

© И.А.Васильева, Е.Р.Исаева, А.Ш.Румянцев, Е.В.Ткалина, О.Ю.Щелкова, 2004
УДК 616.61-008.64-036.12-085.38

И.А. Васильева, Е.Р. Исаева, А.Ш. Румянцев, Е.В. Ткалина, О.Ю. Щелкова
**КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ
ХРОНИЧЕСКИМ ГЕМОДИАЛИЗОМ**

I.A. Vasilieva, E.R. Isaeva, A.Sh. Rumyantsev, E.V. Tkalina, O.Yu. Shchelkova
COPING STRATEGIES OF CHRONIC HEMODIALYSIS PATIENTS

Научно-исследовательский институт нефрологии, кафедра психиатрии и кафедра пропедевтики внутренних болезней Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П.Павлова, кафедра медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Россия

РЕФЕРАТ

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ. Изучить копинг-стратегии, характерные для больных на гемодиализе (ГД), их специфики по сравнению со стратегиями, применяемыми здоровыми людьми и переменных, связанных с копинг-предпочтениями этих пациентов. **ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ.** Обследовали 85 больных, получающих лечение хроническим ГД. Копинг-стратегии оценивались с помощью опросника «Способы копинга» («The Ways of Coping Questionnaire»). У всех больных были определены показатели качества жизни, уровни депрессии и тревоги, тип отношения к болезни, клинические показатели с целью установить переменные, связанные с копинг-предпочтениями этих пациентов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** У больных, находящихся на лечении ГД, преобладают копинг-стратегии «самоконтроль» и «планирование решения проблем», редко встречается пассивный и неконструктивный способ преодоления трудностей «бегство-избегание». В отличие от здоровых ГД пациенты существенно реже применяют в качестве способов совладания со сложными ситуациями «конфронтацию», «бегство» и «положительную переоценку ситуации» и чаще - «самоконтроль» и «дистанцирование». Полученные данные свидетельствуют о достаточно успешной психической адаптации больных к хронической болезни почек и лечению ГД. Установлены связи показателей копинг-стратегий с параметрами качества жизни, типами отношения к болезни, полом, возрастом пациентов, длительностью заболевания почек и лечения ГД, динамикой перехода на ГД. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Преобладающими стратегиями преодоления трудностей у ГД больных являются «самоконтроль» и «планирование решения проблем», редко встречается пассивный и неконструктивный способ стресс-преодолевающего поведения - «бегство-избегание», что свидетельствует о хороших адаптивных возможностях этих пациентов.

Ключевые слова: копинг-стратегии, гемодиализ, качество жизни, тип отношения к болезни.

ABSTRACT

THE AIM of the investigation was to study coping strategies characteristic of hemodialysis (HD) patients, their specific features as compared to the strategies used by healthy subjects and the variables associated with coping preferences of these patients. **PATIENTS AND METHODS.** The investigation included 85 patients treated by chronic HD. Coping strategies were estimated with the help of the questionnaire «The ways of Coping Questionnaire». In all the patients the indices of quality of life, levels of depression and anxiety, type of attitude to illness, clinical indices were determined in order to establish the variables associated with coping preferences of the patients. **RESULTS.** In HD patients there are such prevailing coping strategies as «self-control» and «planning of solving problems». They rarely have such a passive and non-constructive method of overcoming problems as «escape-avoidance». Unlike the healthy, HD patients very rarely use «confrontation», «escape», «positive overestimation of the situation» as a means of coping difficult situations and more often - «self control» and «distance». The data obtained show sufficiently successful mental adaptation of patients to chronic disease and HD treatment. The indices of coping strategies were found to be associated with the parameters of quality of life, types of attitude to illness, gender, age, duration of kidney disease and HD treatment, dynamics of change to HD. **CONCLUSION.** The prevailing strategies of coping problems in HD patients are «self-control», «planning of solving problems», they rarely have a passive and non-constructive means of stress-overcoming behavior - «escape-avoidance» that suggests good adaptation potentialities of such patients.

Key words: coping strategies, hemodialysis, quality of life, type of attitude to illness.

ВВЕДЕНИЕ

Пожизненное пребывание на лечении гемодиализом (ГД) и частые госпитализации дезорганизуют мир пациента, вносят существенные изменения в его физическое состояние, резко изменяют уклад жизни, социальный, профессиональный и семейный статус. В связи с этим чрезвычайно важно знать присущие пациенту копинг-механизмы, или способы совладания с хронической стрессовой ситуацией, каковой является для него перманентный ГД.

Впервые понятие «coping» было использовано L.Murphy в 1962 году в исследованиях способов преодоления детьми требований, выдвигаемых кризисами развития. Термин «coping» происходит от английского «cope» (совладать) и включает в себя широкий спектр личностных реакций, направленных на преодоление стресса. Наиболее полной из ныне существующих считается копинг-модель R.S.Lazarus (1984), являющаяся составной частью когнитивной теории стресса и копинга [1]. Автор

рассматривает копинг как психический аналог неспецифического адаптационного синдрома Г.Селье. Копинг-механизмы опосредуют связь между стрессогенным событием и стрессорной реакцией и, в конечном счете, определяют степень адаптации индивидуума к ситуации.

Исследования копинг-стратегий, используемых больными в процессе адаптации к лечению ГД, малочисленны. R. Lindqvist и соавт. отмечают, что у больных на ГД и на перитонеальном диализе преобладает оптимистичный стиль копинга, и этот стиль считается исследователями наиболее эффективной поведенческой реакцией в ситуации столь травматичного с психологической точки зрения лечения [2]. Однако на ГД чаще, чем на перитонеальном диализе, встречаются реакции по типу «бегства» от проблемы. Среди неэффективных способов совладания с болезнью, имеющих место у ГД пациентов, эти авторы называют «избегание», паллиативный и эмотивный копинг. F. Cristovao указывает, что ГД пациенты чаще используют проблемно-ориентированные копинг-механизмы (попытка изменить ситуацию, аналитический подход к решению проблемы), чем эмоционально-ориентированные (попытка управлять эмоциональными реакциями в стрессовой ситуации) [3]. С. W. Blake и N. F. Courts, напротив, показали, что у ГД больных преобладают эмоционально-ориентированные копинг-стратегии и частота их использования выше при длительности ГД менее 8 лет, возрасте больного от 50 до 60 лет и низком уровне образования [4]. P. Lok считает, что копинг-механизмы, направленные на разрешение проблемы, более эффективны по сравнению с аффективными способами взаимодействия в стрессовой ситуации, а длительность лечения ГД не влияет на копинг-поведение [5]. Таким образом, мнения исследователей в отношении копинг-стратегий, преобладающих у больных при лечении ГД, расходятся. Нет единодушия в отношении факторов, влияющих на копинг-предпочтения пациентов. Хотя в большинстве работ изучение копинг-поведения и качества жизни больных проводится параллельно, остается неясным вопрос, имеется ли связь между этими двумя психологическими феноменами.

Целью настоящей работы явилось выявление копинг-стратегий, преобладающих у больных на ГД, их специфики по сравнению со стратегиями, применяемыми здоровыми людьми, и переменных, связанных с копинг-предпочтениями этих пациентов.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ

Обследовали 85 пациентов, находившихся на лечении ГД. Средний возраст больных составил

49,1±11,9 лет (от 19 до 72 лет), длительность ГД терапии – 63,2±56,0 месяцев (от 1 до 216 месяцев).

Копинг-стратегии оценивались с помощью опросника «Способы копинга» («The Ways of Coping Questionnaire»), разработанного S. Folkman, R. Lazarus [6]. Методика создана при помощи факторного анализа и позволяет охарактеризовать частоту применения восьми копинг-стратегий. Опросник включает следующие шкалы:

1. Конфронтативный копинг (агрессивные усилия по изменению ситуации, готовность к риску).
2. Дистанцирование (желание отстраниться от ситуации или уменьшить ее значимость).
3. Самоконтроль (усилия по регулированию своих чувств и действий).
4. Поиск социальной поддержки.
5. Принятие ответственности (признание своей роли в возникновении проблемы и принятие на себя ответственности за ее разрешение).
6. Бегство-избегание (пассивные и неадекватные способы реагирования на ситуацию, например, «пытался улучшить самочувствие едой, выпивкой, курением или лекарствами», «спал больше обычного», «избегал общения с людьми», «надеялся на чудо», «фантазировал, как все могло бы обернуться»).
7. Планирование решения проблемы.
8. Положительная переоценка (усилия по приданию ситуации положительного смысла: ситуация способствует личностному совершенствованию). Включает и религиозное измерение.

В нашей работе методика «Способы копинга» впервые применена на российском контингенте ГД больных. Нормативные данные получены на 924 здоровых людях в возрасте от 15 до 68 лет, проживающих в России.

Для оценки психического состояния больных использовались шкала самооценки депрессии Зунга [7] и шкала личностной и реактивной тревожности Спилбергера [8], для оценки субъективной удовлетворенности жизнью – опросник SF-36 Health Status Survey [9].

Тип отношения к болезни диагностировался с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ), предназначенной для исследования системы отношений больных с хроническими соматическими заболеваниями [10]. Метод позволяет охарактеризовать сложившуюся под влиянием болезни модель отношения к заболеванию и лечению, медперсоналу, родным, окружающим людям, работе (учебе), одиночеству, прошлому и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит).

Клинические и анамнестические данные включали пол, возраст, длительность хронического за-

болевания почек и продолжительность лечения ГД, междиализную прибавку веса, наличие остеопороза, факт планового или экстренного начала ГД, наличие трансплантации почки в анамнезе.

Статистический анализ полученных данных проводился с использованием общепринятых методов параметрической и непараметрической статистики. Критический уровень достоверности нулевой статистической гипотезы (об отсутствии различий и влияний) принимали равным 0,05. Характеристики выборок представлены в виде средних величин и стандартных отклонений.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты изучения стратегий преодоления трудностей больными, находящимися на лечении ГД, представлены в табл. 1. Наиболее высокие оценки зарегистрированы по таким копинг-механизмам, как «самоконтроль» и «планирование решения проблемы». Попад в сложную ситуацию, эти пациенты стараются не показывать свои чувства и могут скрывать от окружающих, как плохо обстоят дела, не склонны к импульсивным действиям, планомерно ищут пути по разрешению ситуации. Самая низкая оценка отмечается по стратегии «бегство-избегание», что свидетельствует о том, что больные не слишком часто прибегают к пассивным и неконструктивным способам преодоления трудностей (уход от реальности в мир фантазий, надежда на чудо, на то, что ситуация сама собой разрешится, увлечение спиртным, курение и т. д.). Сходные тенденции наблюдаются и у здоровых: ведущие способы копинга – «планирование решения проблемы» и «самоконтроль», наиболее низкий балл – по «бегству-избеганию» (см. табл. 1). Сравнительный анализ стратегий преодолевающего поведения, применяемых ГД пациентами и здоровыми людьми, позволил выявить ряд отличий. Достоверные различия зарегистрированы по пяти из восьми шкал опросника. Больные на ГД реже, чем здоровые, применяют способы

конфронтативного копинга. То есть для этих пациентов не характерны упорство в достижении целей, напористость, склонность к соперничеству и агрессивным действиям. В большей степени этим пациентам свойственно «дистанцирование» (нежелание видеть негативные стороны ситуации и игнорирование). Более высокий, чем в норме, балл по «самоконтролю» у рассматриваемых больных указывает на нежелание открыто проявлять свои чувства, скрытность в сочетании с продуманным и не слишком поспешным принятием решений. Реже, чем среди здоровых лиц, встречается неэффективный способ совладания со сложными ситуациями – «бегство-избегание»: эти пациенты не склонны к пассивному «уходу» от трудностей. Сниженный показатель стратегии «положительная переоценка» указывает на недостаточную способность находить положительные моменты в сложной ситуа-

Таблица 1

Показатели копинг-стратегий больных на хроническом ГД в сравнении со здоровыми лицами ($\bar{X} \pm SD$)

Показатели копинг-стратегий	Больные на гемодиализе, n=85	Здоровые, n=924	Достоверность различий, p
Конфронтативный копинг	42,0 ± 19,9	50,7 ± 20,9	p=0,0003
Дистанцирование	53,7 ± 18,0	49,4 ± 16,9	p=0,0262
Самоконтроль	69,7 ± 15,8	63,7 ± 15,6	p=0,0008
Поиск социальной поддержки	59,1 ± 20,3	62,9 ± 19,2	НД
Принятие ответственности	58,5 ± 22,4	62,9 ± 20,5	НД
Бегство-избегание	38,2 ± 14,8	45,2 ± 16,1	p=0,0001
Планирование решения проблемы	67,0 ± 16,2	67,8 ± 18,4	НД
Положительная переоценка	50,8 ± 18,8	56,1 ± 17,7	p=0,0082

Таблица 2

Показатели копинг-стратегий больных мужчин в сравнении со здоровыми мужчинами ($\bar{X} \pm SD$)

Показатели копинг-стратегий	Больные, n=50	Здоровые, n=362	Достоверность различий, p
Конфронтативный копинг	43,2 ± 18,3	50,0 ± 15,2	p=0,0040
Дистанцирование	51,1 ± 17,3	49,1 ± 16,4	НД
Самоконтроль	67,6 ± 15,7	64,2 ± 15,9	НД
Поиск социальной поддержки	59,0 ± 18,6	58,9 ± 18,9	НД
Принятие ответственности	60,6 ± 20,1	61,4 ± 19,5	НД
Бегство-избегание	36,4 ± 15,8	43,4 ± 15,7	p=0,0036
Планирование решения проблемы	70,3 ± 20,6	69,9 ± 18,7	НД
Положительная переоценка	48,8 ± 18,2	54,1 ± 17,0	p=0,0411

Таблица 3

Показатели копинг-стратегий больных женщин в сравнении со здоровыми женщинами ($\bar{X} \pm SD$)

Показатели копинг-стратегий	Больные, n=35	Здоровые, n=537	Достоверность различий, p
Конфронтативный копинг	40,3 ± 22,2	51,3 ± 24,0	p=0,0089
Дистанцирование	57,3 ± 18,7	49,6 ± 17,0	p=0,0100
Самоконтроль	72,6 ± 15,6	63,6 ± 14,9	p=0,0007
Поиск социальной поддержки	59,3 ± 22,8	65,4 ± 18,7	НД
Принятие ответственности	55,5 ± 25,3	64,3 ± 20,8	p=0,0171
Бегство-избегание	40,7 ± 12,9	46,5 ± 16,1	p=0,0376
Планирование решения проблемы	62,2 ± 21,5	66,8 ± 17,6	НД
Положительная переоценка	53,5 ± 19,7	57,5 ± 17,7	НД

ции, видеть в ней возможность для самосовершенствования.

Проведен анализ копинг-стратегий, используемых больными мужчинами и женщинами по сравнению со здоровыми лицами того же пола (табл. 2 и 3). Как у мужчин, так и у женщин, в группе больных достоверно реже, чем в норме, встречаются относительно неэффективные способы «конфронтативного копинга» и «бегства-избегания». Показатели «планирования решения проблемы» и «поиска социальной поддержки», считающихся наиболее конструктивными копинг-механизмами, в группах больных мужчин и женщин не отличаются от нормы. Больные мужчины реже применяют стратегию «положительной переоценки» (у женщин это различие отмечается в тенденции). Однако в группе больных женщин чаще, чем у здоровых, встречаются такие не вполне адекватные способы преодоления трудностей, как «самоконтроль» и «дистанцирование», снижен показатель «принятия ответственности». В целом полученные данные указывают на преобладание эффективных способов совладания со сложными ситуациями у больных мужчин. У больных женщин – картина мозаичная: наряду с конструктивными стратегиями достаточно часто применяются и недостаточно эффективные формы копинга.

Установлен целый ряд статистически значимых корреляций копинг-стратегий, применяемых ГД пациентами, с клиническими и психологическими переменными, а также с возрастом больных. Было проведено множественное регрессионное моделирование. Зависимыми переменными в регрессионном уравнении были оценки копинг-стратегий, независимыми – показатели, по которым были выявлены высокодостоверные корреляции с показателями копинг-стратегий. Выявлено значительное число связей показателей копинга с оценками качества жизни по опроснику SF-36. Так частота использования «конфронтативного копинга» положительно коррелирует устойчивостью к физическим нагрузкам PF ($r=0,24$, $p<0,05$) и отрицательно – с суммарным показателем психического здоровья MCS (Mental Component Score) ($r=-0,25$, $p<0,05$) и свободой от боли BP ($r=-0,21$, $p<0,05$). Регрессионное уравнение для «конфронтативного копинга» выглядит следующим образом ($R^2=0,21$ $F=6,33$ $p<0,0007$):

$$\text{CONF}=61,75 - 0,60 \times \text{MCS} + 0,29 \times \text{PF} - 0,17 \times \text{BP}$$

«Конфронтативный копинг» связан с высоким показателем физического здоровья, сниженным суммарным индексом психического здоровья и выраженным болевым синдромом (по шкале BP чем выше балл, тем больше свобода от боли).

Аналогичные корреляции отмечены и в отно-

шении копинга «принятие ответственности на себя»: положительная связь с PF ($r=0,25$, $p<0,005$) и отрицательная – с MCS ($r=-0,25$, $p<0,05$). Регрессионное уравнение для «принятия ответственности» ($R^2=0,13$ $F=5,46$ $p<0,006$):

$$\text{PRIN_OTV}=74,23 + 0,27 \times \text{PF} - 0,69 \times \text{MCS}$$

Что касается стратегии «положительной переоценки», то она также связана с ростом степени выраженности болевого синдрома BP ($r=-0,34$, $p<0,01$). «Положительная переоценка» коррелирует с длительностью хронической болезни почек DURAT KD ($r=0,31$, $p<0,01$). Имеется также положительная корреляция с сенситивным типом отношения к болезни: S ($r=0,27$, $p<0,05$). Сенситивный тип отношения означает чрезмерную ранимость, опасения, что окружающие станут считать неполноценным, боязнь стать обузой для близких. Регрессионное уравнение для «положительной переоценки» ($R^2=0,35$ $F=5,48$ $p<0,004$):

$$\text{POSITIVE}=44,50 + 0,53 \times \text{S} - 0,27 \times \text{BP} + 1,04 \times \text{DURAT_KD}$$

Сравнение групп больных с плановым и экстренным началом ГД показало, что при плановом начале ГД показатель стратегии «положительной переоценки» существенно выше ($p=0,005$).

Копинг-стратегия «самоконтроль» коррелирует с гармоничным и сенситивным типами отношения к болезни ($r=0,29$, $p<0,01$ и $r=0,25$, $p<0,05$ соответственно). Гармоничный тип предполагает адекватную оценку тяжести своего состояния, стремление активно содействовать успеху лечения. Значимость регрессионного уравнения для копинг-механизма «самоконтроль» не достигает уровня достоверности. При сравнении групп больных с плановым и экстренным началом ГД установлен существенно больший показатель стратегии «самоконтроль» в группе планового начала ГД ($p=0,03$).

Проведен сравнительный анализ двух групп больных, отличающихся выраженностью копинг-механизма «бегство-избегание», – с баллом по этой стратегии выше среднего показателя, зарегистрированного для здоровых лиц, и ниже нормативных данных. В группе больных с показателем по стратегии «бегство-избегание» ниже нормы отмечается существенно большая продолжительность лечения ГД ($p=0,007$) и более высокий балл по ипохондрическому типу отношения к болезни ($p=0,02$), чем у пациентов с баллом по этой копинг-стратегии выше нормы. Ипохондрический тип отношения к заболеванию характеризуется чрезмерным сосредоточением на болезненных ощущениях, преувеличением действительных и выискиванием несуществующих болезней, сочетанием желания лечиться и неверия в успех. Паци-

ентов с показателем по стратегии «бегство-избегание» ниже нормы отличают более низкие индексы качества жизни: физического функционирования PF ($p=0,04$) и энергичности V ($p=0,01$). Установлены отрицательные корреляции стратегии «бегство-избегание» с возрастом больных ($r=-0,27$, $p<0,05$), с гармоничным (G) и ипохондрическим (I) типами отношения к болезни ($r=-0,21$, $p<0,05$ и $r=-0,26$, $p<0,05$ соответственно) и положительные корреляции с личностной тревожностью (LT) ($r=0,28$, $p<0,05$) и неврастеническим (N) типом отношения к болезни ($r=0,27$, $p<0,05$). Для неврастенического типа характерно поведение по типу «раздражительной слабости», нетерпеливость; раздражение завершается раскаянием и угрызениями совести. Регрессионное уравнение для «бегства-избегания» ($R^2=0,27$ $F=3,44$ $p<0,0173$):

$$\text{ESCAPE}=32,70 + 0,28 \times \text{LT} - 0,83 \times \text{I} + 0,70 \times \text{N} - 0,16 \times \text{G}$$

Таким образом, преобладание копинг-стратегии «бегство-избегание» характерно для лиц молодого возраста, с меньшей длительностью ГД терапии, с хорошими показателями физического функционирования и жизненной активности, с повышенной личностной тревожностью и раздражительностью. Для этих пациентов не свойственны гармоничное, взвешенное отношение к заболеванию и ипохондрические тенденции.

Степень выраженности копинг-стиля «дистанцирование» отрицательно коррелирует с показателями качества жизни: суммарным индексом психического здоровья MCS ($r=-0,24$, $p<0,05$), влиянием эмоционального состояния на повседневную деятельность RE ($r=-0,24$, $p<0,05$), свободой от боли BP ($r=-0,25$, $p<0,05$). Имеется положительная связь этого способа совладания с трудностями с апатическим типом отношения к болезни ($r=0,24$, $p<0,05$) и отрицательная – с анозогнозией Z ($r=-0,36$, $p<0,01$). Апатический тип отношения к заболеванию характеризуется безразличием к своей судьбе, к результатам лечения, утратой интереса к жизни, вялостью и апатией. При анозогнозическом типе отмечаются эйфория, легкомысленное отношение к заболеванию и лечению, активное отбрасывание мыслей о болезни, о ее возможных последствиях, вплоть до отрицания очевидного; возможен отказ от обследования и лечения. Регрессионное уравнение для дистанцирования ($R^2=0,18$ $F=3,35$ $p<0,048$):

$$\text{DIST}=64,29 - 0,53 \times \text{Z} - 0,10 \times \text{RE}$$

Таким образом, «дистанцирование» сочетается с отсутствием анозогнозии, необоснованно повышенного настроения, большей выраженностью ограничений в повседневной деятельности из-за эмоционального состояния, сниженным показате-

лем психического здоровья, наличием болевого синдрома, апатией.

Результаты корреляционного и множественного регрессионного анализа подтверждают тот факт, что «планирование решения проблемы» является одним из наиболее эффективных способов преодоления трудностей. Установлены отрицательные корреляции с реактивной и личностной тревожностью (RT и LT) ($r=-0,33$, $p<0,01$ и $r=-0,31$, $p<0,01$ соответственно), уровнем депрессии (ZUNG) ($r=-0,26$, $p<0,05$), тревожным, анозогнозическим и меланхолическим типами отношения к болезни ($r=-0,28$, $p<0,05$, $r=-0,21$, $p<0,05$ и $r=-0,22$, $p<0,05$ соответственно). Для тревожного типа отношения характерны постоянное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни и ее возможных осложнений, для меланхолического – пессимистический взгляд на все, свехудрученность болезнью, неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных. Выявлена положительная связь «планирования» с гармоничным типом отношения к болезни ($r=0,35$, $p<0,01$). Регрессионное уравнение для «планирования» ($R^2=0,45$ $F=7,70$ $p<0,0001$):

$$\text{PLANNING}=138,87 + 0,42 \times \text{G} - 1,250 \times \text{Z} - 1,03 \times \text{ZUNG} - 0,51 \times \text{LT}$$

Копинг-стратегия «поиск социальной поддержки» сочетается с низкими показателями физической составляющей качества жизни. По мере увеличения балла по этому копинг-стилю растут степень выраженности болевого синдрома BP ($r=-0,27$, $p<0,05$) и ограничений в повседневной деятельности из-за физического состояния RP ($r=-0,24$, $p<0,05$), снижается интегральный показатель физического здоровья PCS (Physical Component Score) ($r=-0,24$, $p<0,05$). Пересечение уравнение для «поиска социальной поддержки» ($R^2=0,10$ $F=4,14$ $p<0,020$):

$$\text{PSP}=70,51 - 0,15 \times \text{BP} - 0,09 \times \text{RP}$$

Сравнительный анализ групп больных с показателем по копинг-стратегии «поиск социальной поддержки» выше среднего для здоровых лиц и ниже нормативного среднего показал, что лиц со значением по этой стратегии выше нормы отличают более молодой возраст ($p=0,04$), большая длительность ГД ($p=0,05$) и меньшая выраженность анозогнозии ($p=0,01$).

Не обнаружено корреляций способов копинга с междиализной прибавкой веса, наличием остеопороза и трансплантации почки в анамнезе.

ОБСУЖДЕНИЕ

У больных, находящихся на лечении хроническим ГД, преобладают такие стратегии преодоления трудностей, как «планирование решения

проблемы» и «самоконтроль», редко встречается копинг-стиль «бегство-избегание». Аналогичные тенденции зарегистрированы и у здоровых лиц. В отличие от нормы ГД пациенты существенно реже применяют в качестве способов совладания со сложными ситуациями «конфронтацию», «бегство» и «положительную переоценку ситуации» и чаще – «самоконтроль» и «дистанцирование». Копинг-стратегия «планирование решения проблемы» считается одним из наиболее эффективных способов разрешения конфликтных и сложных ситуаций, а «бегство-избегание» – пассивной и непродуктивной стратегией. Применение конструктивных и редкое использование неконструктивных приемов совладания со стрессовыми ситуациями ГД больными лежит в основе их достаточно успешной адаптации к жизни в условиях хронической болезни почек и лечения ГД. Эти результаты подтверждают полученные нами ранее данные о хороших адаптивных возможностях ГД пациентов [11]. Что касается стратегий «положительной переоценки», «конфронтации», «самоконтроля» и «дистанцирования», их, на наш взгляд, следует относить к относительно конструктивным способам преодоления трудностей. «Полезность» их применения зависит от ситуации. В. А. Абабков и М. Перре также считают, что переоценка, придание обстоятельствам нового смысла является адекватным способом преодоления ситуаций, в которых невозможно уклониться от нерегулируемых стрессоров [12]. По R. Lazarus, польза отрицания (что тождественно дистанцированию) состоит в том, что человек старается не думать о событиях, на которые невозможно повлиять. Хроническая стрессовая ситуация лечения регулярным ГД как раз попадает в разряд такого рода стрессоров, уклониться от которых невозможно, поскольку диализ является способом поддержания жизни.

Полученные данные совпадают с результатами наших предыдущих исследований о лучших адаптивных возможностях больных мужчин, получающих лечение ГД, по сравнению с женщинами [13].

Установлено значительное количество взаимосвязей стратегий преодоления трудностей с показателями качества жизни, связанного со здоровьем. Копинг-стратегии помогают справляться с хронической стрессовой ситуацией, связанной с наличием тяжелого заболевания и травматичного с психологической точки зрения лечения, что отражается на субъективной удовлетворенности жизнью. Обращает на себя внимание тот факт, что у больных с неконструктивными и относительно конструктивными стилями копинга («бегство-избегание», «конфронтативный копинг» и «принятие

ответственности») отмечалась относительно высокая удовлетворенность своими физическими возможностями. В этих случаях, однако, регистрируются сниженные показатели психического здоровья, повышенная личностная тревожность. Не вполне адекватный способ реагирования в виде «дистанцирования» также сочетается с пониженным показателем психического здоровья и большей выраженностью ограничений в повседневной деятельности из-за эмоционального состояния. «Поиск социальной поддержки» связан с плохими физическими возможностями. Показатели ряда копинг-стратегий обнаружили тенденцию к повышению по мере роста степени выраженности болевого синдрома, увеличения длительности хронической болезни почек. Это может свидетельствовать о том, что копинг-стратегии выполняют защитную роль, включаясь при неблагоприятном соматическом или психическом состоянии. С этой точки зрения стратегии «дистанцирования» (отвлечения), «поиска социальной поддержки», переоценки ценностей, конфронтации, которые, по полученным данным, связаны с ростом степени выраженности болевого синдрома, являются способами адаптации к ситуации хронической боли. Близость понятий копинга и механизмов психологической защиты подчеркивается многими авторами [12, 14].

Выявлены связи стратегий преодоления трудностей с типами отношения к болезни. Понятие внутренней картины болезни (и близкое к нему понятие типа отношения к болезни) было предложено для того, чтобы подчеркнуть расхождение между субъективными построениями больного в отношении своего заболевания и объективными клиническими данными. Тип отношения к болезни складывается из представлений пациента о своем заболевании, его ощущений и переживаний в связи с болезнью. Логично предположить, что субъективная оценка сложной ситуации предвращает выбор способа приспособительного поведения, выбор способа копинга. Это было подтверждено в процессе статистического анализа. Так «планирование решения проблемы» сочетается с гармоничным (реалистичным) отношением к заболеванию, отсутствием анозогнозии, тревоги, депрессии и меланхолического (пессимистического) отношения к болезни. «Самоконтроль» связан с гармоничным и сенситивным типами отношения к болезни, «положительная переоценка» – с сенситивным типом. Неэффективная стратегия «избегания» (ухода от ситуации) сопряжена с низким баллом по гармоничному типу, но также и с отсутствием преувеличения тяжести состояния в виде ипохондрического отношения к заболеванию.

Лиц молодого возраста отличают более высокие баллы по стратегиям «бегство-избегание» и

«поиск социальной поддержки», что указывает на их большую уязвимость в ситуации неизлечимого хронического заболевания. В работах зарубежных авторов и наших предыдущих исследованиях было показано, что пациенты зрелого и пожилого возраста лучше адаптируются к ситуации лечения ГД, у них отмечаются более высокие показатели психологической составляющей качества жизни [11, 15].

Зарегистрированы отдельные связи показателей копинг-стратегий с клиническими и анамнестическими данными. Выше уже упоминалось о зависимости «положительной переоценки» от длительности заболевания почек. Более частое применение стратегий «положительной переоценки» и «самоконтроля» отмечается при плановом начале ГД в отличие от экстренного, что свидетельствует о более благоприятном течении процесса адаптации при плановом переходе на ГД. С увеличением продолжительности ГД терапии возрастает частота использования «планирования социальной поддержки» и снижается показатель «бегства-избегания». Однако в целом способы копинга мало зависят от показателей, характеризующих соматическое состояние больных и течение заболевания. Не установлено корреляций с междиализной прибавкой веса, наличием остеопороза и трансплантации почки в анамнезе. Можно предположить, что специфика стресс-преодолевающего поведения этих пациентов связана преимущественно с особенностями личности. Этот вопрос требует дальнейшего изучения.

Авторы методики «Способы копинга» подразделили копинг-стратегии на проблемно-ориентированные (направлены на разрешение проблемы) и эмоционально-ориентированные (управление эмоциональными реакциями в стрессовой ситуации) [6]. К проблемно-ориентированным они отнесли «планирование» и «поиск социальной поддержки», к эмоционально-ориентированным – все остальные. Проблемно-ориентированные способы копинга считались наиболее эффективными. Однако, как указывают В.А. Абабков и М. Перре, эмпирические свидетельства, подтверждающие такую иерархию, отсутствуют [12]. С нашей точки зрения, стратегии, отнесенные к нацеленным на регуляцию эмоций, зачастую включают в себя поведенческий компонент, направленный на разрешение ситуации (пусть не всегда в адекватной форме, как, например, в случае «конфронтативного копинга»). В то же время «поиск социальной поддержки» вряд ли можно считать конструктивным способом преодоления трудностей во всех без исключения ситуациях, так как эта стратегия может вести к зависимому поведению и перекладыванию ответственности на окружающих. Представляется бо-

лее корректным деление копинг-стратегий на когнитивные, эмоциональные и поведенческие, что соответствует трем основным направлениям психической активности. На таком делении базировалась, например, методика Е. Heim [16].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Преобладающими стратегиями преодоления трудностей у ГД больных являются «самоконтроль» и «планирование решения проблем», редко встречается пассивный и неконструктивный способ стресс-преодолевающего поведения – «бегство-избегание», что свидетельствует о хороших адаптивных возможностях этих пациентов. Коррекция неэффективных и тренировка эффективных способов разрешения сложных ситуаций – важные задачи психокоррекционной работы и обучающих циклов для этих больных.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York, 1984: 218
2. Lindqvist R, Carlsson M, Sjoden PO. Coping strategies and quality of life among patients on hemodialysis and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Scand J Caring Sciences* 1998; 12 (4): 223-230
3. Cristovao F. Stress, coping and quality of life among chronic haemodialysis patients. *Edna-Erca J* 1999; 25 (4): 35-38
4. Blake CW, Courts NF. Coping strategies and styles of hemodialysis patients by gender. *ANNA J* 1996; 23 (5): 477-484, 507
5. Lok P. Stressors, coping mechanisms and quality of life among dialysis patients in Australia. *J Advanced Nursing* 1996; 23 (5): 873-881
6. Folkman S, Lazarus RS. *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1988
7. Zung WWK. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiat* 1965; 12: 63-70
8. Spielberger CD, et al. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologists Press, 1983
9. Ware JE, Snow KK, Kosinski M. et al. *SF-36 Health Survey. Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA. Health Institute, 1993: 22
10. Вассерман ЛИ, Иовлев БВ, Карпова ЭБ и др. Усовершенствованный вариант опросника для психологической диагностики типов отношения к болезни. *Методические рекомендации*. СПб., 2001: 33
11. Васильева ИА. *Психическая адаптация больных с хронической почечной недостаточностью к лечению гемодиализом*. Автореф дисс канд психол наук. СПб., 1992: 20
12. Абабков ВА, Перре М. *Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии*. СПб., Речь, 2004: 166
13. Васильева ИА, Петрова НН. *Современные подходы к психологической реабилитации больных с хронической почечной недостаточностью. Пособие для врачей*. СПб., 2003: 24
14. Haan N. *Coping and defending. Process of self-environment organization*. New York, Academic press, 1977
15. Rebollo P, Ortega F, Vega FF et al. Health-related quality of life (HRQOL) and erectile dysfunction in male renal transplant patients according to age. *Nephrol Dial Transplant* 2002; 17; Abstracts, [Suppl 1]: 328
16. Карвасарский БД, Абабков ВА, Васильева АВ и др. *Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии. Пособие для врачей*. СПб., 1998: 26

Поступила в редакцию 12.07.2004 г.