокие показатели, чем в среднем у больных, перенесших ИМ ($t=-4,09$ при $P=0,000$).

Относительно высокий уровень выраженности жизнестойкости у больных СН можно рассматривать как препятствие возникновению внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях за счет успешного совладания и восприятия их как менее значимых. Жизнестойкость этих

пациентов дает им больше сил, мотивирует к самореализации, здоровому образу мыслей и поведения. Она предоставляет им возможность чувствовать себя значимыми и ценными, более или менее активно решать жизненные задачи, несмотря на присутствие стрессогенных факторов. В то же время низкие показатели жизнестойкости у больных, перенесших ИМ, предполагают наличие у них элементов беспомощности (20), подверженности депрессии и апатии, низкой стрессоустойчивости, уверенности в бесполезности собственных действий и по этой причине не способствуют формированию эффективных стратегий преодоления неблагоприятных физических последствий стресса и укреплению здоровья. Об

этом свидетельствуют результаты сравнительного исследования ресурсных возможностей больных, связанных с используемыми ими способами поведения в трудных жизненных ситуациях.

Все варианты копинга нами рассматривались или в контексте продуктивных (адаптивных) способов выхода из трудной ситуации (самоконтроль, принятие ответственности, поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка), или как непродуктивные (неадаптивные) способы (конфронтация, дистанцирование, бегство-избегание).

В табл. 3 и на рис. 1 представлены средние значения показателей и профили копинг-стратегий у больных двух сравниваемых групп.

Таблица 3

Средние значения показателей копинг-стратегий у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Группы больных	Стратегии копинг-поведения							
	К	Дис	Ск	Псп	По	Би	П	Пп
СН	38,4	59,0	64,4	37,2	44,3	36,9	49,6	41,6
ИМ	76,4*	44,8*	44,6*	68,7*	58,6*	61,3*	39,4*	38,7

Примечание к таблице: К – конфронтация; Дис – дистанцирование; Ск – самоконтроль; Псп – поиск социальной поддержки; По – принятие ответственности; Би – бегство-избегание; П – планирование решения проблемы; Пп – положительная переоценка; * - различия достоверны при $p < 0,05$.

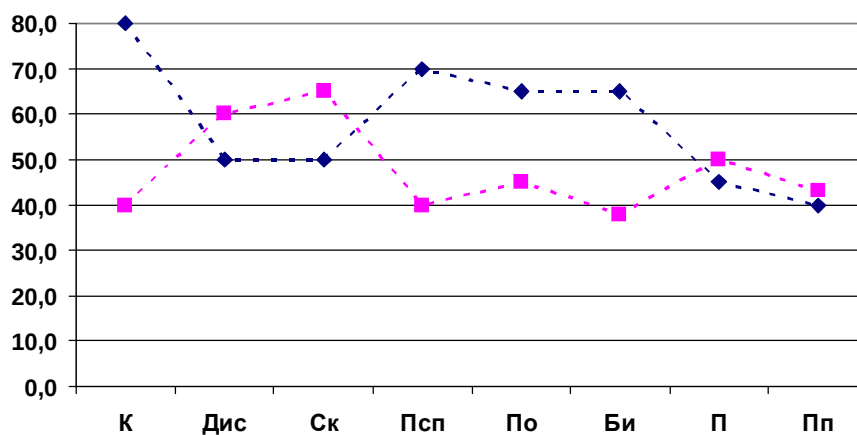


Рис 1. Профили копинг-стратегий больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Полученные психодиагностические данные свидетельствуют, что больные обеих анализируемых групп используют как продуктивные, так и неадаптивные копинг-стратегии выхода из трудных жизненных ситуаций. Однако соотношение этих способов и их активность (напряженность, предпочтительность) имели существенные отличия. У больных СН с высоким уровнем достоверности преобладало преимуще-

ственное использование копинга «самоконтроль» (64,4). Эта стратегия предполагает попытки преодоления негативных переживаний в связи с трудной проблемой за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, минимизации их влияния на оценку ситуации и выбор стратегии поведения, высокий контроль поведения. При отчетливом предпочтении стратегии самоконтроля у человека может наблюдаться

ся стремление скрывать от окружающих свои переживания и побуждения в связи с проблемной ситуацией. Часто такое поведение свидетельствует о чрезмерной требовательности к себе, о возможности избегания эмоциогенных импульсивных поступков, о преобладании рационального подхода к проблемным ситуациям.

Умеренное использование других продуктивных копинг-стратегий у больных СН (ответственность – 44,3; планирование – 49,6 и положительная переоценка – 41,6) представляло собой специфический «резерв второй линии активности».

При этом только копинг «планирование» по своей активности (49,6) превышал средний показатель аналогичной стратегии у больных, перенесших ИМ. Эта стратегия предполагает попытки преодоления проблем за счет целенаправленного анализа ситуации и возможных вариантов поведения, выработки стратегии разрешения проблемы, планирования собственных действий с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов.

Непродуктивные копинг-стратегии оказались менее характерными для больных СН. Только показатель дистанцирования (59,0) отражал умеренную степень использования этой стратегии, и возможности снижения субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций и степени эмоциональной вовлеченности в них. Остальные непродуктивные стратегии (конфронтация – 38,4; бегство-избегание – 36,9) рассматривались как дефицитарные (редко используемые), т.е. не имеющие ресурсного значения для личности больных.

У больных, перенесших ИМ, в качестве индивидуального стиля противодействия стрессу и максимального уровня активности, по сравнению с другими стратегиями, использовался такой неконструктивный копинг как конфронтация (76,4). Эта, наиболее характерная для этого контингента больных стратегия, предполагает попытки разрешения проблемы за счет не всегда целенаправленной поведенческой активности, осуществления конкретных действий, направленных либо на изменение проблемной ситуации без рациональной обоснованности поведения, либо на отреагирование негативных эмоций в связи с возможными трудностями. При выраженном предпочтении этой стратегии, представленном в результатах настоящего исследования, могут наблюдаться импульсивность в поведении, враждебность, трудности планирования действий, прогнозирования их результа-

та, коррекции стратегии поведения, неоправданное упорство. Копинг-действия при этом теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Типичной для этого контингента больных оказалась и гиперактивность непродуктивного копинга бегство-избегание (61,3) и адаптивного копинга «поиск поддержки» (68,7), которые вместе с механизмом конфронтации составляют «ресурсы первой линии мобилизации». Стратегия бегства-избегания представляет собой попытки преодоления личностью негативных переживаний в связи с трудностями за счет реагирования по типу уклонения: отрицания проблемы, фантазирования, неоправданных ожиданий, отвлечения и т.п. При отчетливом предпочтении стратегии избегания могут наблюдаться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание, либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, пассивность, нетерпение, вспышки раздражения, погружение в фантазии, переедание, употребление алкоголя и т.п. с целью снижения эмоционального напряжения. С другой стороны, использование продуктивной стратегии поиска социальной поддержки предполагает попытки разрешения проблемы за счет привлечения внешних (социальных) ресурсов, поиска информационной, эмоциональной и действенной поддержки. Характерны ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания, совета, сочувствия. Поиск преимущественно информационной поддержки предполагает обращение за рекомендациями к знакомым, родственникам и специалистам, владеющим с точки зрения респондента необходимыми знаниями. Потребность преимущественно в эмоциональной поддержке проявляется стремлением быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-либо свои переживания. При поиске преимущественно действенной поддержки ведущей является потребность в помощи конкретными действиями.

К «ресурсам второй линии мобилизации» у больных, перенесших ИМ, можно отнести такие способы выхода из трудных жизненных ситуаций как самоконтроль (инвариантное психологическое качество у больных СН) и принятие ответственности. В частности, стратегия «принятие ответственности» (58,6) предполагает признание пациентом своей роли в возникновении актуальных проблем и ответственности за их

решение, в ряде случаев с отчетливым компонентом самокритики и самообвинения. При умеренном использовании данная стратегия отражает стремление личности к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, готовность анализировать свое поведение, искать причины актуальных трудностей в личных недостатках и ошибках.

Продуктивные стратегии «планирование решения проблемы» (39,4) и «положительная перспектива» (38,7) оцениваются как недостаточно активные (редко встречающиеся) и не имеющие ресурсного значения для личности больных, перенесших ИМ.

Таким образом, у больных СН репертуар копинг-стратегий «первой линии мобилизации» определяется сочетанием гиперактивной (определяющей) способности самоконтроля, продуктивных стратегий принятия ответственности, планирования решения проблемы и положительной переоценки, а также неадаптивной стратегии дистанцирования, которая при большой вероятности обесценивания собственных переживаний, в то же время обеспечивает снижение субъективной значимости трудноразрешимых ситуаций. Конфронтационный копинг, стратегия бегство-избегание и поиск поддержки не являются для этой категории больных ресурсными. Это свидетельствует о достаточно высокой способности больных СН гибко активизировать ресурсный потенциал копинг-стратегий.

Больные, перенесшие ИМ, в отличие от больных СН, характеризуются сниженным уровнем нервно-психической устойчивости и совладания. Ресурсом «первой линии мобилизации» у этих больных являются гиперактивные непродуктивные стратегии конфронтации и «бегство-избегание», а также «поиск поддержки», которая, хотя и относится, к адаптивным, однако содержит в себе возможность формирования инактивной зависимой позиции или чрезмерных ожиданий от окружающих. Еще одна непродуктивная стратегия совладания (дистанцирование) характеризуется умеренной степенью активности, а такие продуктивные стратегии как «планирование решения проблем» и «положительная переоценка» из-за низкой активности их использования не являются ресурсными. На фоне такого, более низкого, чем у больных СН, ресурсного потенциала копинг-стратегий, высокую активность копинга «принятие ответственности», по нашему мнению следует рассматривать скорее через призму переживаний чувства вины и неудовлетворенности собой, чем в контексте понимания личной роли в возникновении актуальных трудностей.

С целью выяснения взаимосвязей между интегральными показателем жизнестойкости и стратегиями совладания в анализируемых группах больных был проведен анализ всех составляющих при помощи коэффициента корреляции r -Пирсона. Результаты того анализа показаны в табл. 4.

Таблица 4

Корреляционные связи между интегральным показателем жизнестойкости и стратегиями совладания у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Стратегии совладания	Показатели жизнестойкости	
	СН	ИМ
Конфронтация	-0,194	0,289
Дистанцирование	0,283	0,234
Самоконтроль	0,242	0,19
Поиск социальной поддержки	-0,26	0,238
Принятие ответственности	0,210	0,214
Бегство-избегание	-0,190	0,264
Планирование решения проблем	0,340	-0,20
Положительная переоценка	0,274	-0,21

Из данных, приведенных в таблице 4, следует, что у больных СН интегральный показатель жизнестойкости имеет положительную корреляцию ($p < 0,05$) с такими стратегиями совладания как дистанцирование, самоконтроль, планирование решения проблем и положительной пере-

оценки, т.е. с преимущественно продуктивными способами преодоления трудных жизненных ситуаций. Отрицательные корреляции интегрального показателя жизнестойкости ($p < 0,05$) выявлены у копинг-стратегий «конфронтация», «поиск социальной поддержки» и «бегство-из-

бегание». Таким образом, уровень жизнестойкости больных СН определяется использованием таких значимых стратегий совладания как самоконтроль, планирование решения проблем и положительная самооценка. Присутствие в этом адаптивном контексте механизма дистанцирования, по-видимому, связано с его способностью предотвращения интенсивных эмоциональных реакций на фрустрацию. Отсутствие у этих больных положительной связи жизнестойкости с копинг-стратегиями «конфронтация», «поиск социальной поддержки», «бегство-избегание» свидетельствует о том, что их арсенал способов преодоления трудных жизненных ситуаций не содержит нецеленаправленной поведенческой активности, позиции зависимости от окружающих и отрицания проблем.

В группе больных, перенесших ИМ, установлены положительные корреляционные связи ($p < 0,05$) между интегральным показателем жизнестойкости и копинг-стратегиями конфронтации,

поиска социальной поддержки, принятия ответственности и бегства-избегания, т.е. с преимущественно неадаптивными способами преодоления. Это свидетельствует о более пассивной жизненной позиции, неверии в собственные возможности и слабых ожиданиях, связанных с улучшением здоровья, по сравнению с больными СН. Использование стратегии «принятие ответственности», в контексте переживания чувства вины и неудовлетворенности собой, также можно рассматривать как не вполне адаптивный способ совладания.

Таким образом, стратегии преодоления трудностей, которые используют больные, перенесшие ИМ, невозможно рассматривать как оптимальные механизмы жизнестойкости личности. По-видимому, переживания, связанные с драматизацией тяжести соматической дисфункции и возможными неблагоприятными ее последствиями, инактивируют различные составляющие личностных ресурсов и ориентируют больных на шадящий режим функционирования.

А.О. Помілуйко

ЖИТТЄСТІЙКІСТЬ І КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Україна

У 106 хворих із захворюваннями серцево-судинної системи (64 людини зі стенокардією напруження і 42 людини, які перенесли інфаркт міокарда, вивчені рівень життєстійкості (hardiness) та особливості копінг-стратегій. Встановлено, що хворі на стенокардію напруження, мають більш високий рівень життєстійкості та здібності активізувати ресурсний потенціал копінг-стратегій, в порівнянні з хворими, які перенесли інфаркт міокарда. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2014. — № 1 (33). — С. 25-34).

A.A. Pomiliuko

RESILIENCE AND COPING STRATEGIES IN PATIENTS WITH DISEASES CARDIOVASCULAR

Donetsk National Medical University, Ukraine

In 106 patients with diseases of the cardiovascular system (64 man with exertional angina and 42 people with myocardial infarction, studied the level of resilience (hardiness) and features coping strategies. Found that patients with exertional angina have a higher level of resilience and the ability to activate the resource potential coping strategies, compared to patients with myocardial infarction. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2014. — № 1 (33). — P. 25-34).

Литература

1. Kobasa S.C. Stressful Life Events, Personality and Health: an Inquiry into Hardiness / S.C. Kobasa // Journal of Personality and Social Psychology. — 1979. - № 37. — P. 1-11.
2. Maddi S. The Hardy Executive: Health under Stress / S. Maddi, S.C. Kobasa // Homewood (IL): Dow Jones-Irwin. — 1984.
3. Александрова Л.А. Психологические ресурсы адаптации личности к условиям повышенного риска природных катастроф: дис...канд. психол. наук / Александрова Л.А. — Кемерово, 2004. — 207 с.
4. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня.: Сб. научн. тр.- Вып. 2. — Кемерово: Кузбассвуиздат, 2004. — С. 82-90.
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. — М.: Смысл, 2006.
6. Рассказова Е.И. Жизнестойкость и выбор будущего в процессе реабилитации / Е.И. Рассказова // Гуманитарные

проблемы современной психологии. Известия Таганрогского радиотехнического университета. - 2005. - № 7. — С. 124-126.

7. Дробинина Л.В. Взаимосвязь жизнестойкости, удовлетворенности жизнью и субъективного благополучия у жителей региона Сибири / Л.В. Дробинина // Материалы докл. XIV Междунар. конф. студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» / Отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев. — М.: Издательский центр Факультета журналистики МГУ им. М.В. Ломоносова. — 2007.

8. Книжникова С.В. Педагогическая профилактика суицидального поведения на основе формирования жизнестойкости подростков в условиях общеобразовательной школы: дис...канд. пед. наук / С.В. Книжникова. — Краснодар, 2005. — 191 с.

9. Maddi S. Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness / S. Maddi // Encyclopedia of Mental Health / H.S. Friedman (Ed.). — San Diego (CA): Academic Press, 1998. — P. 323-335.

10. Booth-Kewley S. Psychological Predictors of Heart Disease: A Quantitative Review / S. Booth-Kewley, H. Friedman // *Psychological Bulletin*. – 1987. – Vol. 101 (3). – P. 343-362.
11. Davidsdottir S. Psychological Processes and Lifestyle by Age: Predictors for Psychosomatic Complaints / S. Davidsdottir // *Counseling & Clinical Psychology Journal*. – 2006. – Vol. 3, issue 3. – P. 137-147.
12. Brooks M. Health-Related Hardiness in Individuals With Chronic Illnesses / M. Brooks // *Clinical Nursing Research*. – 2008. – Vol. 17, issue 2. – P. 98-117.
13. Lee H.J. Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults / H. J. Lee // *Research in Nursing and Health*. – 1991. – Oct. Vol. 14, № 5. – P. 351-359.
14. Мисютина В.В. Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией / В.В. Мисютина // *Обзор психиатрии и медицинской психологии*. – 2012. - № 3. – С. 116-119.
15. Maddi S. Hardiness: an Operationalization of Existential Courage / S. Maddi // *Journal of Humanistic Psychology*. – 2004. – Vol. 44, № 3. – P. 279-298.
16. Александрова Л.А. К осмыслению понятия «жизнестойкость личности» в контексте проблематики психологии способностей / Л.А. Александрова // *Психология способностей: Современное состояние и перспективы исследований: Материалы науч. конф.* – М.: Институт психологии РАН, 2005. – С. 16-21.
17. Гордеева Т.О. Психология мотивации достижения / Т.О. Гордеева. – М.: Смысл; Академия, 2006. – 336 с.
18. Леонтьев Д.А., Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
19. Мандрикова Е.Ю. Виды личностного выбора и их индивидуально-психологические предпосылки: дис... канд. псих. наук / Мандрикова Е.Ю. – М., 2006. – 195 с.
20. Циринг Д.А. Психология выученной беспомощности: учебное пособие / Д.А. Циринг. – М.: Академия, 2005. – 120 с.

Поступила в редакцию 12.03.2014