

Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм

А.Е. Вишнева Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва, Россия

Поступила: 13 мая 2013 / Принята к публикации: 24 мая 2013

Dynamics of coping strategies in patients after stroke and traumatic brain injury

A.E. Vishneva Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, Center for Speech Pathology and Neurological Rehabilitation, Moscow, Russia

Received: May 3, 2013 / Accepted for publication: May 24, 2013

Данная работа посвящена исследованию стратегий совладания у больных после инсультов и черепно-мозговых травм. Болезнь рассматривается как критическая ситуация в жизни человека, требующая мобилизации личностных ресурсов и совладания. Выдвинута гипотеза о том, что стратегии совладания с ситуацией болезни будут изменяться в зависимости от этиологии и стажа заболевания. На основании специфики данных нозологий были выделены этапы процесса реабилитации (от 0,5 года до 1 года; от 1 года до 3-х лет и от 3-х до 14 лет). В исследовании приняли участие 78 пациентов, проходящие курс реабилитации (первично или повторно) в Центре патологии речи и нейрореабилитации. В результате исследования выявлены стили совладания у пациентов с разным стажем заболевания: в первом периоде после начала заболевания у всех пациентов преобладают дисфункциональные стратегии совладания; во втором периоде у пациентов после черепно-мозговых травм преобладают проблемно-ориентированные, а у пациентов после инсультов – дисфункциональные стратегии совладания. В третьем периоде у всех пациентов преобладают эмоционально-ориентированные стратегии совладания. Были получены значимые различия в стратегиях совладания в зависимости от стажа заболевания и различия на уровне тенденций между группами пациентов, в зависимости от этиологии заболевания.

Результаты данного исследования позволяют подойти к построению типологии совладающего поведения, аргументации целей, задач и методов психологической помощи больным, проходящим реабилитацию после инсультов и черепно-мозговых травм.

Ключевые слова: критическая ситуация болезни, стратегии совладания, динамика стратегий совладания, проблемно-ориентированные стратегии совладания, эмоционально-ориентированные стратегии совладания, дисфункциональные стратегии совладания.

This work is devoted to the study of coping strategies in patients after blood stroke and traumatic brain injury. The disease is considered as a critical situation in a person's life that requires the mobilisation of personal resources and coping. It is hypothesized that the coping strategies will vary depending on the etiology of the disease and the patient's experience. On the basis of specific nosology data, the stages of the rehabilitation process (from 0.5 years to 1 year, 1 year to 3 years, and from 3 to 14 years) were identified. The study involved 78 patients under rehabilitation (primary or repeated rehabilitation) at the Center for Speech Pathology and Neurorehabilitation. The study identified coping styles in patients with different stages of the disease: in the first period, dysfunctional coping strategies prevail in all patients; in the second period, problem-focused strategies prevail in patients after traumatic brain injury; and dysfunctional coping strategies prevail in patients after blood stroke. In the third period, emotion-focused coping strategies predominate in all patients. Significant differences in coping strategies were obtained, depending on the length of the disease and the differences in trends between the groups of patients, with the etiology of the disease considered.

The results of this research will allow to build the typology of coping behaviour, reasoning goals, objectives and methods of psychological care to patients undergoing rehabilitation after blood stroke and traumatic brain injury.

Key words: critical disease situation, coping strategies, dynamics of coping strategies, problem-focused coping strategies, emotion-focused coping strategies, dysfunctional coping strategies.

Keywords: critical situation of the disease, coping strategies, the dynamics of coping strategies, problem-focused coping strategies, emotion-focused coping strategies, dysfunctional coping strategies.

В последние годы в медицине происходит смена нозоцентрической модели отношения к пациенту на личностно-центрированную модель, в которой большую роль играют вопросы адаптации и нахождения личностных ресурсов для преодоления субъектом стрессовой и критической ситуации болезни и ее последствий (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008). Применение данной модели нашло свое развитие и в системном подходе к нейрореабилитации, включающем в себя медицинскую и медикаментозную помощь пациенту, нейропсихологические и нейродефектологические занятия по восстановлению речи и других высших психических функций, а также психологическое сопровождение пациентов, проходящих курс нейрореабилитации. Психологическая помощь пациентам после инсультов и черепно-мозговых травм необходима для улучшения их адаптации к изменившимся условиям функционирования. Для диагностики синдрома заболевания, прогноза и правильного построения индивидуализированных методов психологического воздействия требуется знание личностных особенностей заболевшего человека, его адаптационных возможностей (Цветкова Л.С., 2004).

Инсульты и черепно-мозговые травмы являются тяжелым неврологическим заболеванием, требующим многолетнего процесса восстановления. Их последствиями часто являются нарушения речи и других высших психических функций, двигательные нарушения в виде гемипарезов и нарушений координации движений. Эти ограничения активности субъекта создают препятствие на пути реализации его жизненных планов и целей. Такое заболевание может рассматриваться как критическая жизненная ситуация. Критическая ситуация в психологии определяется как «ситуация невозможности, т.е. такая ситуация, в которой субъект

сталкивается с невозможностью реализации внутренних потребностей своей жизни (мотивов, стремлений, ценностей и пр.)» (Василюк Ф.Е., 1984, С. 14).

Для исследования ресурсов и возможностей адаптации человека к критической ситуации болезни необходимо исследовать его стратегии совладания. В настоящее время в исследованиях совладания происходит смещение интереса с исследований неосознаваемых защитных механизмов на исследование целенаправленного и активного преодоления личностью кризисных ситуаций. Исследования совладания преимущественно проводятся в рамках транзактной когнитивно-поведенческой модели копинга (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008). В данной теории «копинг» (от англ. *Cope* – преодолевать, справляться с чем-либо) понимается как способ взаимодействия личности со стрессовой или критической ситуацией (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008), а стресс определяется как «процесс личностно-средового взаимодействия», обусловленного восстановлением баланса личность–среда.

Единой классификации типов совладающего поведения до настоящего времени не существует. Базовой классификацией считается предложенная Лазарусом и Фолкман, а затем дополненная Карвером модель: проблемно-ориентированный, эмоционально-ориентированный и дисфункциональный стили совладания (Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989).

В настоящее время к проблеме совладания все больше обращаются в связи с психокоррекционной работой как в психиатрических, так и в соматических клиниках. Так, в разных работах исследовались особенности адаптации к болезни и стратегии совладания у больных с сахарным диабетом (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008),

у онкологических больных (Русина Н.А., 2012), больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и бронхиальной астмой (Ярославская М.А., 2011), у больных с невротическими и соматоформными расстройствами (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008). Во всех исследованиях рассматривалась проблема адаптации/дезадаптации личности в ситуации тяжелого заболевания, выявлялись те или иные стили совладания, преобладающие при определенной нозологии. Во многих работах стратегии совладания исследовались вместе с внутренней картиной болезни. Больные разделялись на группы – с адаптивным и дезадаптивным отношением к болезни, выделялись стратегии совладания, свойственные первому и второму типам отношения к болезни (Николаева В.В., 1987; Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., 2008).

Что касается пациентов, проходящих курсы реабилитации после инсультов и черепно-мозговых травм, то существует много работ, посвященных исследованию их когнитивных функций (речи, памяти, внимания, праксиса и гнозиса), проводимых в рамках нейропсихологических исследований. Однако наблюдается явный недостаток исследований личностных характеристик данных пациентов, их особенностей отношения и совладания с ситуацией болезни (Лурья Р.А., 1977; Николаева В.В., 1987). Исследование совладания с ситуацией болезни, как говорилось выше, является актуальным для построения психологической помощи пациентам, с целью повышения их адаптационных возможностей и улучшения качества жизни.

Целью настоящего исследования было выявление стилей совладания с ситуацией болезни у пациентов с разной этиологией (инсульты и черепно-мозговые травмы) и стажем заболевания. Было выдвинуто предположение, что стратегии совладания у этих пациентов будут отличаться. Разделение пациентов на две группы по этиологии заболевания обосновывается следующими причинами. Во-первых, инсульты и черепно-мозговые травмы имеют различную социальную ситуацию происхождения болезни. В случаях черепно-мозговых травм возникновение болезни часто обусловлено внешними воздействиями (ДТП, причинение вреда со стороны другого чело-



Анастасия Евгеньевна Вишнева – аспирант факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Работает в Центре патологии речи и нейрореабилитации. Основные профессиональные интересы: клиническая психология, нейропсихология, нейрореабилитация, психологическая реабилитация больных после инсультов и черепно-мозговых травм.
E-mail: nvishneva@mail.ru

века). В случае же инсультов внешний фактор вреда здоровью полностью отсутствует. Во-вторых, инсульты – нарушения мозгового кровообращения, возникают уже на фоне длительной сосудистой патологии. Очень часто следствием геморрагического инсульта является ишемия других областей мозга. Мы предположили, что различная социальная ситуация происхождения болезни, как и различные внутренние причины возникновения болезни порождают различные стратегии совладания с болезнью.

Характеристика пациентов

Исследование проводилось на базе Центра патологии и нейрореабилитации (ЦПРН). В исследовании приняли участие 78 пациентов в возрасте от 20 до 45 лет на момент проведения обследования (средний возраст – 32,6). Неврологические диагнозы пациентов, перенесших инсульты: хроническая ишемия головного мозга, инфаркт головного мозга в бассейне левой средней мозговой артерии; разрыв аневризмы в бассейне левой средней мозговой артерии, субархноидальное кровоизлияние. Пациенты, перенесшие черепно-мозговые травмы, с неврологическими диагнозами: ушиб головного мозга тяжелой и средней тяжести. У некоторых пациентов в результате черепно-мозговой травмы развивалось субархноидальное кровоизлияние. 37 пациентов проходили курс нейрореабилитации в ЦПРН первично, 37 человек – повторно (во второй или более раз). Стаж заболевания пациентов – от 0,5 года до 14 лет.

Для исследования динамики стратегий совладания с ситуацией болезни пациенты были разделены на группы сравнения по этиологии и стажу заболевания.

По этиологии заболевания были выделены две группы пациентов:

- 1) пациенты, перенесшие инсульты (ишемические, геморрагические инсульты, разрыв аневризмы вследствие врожденной сосудистой патологии);
- 2) пациенты, перенесшие черепно-мозговые травмы (ЧМТ) (вследствие автомобильных аварий, несчастных случаев, травм на работе, травм вследствие избиения).

По стажу заболевания пациенты были распределены по трем группам (табл.1).

В первую группу вошли пациенты со стажем заболевания от 0,5 года до 1 года – первый период реабилитации. Выделение пациентов в такую группу было обусловлено тем, что этот, как правило, совпадает с первой госпитализацией в ЦПРН. У пациентов с данным стажем заболевания процесс реабилитации находится еще на начальной стадии, нет уверенности в динамике восстановления и нет стабильного отношения к болезни; происходит приспособление к дефекту. На этом этапе у пациентов присутствуют завышенные ожидания от процесса реабилитации, а также неадекватная оценка собственного состояния и степени выраженности речевого и двигательного дефектов. Пациенты или недооценивают дефект, относясь к нему как временному, или, наоборот, переоценивают его, постоянно сравнивая «себя до болезни» и «себя сейчас», находя в собственном самочувствии и речи значительные негативные изменения.

Во вторую группу вошли пациенты со стажем заболевания от 1 года до 3 лет. Ограничение второй группы именно тремя годами обусловлено особенностями

Стаж заболевания	Инсульты n= 41	Черепно-мозговые травмы n= 37
От 0,5 до 1 года	19 чел	11 чел
От 1 года до 3 лет	15 чел	8 чел
От 3 лет до 14 лет	7 чел	18 чел

Таблица 1. Количество пациентов в группах по этиологии и стажу заболевания

ми динамики их реабилитации. На этом этапе пациенты проходят повторный или третий курс нейрореабилитации в ЦПРН. По истечении данного времени пациенты уже достаточно владеют всей информацией о собственном заболевании и его последствиях, у них уже имеется сформированное представление о динамике реабилитации (есть возможность сравнить результативность первой и второй госпитализации в ЦПРН). В данный период происходит адаптация и приспособление к собственному речевому и двигательному дефектам. Начинается переоценка как интеллектуальных, так и физических возможностей. Постепенно приходит понимание того, что не удастся быстро вернуться к прежней профессиональной деятельности, а процесс реабилитации может занять многие годы.

В третью группу вошли пациенты со стажем заболевания от 3-х до 14 лет.

Данный период характеризуется относительной стабильностью, как в самочувствии пациентов, так и в результативности реабилитации. Пациенты этой группы проходят реабилитацию в ЦПРН 3-7-й раз, как правило, для поддержания общего здоровья и закрепления речевых и двигательных навыков. На данном этапе пациенты оценивают результативность реабилитации, не ожидая значительных положительных улучшений в речи и двигательных функциях. Они строят планы на будущее с учетом собственных ограниченных возможностей. Некоторые из них находят для себя новое место работы, идут учиться в колледжи и институты.

Методы и процедура исследования

В работе использовался методический комплекс, включающий в себя психологическую и медицинскую диагностику, а также методы статистической обработки данных. Психологическое исследование было представлено рядом этапов.

На первом из них выполнялось нейропсихологическое обследование высших психических функций пациентов (речи, праксиса, гнозиса, интеллектуально-мнестической деятельности) (Лурия А.Р., 1969, Хомская Е. Д., 2005). Обязательным условием включения пациентов в настоящее исследование было отсутствие когнитивного снижения и сохранность критического отношения к собственному состоянию. В исследовании приняли участие пациенты со следующими нейропсихологическими синдромами: патологическим функционированием премоторных отделов коры левого полушария (эфферентная моторная афазия, кинетическая апраксия), теменных отделов коры левого полушария (афферентная моторная афазия, кинестетическая апраксия), височных отделов коры левого полушария (акустико-мнестическая афазия, сенсор-

ная афазия); дисфункцией подкорковых структур головного мозга (спастико-паретическая дизартрия, нарушение нейродинамического компонента психической деятельности). Речевой дефект на момент обследования у всех пациентов – средне-легкой и легкой степени выраженности (по результатам количественной оценки речи КОР) (Carver C.S., & Scheier M.F., 1985), что не мешало им в полной мере понимать предлагаемые вопросы методики и адекватно оценивать собственное состояние.

На втором этапе проводилось клиническое полуструктурированное интервью с целью сбора анамнестических данных и дополнительной оценки критичности пациентов. Далее пациентам предлагался Опросник совладания со стрессом (COPE) (Carver C.S. & Scheier M.F., 1994; Carver C.S., & Scheier M.F., 1985; Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989). В русскоязычной версии он состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал (Рассказова Е.И., 2011). Опросник предназначен для измерения как ситуационных стратегий совладания, так и лежащих в их основе диспозиционных стилей личности. В данном исследовании в качестве трудной жизненной ситуации, требующей определенных стратегий совладания, мы рассматривали болезнь и ее последствия в виде речевых и двигательных нарушений. Пациентам предлагалось ответить на вопросы относительно ситуации их болезни.

Данный опросник был выбран нами для исследования стратегий совладания по нескольким причинам:

- Ч. Карвер расширяет классификацию Лазаруса и Фолкман (Lazarus R.S., & Folkman, S., 1984) и вводит тип совладания дисфункционального характера. В методике COPE выделяются шкалы, диагностирующие дисфункциональные стратегии совладания. Диагностика данных стратегий совладания, а также диагностика динамики и частоты использования этих стратегий на разных периодах реабилитации, является важным аспектом для понимания адаптивности/дезадаптивности пациентов к собственному заболеванию;
- формулировка вопросов позволила использовать данную методику для оценки стратегий совладания с ситуацией болезни; формулировка вопросов является достаточно простой

и понятной для пациентов с речевыми нарушениями.

На третьем этапе выполнялась статистическая обработка полученных результатов. Для выявления типов совладания с болезнью и нахождения взаимосвязей между 15-ю шкалами методики COPE проводился факторный анализ. Результаты нашего исследования сопоставлялись с трехфакторной моделью совладания Ч. Карвера (Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989). Далее проводился двухфакторный дисперсионный анализ для выявления различий в стратегиях совладания между группами пациентов с разной этиологией (инсульты и ЧМТ) и стажем заболевания. В завершение был проведен сравнительный анализ частоты использования тех или иных стратегий совладания на разных этапах реабилитации с целью выявления профилей совладающего с болезнью поведения.

Результаты исследования и их обсуждение

В содержательном плане картина факторного анализа данного исследования частично совпадает с результатами факторного анализа Ч. Карвера и его коллег, но есть и отличия. В нашем исследовании в результате факторного анализа было выявлено три фактора.

Первый фактор (24% дисперсии) соответствует дисфункциональному стилю совладания (Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989). В данный фактор в нашем исследовании вошли следующие шесть шкал: концентрация на эмоциях и их выражение, поиск и использование эмоциональной социальной поддержки, использование «успокоительных» (алкоголя, лекарственных средств) с целью отключения от проблемы, поведенческий уход, мысленный уход, сдерживание совладания, отрицание. Типичными ответами пациентов для данного фактора были высказывания: «я перестаю пытаться справиться с проблемой», «я придаюсь фантазиям, чтобы отвлечься от проблемы», «я расстраиваюсь и даю выход своим эмоциям». В нашем исследовании фактор дисфункциональных стратегий совладания оказался более широким, по сравнению с результатами факторного анализа Ч. Карвера (Либина А.В., 2008; Carver C.S.,

Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989). В него вошли некоторые шкалы, относящиеся в авторской интерпретации к эмоционально-ориентированному и проблемно-ориентированному стилям совладания. Так, шкалы поиск эмоциональной социальной поддержки, отрицание и сдерживание совладания полностью вошли в фактор дисфункционального совладания. Перечисленные шкалы по отношению к ситуации болезни можно рассматривать как стратегии ухода от активного совладания, отрицания случившегося и поиска у окружающих сочувствия своей болезни. Шкала обращение к религии вошла с незначительной факторной нагрузкой только в фактор дисфункционального совладания.

Второй фактор (16% дисперсии) соответствует проблемно-ориентированному стилю совладания. Он образован четырьмя шкалами: активное совладание, подавление конкурирующей деятельности, планирование, поиск инструментальной социальной поддержки. Преобладающими для данного фактора ответами были утверждения: «я предпринимаю активные действия, чтобы как-то справиться с проблемой», «я откладываю другие дела в сторону, чтобы сосредоточиться на решении проблемы», «я стараюсь спланировать и обдумать свои дальнейшие действия». В данный фактор не вошла шкала сдерживание совладания. В нашем исследовании стратегии поиска социальной поддержки разделились на два полюса. Шкала поиск эмоциональной социальной поддержки (вошла в фактор дисфункционального совладания) располагается на неконструктивном полюсе совладания и имеет смысл фиксации пациента на своем заболевании и поиска сочувствия к своей болезни у других людей («я ищу сочувствия и понимания у других людей»). Конструктивным полюсом поиска социальной поддержки является шкала использование инструментальной социальной поддержки, где у пациента есть активный запрос к окружающим с целью получить информацию и поддержку для преодоления ситуации болезни («я спрашиваю людей, у которых была аналогичная проблема, как они ее решали»).

Проблемно-ориентированные стратегии рассматриваются многими авторами как наиболее продуктивные копинг-стратегии, направленные на непосредствен-

ное разрешение стрессовой ситуации. Данные стратегии совладания используются человеком, когда он оценивает ситуацию как подконтрольную и пригодную для самостоятельного решения. Они положительно коррелируют с адаптацией и здоровьем личности и отрицательно – с уровнем переживаемого стресса (Расказова Е.И., 2011).

Третий фактор (11% дисперсии) – эмоционально-ориентированные стратегии совладания (Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989). В данный фактор вошли четыре шкалы: позитивное переформулирование и личностный рост, юмор, принятие ситуации. Наиболее характерными для данного фактора были ответы: «я стараюсь, чтобы этот опыт чему-то меня научил», «я учусь жить с этим», «я стараюсь воспринимать произошедшее с юмором». По сравнению с результатами Ч. Карвера, в нашем исследовании в фактор эмоционально-ориентированного совладания не вошли шкалы отрицания случившегося и поиска эмоциональной социальной поддержки. Таким образом, вошедшие в данный фактор шкалы имеют однозначно позитивный смысл принятия ситуации и личностного развития.

По мнению авторов (Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K., 1989) эмоционально-ориентированные стратегии совладания используются человеком в случаях, когда изменить ситуацию собственными усилиями невозможно и требуется изменение отношения к ситуации. Целью данных стратегий совладания является минимизация дистресса, вызванного стрессором, улучшение эмоционального фона, повышение ощущения субъективного благополучия.

На следующем этапе анализа результатов проверялось выдвинутое ранее предположение о различиях в использовании стратегий совладания между пациентами с разной этиологией (инсульты и ЧМТ) и разным стажем заболевания. При помощи двухфакторного дисперсионного анализа были получены значимые различия по стажу заболевания ($p < 0,05$) относительно факторов дисфункционального и эмоционально-ориентированного совладания. Относительно фактора проблемно-ориентированного совладания получены различия ($p = 0,057$) между группами пациентов по этиологии заболевания. Остальные различия между

группами пациентов могут быть описаны на уровне тенденций. Таким образом, предположение о различии между группами пациентов по этиологии и стажу заболевания подтвердилось частично.

На рис. 1 представлена частота использования дисфункциональных, проблемно-ориентированных и эмоционально-ориентированных стратегий совладания пациентами после инсультов и ЧМТ в зависимости от стажа заболевания.

В первом периоде (от 0,5 до 1 года после начала заболевания) у всех пациентов преобладают стратегии дисфункционального характера (стратегии поведенческого, когнитивного и алкогольного самоустранения, а также неконструктивное проявление своих эмоций). У пациентов после ЧМТ диапазон стратегий совладания более разнообразен: несмотря на преобладание дисфункционального совладания, они также часто пользуются проблемно-ориентированными и эмоционально-ориентированными стратегиями (рис. 1). У пациентов после инсультов разнообразие стратегий ограничено, они значительно реже пользуются проблемно-ориентированными стратегиями совладания.

Во втором периоде (от 1 года до 3-х лет) у пациентов после ЧМТ и у пациентов после инсультов наблюдается различная картина совладания с болезнью. Пациенты после ЧМТ чаще всего пользуются проблемно-ориентированными стратегиями совладания (стратегиями активного совладания, планирования, подавления конкурирующей деятельности, поиска инструментальной социальной поддержки)

и крайне редко прибегают к остальным видам совладания (см. рис. 1). У пациентов после инсультов преобладают стратегии дисфункционального характера и отсутствуют все остальные стратегии. Данные различия в выборе стратегий совладания пациентами с разной этиологией могут быть связаны с различной динамикой адаптации к заболеванию и к собственному дефекту. Этапы адаптации и формирования позитивного отношения к заболеванию у пациентов после инсультов могут быть более длительными, по сравнению с пациентами после ЧМТ.

Третий период после начала заболевания (после 3-х лет) характеризуется у всех пациентов преобладанием эмоционально-ориентированных стратегий (переосмысления критической ситуации болезни и личностного развития, принятия и отношения к данной ситуации с юмором). Пациенты после ЧМТ склонны пользоваться только эмоционально-ориентированными стратегиями совладания и редко прибегают к другим типам совладания. В то время как пациенты после инсультов наравне с эмоционально-ориентированными стратегиями склонны пользоваться стратегиями активного совладания, планирования и подавления конкурирующей деятельности.

Если посмотреть на динамику изменения активности по преодолению критической ситуации болезни у обеих групп пациентов, то можно заметить интересные различия. Проблемно-ориентированные стратегии совладания используются пациентами, перенесшими ЧМТ, в первом и во втором периоде после начала заболевания и редко используются

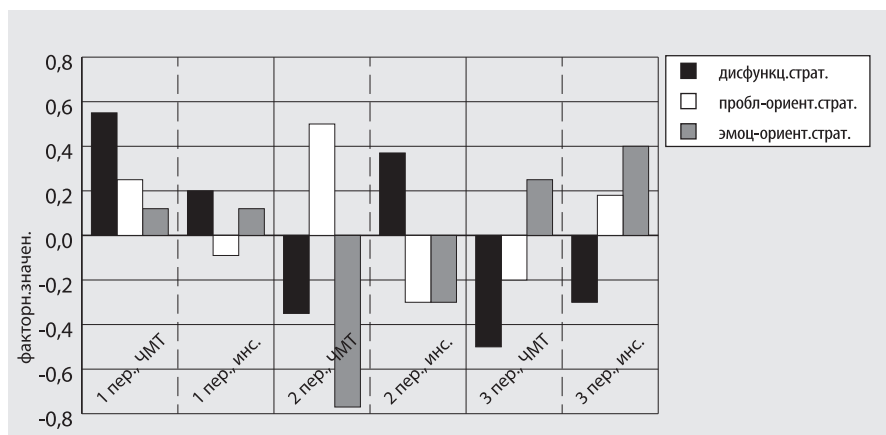


Рисунок 1. Стандартизированная частота использования дисфункциональных, проблемно-ориентированных и эмоционально-ориентированных стратегий совладания в зависимости от этиологии и стажа заболевания

в третьем периоде после начала заболевания (см. рис. 1). Можно предположить, что пациенты после ЧМТ в первом и во втором периоде после травмы (период до 3-х лет) склонны относиться к заболеванию как к временному и преодолимому. Снижение конструктивной активности по преодолению болезни в третьем периоде связано с переоценкой ситуации. Приходит понимание того, что не удастся собственными усилиями и в ожидаемые сроки преодолеть болезнь (избавиться от речевых и двигательных нарушений). Происходит смена стиля реагирования и отношения к болезни.

У пациентов после инсультов отмечается противоположная картина совладания с болезнью. В первом и во втором периоде после инсульта они не склонны использовать проблемно-ориентированные стратегии совладания (активного совладания, подавления конкурирующей деятельности, планирования, поиска предметной социальной поддержки), в то время как по прошествии 3-х лет после начала заболевания частота использования данных стратегий возрастает. Данная картина совладания может быть связана с особенностями переживания этими пациентами собственного заболевания. Известно, что житейские представления об инсультах достаточно пессимистичны. Многие люди считают, что это старческое заболевание, связанное с безвозвратной инвалидностью и снижением качества жизни. У многих пациентов возникает страх повторения инсульта. Возможно, отсутствие активного совладания у пациентов в первом и во втором периоде связано именно с пессимистичной оценкой собственного состояния, с представлениями о том, что улучшений в двигательных и речевых функциях не будет. Однако в третьем периоде после начала заболевания возрастание частоты активного совладания у данных пациентов связано с реальными улучшениями в речевых и двигательных функциях и с отсутствием ухудшения самочувствия.

Высказанные выше предположения о различиях в динамике использования проблемно-ориентированных стратегий совладания требуют более тщательного осмысления и проверки путем сравнения результатов данной методики с результатами методик на отношение к болезни и личностными методиками.

Выводы

1. Результаты факторного анализа показали, что стратегии совладания у больных, проходящих реабилитацию после инсультов и черепно-мозговых травм, образуют хорошо интерпретируемую структуру, в которой выделяются три фактора: дисфункционального, проблемно-ориентированного и эмоционально-ориентированного совладания. Таким образом, результаты факторного анализа стратегий совладания у больных имеют сходную структуру с результатами Ч. Карвера. Однако получены и некоторые отличия. Фактор дисфункциональных стратегий совладания в нашем исследовании в содержательном и смысловом плане оказался более широким и включил в себя несколько шкал, относимых авторами методики к проблемно-ориентированному и эмоционально-ориентированному стилям совладания. Так, в данный фактор полностью или частично вошли шкалы: поиск эмоциональной социальной поддержки, отрицание, сдерживание совладания, обращение к религии. Фактор эмоционально-ориентированного совладания включил в себя четыре шкалы, имеющие позитивный смысл принятия ситуации и личностного развития.
2. Выдвинутое предположение о различии в использовании стратегий совладания пациентами в зависимости от этиологии и стажа заболевания подтвердилось частично. Были получены значимые различия по стажу за-

болевания относительно факторов дисфункционального и эмоционально-ориентированного совладания. Стратегии дисфункционального характера чаще используются всеми пациентами в первом периоде и редко используются в последнем периоде после начала заболевания. Эмоционально-ориентированные стратегии совладания, наоборот, значимо чаще используются всеми пациентами только в третьем периоде после начала заболевания. Различия по этиологии заболевания между группами пациентов были получены на уровне тенденций.

3. Были выделены характерные для каждой группы пациентов и для каждого периода стили совладания. Так, в периоде от 0,5 до 1-го года после начала заболевания у всех пациентов преобладают стратегии дисфункционального характера (когнитивный и поведенческий уход от решения проблемы, выражение негативных эмоций, отрицание болезни). У пациентов после ЧМТ в первом периоде вариативность совладания более разнообразна, чем у пациентов после инсультов. Во втором периоде (от 1-го года до 3-х лет), пациенты после ЧМТ в основном пользуются стратегиями проблемно-ориентированного совладания, в то время как пациенты после инсультов чаще всего прибегают к дисфункциональным стратегиям совладания. В третьем периоде после начала заболевания у всех пациентов преобладают стратегии эмоционально-ориентированного совладания (принятие ситуации, позитивное переформулирование и личностный рост, юмор).

Результаты данного исследования позволяют подойти к построению типологии совладающего поведения, аргументации целей, задач и методов психологической помощи больным, проходящим реабилитацию после инсультов и черепно-мозговых травм.

Литература

1. Васильев Ф.Е. Психология переживания: анализ преодоления критических ситуаций. – М.: Изд-во МГУ, 1984.
2. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А. Методика для психологической диагностики совладающего поведения в стрессовых и проблемных для личности ситуациях. – СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2008.
3. Глозман Ж.М. Общение и здоровье личности. – М.: Академия, 2002.
4. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Методология синдромного анализа Л.С. Выготского–А.Р. Лурии и постнеклассическая рациональность // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии. – М.:

- Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012. – 328 с.
5. Крюкова Т.Л. *Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы*. – Кострома : Авантитул, 2007. – 60 с.
 6. Либина А.В. *Совладающий интеллект: человек в сложной жизненной ситуации*. – М. : Эксмо, 2008.
 7. Лурия Р.А. *Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания*. – М. : Медицина, 1977.
 8. Лурия А.Р. *Высшие корковые функции и их нарушение при локальных поражениях мозга*. – М., 1962 ; 2-е изд. 1969.
 9. Николаева В.В. *Влияние хронической болезни на психику*. – М.: Изд-во МГУ, 1987. – 167 с.
 10. Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2011. N 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 07.09.2013).
 11. Русина Н.А. Адаптационные ресурсы пациентов онкологической клиники // Всероссийская научно-практическая. Интернет-конференция с международным участием «Психосоматика: вчера, сегодня и завтра», 2012. – Электронный ресурс. – Режим доступа : <http://medconfer.com/node/1363> (дата обращения: 07.09.2013).
 12. Хомская Е. Д. Х. *Нейропсихология*. – СПб.: Питер, 2005. – 496 с.
 13. Цветкова Л.С. *Нейропсихологическая реабилитация больных*. – Воронеж: МОДЭК, 2004. – 424 с.
 14. Ярославская М.А. *Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации/дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких* // Вестник Московского Университета. Серия 14. «Психология». – 2011. – №1. – С. 125-137.
 15. Carver C.S. & Scheier M.F. *Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction* // Journal of Personality and Social Psychology. – 1994. – 66(1). – 184-185.
 16. Carver C.S., & Scheier M.F. *Self-consciousness, expectancies, and the coping process* // T. Field, P.M. McCabe, & N. Schneider-man (Eds.) Stress and coping. Hillsdale. – NJ: Erlbaum. – 1985. – 305-330.
 17. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. *Assessing coping strategies: A theoretically based approach* // Journal of Personality and Social Psychology. – 1989. – 56. – 2. – 267-283.
 18. Lazarus R.S., & Folkman, S. *Stress, appraisal, and coping*. – New York: Springer, 1984.

References:

1. Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction, *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 184-95.
2. Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1985). Self-consciousness, expectancies, and the coping process. In T. Field, P. M. McCabe, & N. Schneider-man (Eds.), *Stress and coping*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 305-330.
3. Carver, C. S., Scheier, M. F., Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 2, 267-283.
4. Cvetkova, L.S. (2004) *Nejropsihologicheskaya reabilitaciya bol'nyh* [Neuropsychological rehabilitation of patients]. Voroneg, "MODEK", 2004. 424.
5. Glozman, J.M. (2002) *Obschenie I zdorov'e lichnosti* [Communication and health personality]. Moscow, Akademiya
6. Homskaya, E.D. (2005) *Nejropsihologiya: 4-e izdanie* [Neuropsychology]. SPb., 496.
7. Kryukova, T.L. (2007) *Metody izucheniya sovladaushego povedeniya: tri koping-shkaly* [Methods of study coping behavior: three coping scales]. Kostroma, 60.
8. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
9. Libina, A.V. (2008) *Sovladauschij intellect: chelovek v sloznoj giznennoj situacii* [Coping intelligence: people in difficult life situation]. Moscow, Exmo.
10. Luria, R.A. (1969) *Vysshie korkovye funkcii I ih narushenie pri lokal'nyh porageniyah mozga* [Higher cortical functions and their breach with local brain lesions]. Moscow.
11. Luria, R.A. (1977) *Vnutrennyaya kartina boleznej I iatrigennye zabolevaniya* [Internal picture of illness and iatrogenne disease]. Moscow, MEDICINE.
12. Nikolaeva, V.V. (1987) *Vliyanie hronicheskoi bolezni na psihiku* [The influence of chronic disease on psyche]. Moscow, 167.
13. of coping with stress as mechanisms of adaptation/disadaptation to the disease in patients with chronic nonspecific pulmonary diseases] *Vestnik Moskovskogo universiteta. Serija 14. Psihologija* [Moscow State Lomonosov University, Series 14. Psychology]. 125 -137.
14. Rasskazova, E.I., & Gordeeva T.O (2011) *Koping-strategii v psihologii stressa; podhody, metody I perspektivy issledovanij* [Coping strategies in the psychology of stress: approaches, methods, and prospects of researches]. *Psychological studies: electronic Scientific Journal*. 3(17) URL: <http://psystudy.ru> (date of reference: 27.09.2013).
15. Rusina, N.A. *Adaptacionnye resursy pacientov onkologicheskoy kliniki* [Adaptable resources of oncology clinic patients] All-Russian Scientific and Practical Internet Conference with international participation *Psychosomatic Medicine: Yesterday, Today and Tomorrow*. – Electronic resource. – Mode of Acces: <http://medconfer.com/node/1363>
16. Vasilyuk, F.E. (1984) *Psihologiya perejivaniya: analiz preodoleniya kriticheskikh situacii* [Psychology of experience: analysis of overcoming critical situations]. Moscow.
17. Vasserman, L.I., Iovlev, B.V., Isaeva, E.P., & Trifonova, E.A. (2008) *Metodika dlya psihologicheskoy diagnostiki sovladaushego povedeniya v stressovyh I problemnyh dlya lichnosti situacijah* [Methods for psychological diagnostic of coping behaviour in stressful and challenging for a person situations]. SPb., Bekhterev Psycho-Neurological Institute.
18. Yaroslavskaya, M.A. (2011) *Issledovanie passivnyh vidov sovladajushego so stressom povedeniya kak mehanizmov adaptacii dezadaptacii k zabolevaniju u bol'nyh hronicheskimi nespecificheskimi zabolevanijami legkih* [The study of passive forms
19. Zinchenko, Yu.P., & Pervichko, E.I. (2012). *Metodologiya sindromnogo analiza v paradigme "kachestvennogo metoda v klinicheskoy psihologii* [The Methodology of Syndrome Analysis within the Paradigm of Qualitative Research in Clinical Psychology]. *Psychology in Russia: State of the Art*, 5, 157-184.