

6. Psihologija bezopasnosti kak osnova gumanitarnyh tehnologij v sotsial'nom vzaimodejstvii: Nauchno-metodicheskie materialy / Pod red. I. A. Baevoj. SPb.: ООО «Knizhnyj dom», 2008. S. 19.

7. Solomin V. P., Mihajlov L. A., Malikova T. V., Shatrovoj O. V. Psihologicheskaja bezopasnost': Uchebnoe posobie. M.: Drofa, 2008. 284 s.

Е. А. Трифонова

АДАПТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ЛИЧНОСТИ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ РИСК: ПРОБЛЕМА КОПИНГ-КОМПЕТЕНТНОСТИ

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 13-36-01288a2.

В статье рассматриваются теоретические подходы и современные эмпирические исследования стресса, копинг-поведения, ресурсов совладания и копинг-компетентности в контексте проблемы соматического здоровья.

Ключевые слова: адаптация, личность, стресс, копинг, копинг-компетентность, психосоматические расстройства, профилактика.

Е. Trifonova

Adaptive Potential and Psychosomatic Risk: The Coping Competence Problem

The article reviews theoretical approaches and contemporary empirical studies of stress, coping, coping resources and coping competence in the context of physical health problem.

Keywords: adaptation, personality, stress, coping, coping competence, psychosomatic disorders, disease prevention.

В настоящее время повышение эффективности профилактики хронических неинфекционных заболеваний признается одной из наиболее важных задач здравоохранения, что связано, в первую очередь, с их стабильно высокой значимостью в структуре заболеваемости и смертности, с глобальными социально-экономическими последствиями [56]. Известной особенностью этой группы расстройств считается принципиальное значение в формировании их риска поведенческих факторов: курения, употребления алкоголя, «нездорового» питания, малоподвижного образа жизни и т. д. [12]. В рамках психосоматического подхода описываются менее очевидные психологические характеристики, предрасполагающих к развитию заболеваний: особенностей эмоцио-

нального реагирования, содержания внутриличностных конфликтов, черт характера и т. д. [8]. Следует отметить, что попытки эмпирической верификации психологических факторов риска неинфекционных соматических заболеваний приводят к противоречивым результатам, и лишь немногие из предложенных психологических конструкторов подтверждают свою прогностическую ценность. Среди них традиционно наиболее обоснованным является (психический) стресс.

Стресс, копинг и психосоматический риск

Как известно, понятие «стресс» было введено в 30-е годы XX века канадским исследователем Г. Селье, который впервые описал физиологические и психофизиоло-

гические составляющие «неспецифического адаптационного синдрома», его проявления и динамику [6].

Следует отметить, что в настоящее время понятие «стресс» используется в разных значениях. В отечественной литературе этот феномен чаще описывается в контексте системной модели адаптации человека. Системная концепция адаптации рассматривает адаптацию как целостную, многоуровневую (включающую биологический, психологический и социальный уровни) и самоуправляемую систему, направленную на поддержание устойчивого взаимодействия индивида с окружающей средой [2; 10]. Нарушением устойчивости этого взаимодействия и обуславливается состояние стресса.

Современные работы в области исследования стресса во многом опираются на разработки У. Кэннона и Г. Селье. Их идеи (описанные ими неспецифические физиологические изменения в ситуации повреждающего/значимого воздействия) лежат в основе нынешнего понимания механизмов влияния эмоционального состояния на деятельность организма и его реакции на стрессоры разной силы и продолжительности. В экспериментальных работах были продемонстрированы разнообразные последствия острого и хронического стресса для функционирования организма [29]. Показано, что данные эффекты могут выступать в качестве звеньев патогенеза многих хронических соматических заболеваний.

Так, например, согласно систематическому обзору исследований (за 1970–2004 гг.) поведенческих и эмоциональных триггеров острого коронарного синдрома, получает подтверждение роль эмоционального стресса/чрезмерного волнения в провокации острого коронарного синдрома и внезапной сердечной смерти у лиц с неблагоприятными предрасполагающими факторами [52]. В проспективных исследованиях было установлено влияние хронического стресса на риск ишемической болезни сердца и сахарного диабета 2-го типа [15;

45]. По результатам исследования Whitehall II, включившего более 10 тысяч лондонских госслужащих, профессиональный стресс связан с двукратно повышенным риском метаболического синдрома при периоде наблюдения 14 лет [27], а также центрального и общего ожирения при периоде наблюдения 19 лет [25] вне зависимости от других факторов риска. В американском когортном исследовании, включившем 4511 условно здоровых респондентов, субъективная оценка актуального стресса являлась прогностичной в отношении риска развития язвы желудка при катамнезе 13 лет: так, по сравнению с лицами, отрицающими стрессовое состояние, респонденты, оценивавшие уровень стресса в 5 баллов по 5-балльной шкале, имели в 2,9 более высокую вероятность развития заболевания [23]. Аналогично доказана роль стрессовых состояний в возникновении и неблагоприятной динамике хронических кожных заболеваний (псориаза, атопического дерматита, аллопеции и т. д.) [32, 35].

Как отмечалось, патогенные эффекты стресса достаточно глубоко изучены и определяются, в первую очередь, повышенной активацией гипоталамо-гипофизарно-адренокортикальной системы и автономной дисрегуляцией, имеющими своим результатом повышение уровня глюкокортикоидов, интерлейкина-6, С-реактивного белка, вязкости крови, а также снижение вариабельности сердечного ритма [28; 29]. В последние десятилетия широко обсуждается связь хронического стресса и висцеро-абдоминального распределения жировой ткани как ключевого компонента метаболического синдрома [24].

Кроме того, среди переменных, опосредующих связь стресса и нарушений здоровья, выделяется комплекс поведенческих факторов риска. Доказано, что при хроническом стрессе более типичным становится «нездоровое» поведение: употребление более калорийной пищи, переедание, более частое курение и употребление алкоголя,

снижение уровня физической активности [37; 42]. Такое поведение может рассматриваться, в том числе, как способ саморегуляции эмоционального состояния, определенная стратегия преодоления стресса, что, в частности, подтверждают данные о склонности лиц с повышенным кардиометаболическим риском в стрессовых ситуациях уклоняться от решения проблемы, пытаться отвлечься и снизить психическое напряжение за счет эмоциогенного питания, курения, пассивного отдыха [17].

Таким образом, стресс оказывает прямое и опосредованное (поведением) влияние на организм человека, и оба эти пути потенциально подлежат психологическому воздействию в том случае, если стоит задача целенаправленной профилактики психосоматических заболеваний:

1) через коррекцию психологических характеристик, определяющих субъективную стрессогенность событий для личности;

2) через коррекцию эмоционального состояния и поведения в стрессовых ситуациях.

В настоящее время в связи с указанными задачами профилактики и коррекции стрессогенных нарушений здоровья чаще всего используется транзактная концепция стресса-копинга (от англ. cope — справляться, преодолевать) [1; 7; 16; 20]. В рамках когнитивно-поведенческого подхода стресс рассматривается как транзактный процесс — непрерывный процесс взаимодействия индивида и окружающего мира. Такой подход разрабатывается в концептуальной модели R. Lazarus [38]. При рассмотрении стресса в виде транзактного процесса структура стрессового эпизода представлена последовательностью следующих элементов: осознание стрессора и его оценка; нарушение гомеостаза; связанные со стрессом эмоции и когнитивные процессы; копинговое действие (реакция совладания со стрессом); результат копинга и новая оценка ситуации (с возвращением к первому элементу данной структуры при неуспешности копинга).

Особое значение имеет этап оценки ситуации, которая складывается из первичной оценки (определения существенных характеристик и степени угрозы ситуации) и вторичной оценки (определения ресурсов для преодоления ситуации, если она квалифицируется как трудная, стрессовая).

Исследования, посвященные роли копинга в формировании психосоматического риска, ограничены. Особое внимание характеристикам совладания со стрессом уделяется уже при развившейся патологии. Показано, что в долгосрочной перспективе активные, проблемно-ориентированные стратегии преодоления стресса болезни являются предпочтительными и связаны с более благоприятным медицинским прогнозом, в то время как пассивные эмоционально-ориентированные стратегии сопряжены с высокой вероятностью нарушений психической адаптации, с низким качеством жизни и с неблагоприятным течением заболевания. В то же время в ситуации острого стресса эмоциональный пассивный копинг оказывается предпочтительным и позволяет более быстро достичь эмоциональной стабилизации, необходимой для дальнейшего анализа проблемной ситуации [20].

Вместе с тем следует подчеркнуть, что разделение на активные проблемно-ориентированные и пассивные эмоционально-ориентированные стратегии является весьма обобщенным, не раскрывающим все разнообразие способов поведения личности в стрессовой ситуации, в связи с чем продолжают поиски оптимальных вариантов систематизации копинг-стратегий [1]. Одновременно ведется поиск психологических факторов, влияющих на процесс адаптации к стрессу на разных его этапах (оценки ситуации, ресурсов, выбора стратегии и т. д.) и эффективность копинга.

Психологические факторы эффективности совладания со стрессом: копинг-компетентность

В литературе, посвященной психологическим факторам, влияющим на эффектив-

ность преодоления стресса, чаще всего рассматриваются специфические когнитивные тенденции, определяющие особенности восприятия, интерпретации, оценки стрессовой ситуации и соответственно выбор стратегии поведения. Соответственно чаще всего анализируются психологические конструкции, описанные в рамках различных школ когнитивно-поведенческого направления. Это представляется вполне обоснованным, учитывая то значение, какое имеет субъективная модель стрессовой ситуации в процессе психической адаптации. Фактически речь идет о способности и готовности личности к адекватной оценке проблемных (стрессовых) ситуаций и конструктивному реагированию на них, обобщаемых некоторыми авторами понятием **копинг-компетентности** [1].

В настоящее время единые представления о содержании этого понятия отсутствуют. В литературе встречаются как широкие, так и частные его трактовки, которые можно систематизировать следующим образом:

- копинг-компетентность как синоним стрессоустойчивости;

- копинг-компетентность как специфическая характеристика, отражающая умение точно отражать существенные признаки проблемной ситуации и выбирать адекватный способ поведения.

В отечественной традиции аналогом понятия копинг-компетентности может выступать стрессоустойчивость [3; 13; 14; 18], определяемая с позиций системного подхода и категории деятельности как интегративное свойство личности, характеризующееся таким взаимодействием эмоциональных, волевых, интеллектуальных и мотивационных компонентов психической деятельности человека, которые обеспечивают оптимальное успешное достижение цели деятельности в сложной эмотивной обстановке [9]. Данное свойство рассматривается как результат взаимодействия различных компонентов (психофизиологического, эмо-

ционального, интеллектуального, волевого) в контексте общей системы адаптации.

Близким к отечественному понятию стрессоустойчивости, но отражающим преимущественно его личностный план является понятие жизнестойкости (hardiness) [19; 40], включающей следующие компоненты: 1) «включенность», приверженность — принятие на себя обязательств, ведущее к устойчивой готовности выполнить действие и нести ответственность за его результат; 2) «контроль» — тенденция оценивать события как подконтрольные и действовать исходя из подконтрольности событий; 3) «вызов» (challenge) — тенденция оценивать трудности как возможность к личностному росту, а не катастрофу или угрозу безопасности.

В ряде работ показано, что жизнестойкость и ее отдельные компоненты (прежде всего, включенность и контроль) сопряжены с более низким психосоматическим риском, меньшей подверженностью соматическим жалобам и заболеваниям, более благоприятным медицинским прогнозом [34; 50], причем, по данным некоторых исследователей, эта связь опосредована именно особенностями копинг-поведения [55].

Следует отметить, что стрессоустойчивость и жизнестойкость, а также широкий спектр близких к ним психологических конструкций отражают относительно неспецифические для копинг-процесса тенденции реагирования личности, связанные с общей адаптивностью/неадаптивностью. Являясь весьма ценными предикторами эффективности совладания со стрессом, эти характеристики тем не менее оказываются излишне обобщенными, когда речь идет об анализе конкретного поведения в конкретной проблемной ситуации. В данном случае наибольшую ценность представляет рассмотрение копинг-компетентности на основании содержания различных этапов копинг-процесса, прежде всего этапа первичной и вторичной оценки стрессора [44].

Такой подход позволяет выделить следующие компоненты копинг-компетентности:

- адекватность (точность, относительная объективность) в интерпретации и оценивании различных параметров ситуации как на уровне общей тенденции, так и в отношении специфических стрессоров;

- адекватность (точность, относительная объективность) восприятия внешних и внутренних ресурсов для преодоления стресса;

- богатый репертуар копинг-стратегий (сформированность необходимых навыков проблемно-разрешающего поведения, представление о возможных вариантах поведения в проблемных ситуациях и т. п.) и сформированность навыков выбора наиболее эффективных стратегий поведения в соответствии с параметрами ситуации;

- адекватность (точность, относительная объективность) результатов копинга, последствий осуществленных действий, их эффективности, возможности и необходимости коррекции и т. п.

Важную, а порой и определяющую роль в процессе психической адаптации играет этап оценки стрессора по различным параметрам (валентности, контролируемости, изменчивости, степени определенности, повторяемости, соотношенности с личным опытом) [1] — этап формирования субъективного образа ситуации, возможностей и предпочтительных способов ее разрешения в соответствии с устоявшейся системой представлений, потребностей, ценностей. Дисфункциональные когнитивные тенденции, часто выявляемые при нарушениях психической адаптации и психических расстройствах, оказывают влияние на все этапы переработки информации, значимой для осуществления стресс-преодолевающих действий, и обуславливают систематически неэффективное копинг-поведение индивида. Фактически когнитивные искажения, препятствуя адекватной оценке ситуации и выбору оптимальной стратегии поведения,

определяют низкую копинг-компетентность личности и ограниченные возможности психической адаптации [43]. В частности, при исследовании копинга с использованием карманного компьютера, позволяющего оценивать актуальное поведение в стрессовой ситуации (метод COMRES — Computer-assisted Recording System), было установлено, что испытуемые с нарушениями психической адаптации реагируют на повседневные стрессоры более эмоционально, они более склонны приписывать им высокую значимость и ожидать их повторного возникновения. При нарушениях психической адаптации отмечается также тенденция к однозначно негативному интерпретированию стрессовых ситуаций и недооценке возможности их положительного переосмысления, интеллектуального дистанцирования и снижения субъективной значимости. Копинг-поведение при этом характеризуется более частым использованием пассивных эмоционально-ориентированных стратегий избегания и самообвинения [44].

В зарубежной литературе также можно встретить понятие копинг-компетентности (coping competence), которое используется некоторыми зарубежными авторами в русле концепции выученной беспомощности, где копинг-компетентность определяется как специфический фактор, препятствующий развитию депрессивных состояний. При этом в качестве ключевых в структуре копинг-компетентности выделяются когнитивные тенденции, противоположные когнитивным искажениям — предикторам состояния выученной беспомощности (тенденции воспринимать негативные события как глобальные, стабильные и неподконтрольные) [22; 49].

Непосредственно не связанной с концепцией копинга, но отражающей наиболее важные аспекты процесса оценки и интерпретации стрессовой ситуации является когнитивная модель А. Бека [5]. Как известно, ключевым положением когнитивного подхода в психотерапии является признание

роли когнийций (мыслей, представлений, оценок и т. п.) как факторов, детерминирующих эмоциональные реакции и выбор способов поведения в повседневных и в непривычных, кризисных ситуациях. Согласно когнитивной модели негативные переживания и трудности в разрешении проблемных ситуаций связаны со специфическими когнитивными тенденциями («ошибками» и «искажениями») в интерпретации событий. Чем более устойчивы и неадаптивны эти тенденции, тем выше вероятность нарушения психической адаптации человека.

А. Бек указывает на решающее значение аффективно заряженных когнитивных схем (глубинных когнитивных структур, управляющих процессами переработки информации) в формировании дисфункциональных установок и связанных с ними дезадаптивных автоматических мыслей, а также систематических ошибок интерпретации событий [5].

Когнитивные механизмы развития эмоциональных нарушений анализирует также А.Эллис. В разработанном им когнитивно-поведенческом подходе к коррекции эмоциональных нарушений — рационально-эмоциональной психотерапии — А. Эллис акцентирует внимание на выявлении и адаптивном изменении иррациональных представлений [21]. Психотерапевтически «мишенями» при рационально-эмоциональной терапии могут быть склонность к крайним оценкам; тенденция прогнозировать наихудшие варианты развития событий, игнорируя возможность благоприятного исхода; склонность к преувеличению отрицательных сторон действительности и к преуменьшению положительных; склонность безосновательно воспринимать на свой счет действия других людей; установки долженствования, сверхнормативности и перфекционизма; склонность к навешиванию «ярлыков», к сверхобобщениям, бездоказательным (эмоциональным) умозаключениям и т. п. Следует подчеркнуть, что

подход А. Эллиса, в отличие от концепции А. Бека, не обладает четкой концептуальной базой, то есть имеет преимущественно прикладное значение. Вместе с тем описанные автором неспецифические дисфункциональные когнитивные тенденции позволяют получить общее представление о трактовке психологической уязвимости в рамках когнитивно-поведенческих моделей. Кроме того, задачи и стратегии рационально-эмоциональной терапии имеют прямое отношение к задачам формирования эффективного копинг-поведения.

Копинг-компетентность и психологические ресурсы совладания со стрессом: локус контроля и самооффективность

Локус контроля и самооффективность в настоящее время считаются одними из наиболее значимых ресурсов совладания со стрессом, по крайней мере, в контексте классических когнитивных (социально-когнитивных) моделей.

Как известно, **локус контроля** — дословно: «место контроля» — отражает базовые представления личности о локализации источника влияния на жизненные события и соответственно степень восприятия себя как активного субъекта, способного изменять происходящее, выступать в качестве эффективно действующей силы. Этот аспект во взаимодействии личности со средой описан Дж. Роттером [47]. В зависимости от того, где, с точки зрения личности, локализован источник влияния на ход жизненных событий, выделяют два крайних типа: экстернальный (внешняя локализация), интернальный (внутренняя локализация). Лица с выраженными экстернальными тенденциями склонны занимать пассивно-страдательную позицию, воспринимают происходящее с ними как не зависящее от личных качеств и усилий. При высоком уровне интернальности человек, напротив, убежден, что его успехи и неудачи напрямую зависят от его действий, поступков и личных свойств. Интернальный и экстернальный тип образуют два полюса, между

которыми располагаются промежуточные варианты.

В целом исследования свидетельствуют о том, что интернальность чаще сочетается с личностной зрелостью, адаптированностью, эмоциональной устойчивостью, способностью к самоконтролю, ответственностью, а экстернальность — чаще с трудностями психической и социальной адаптации. Таким образом, интернальность, являясь своеобразным личностным ресурсом, скорее помогает личности в преодолении стресса, а экстернальность — напротив, чаще является дестабилизирующим фактором [39].

Следует, однако, отметить, что однозначные выводы о пользе интернальности и вреде экстернальности не вполне корректны. Эта некорректность тесно связана с зависимостью эффективности стресс-преодолевающего поведения от объективных характеристик ситуации. Кроме того, исследователи все в большей мере склоняются к мнению о недостаточной обоснованности обобщенной оценки интернальности-экстернальности, необходимости оценки уровня субъективного контроля в различных сферах и ситуациях. Подчеркивается, что уверенность в способности повлиять на одни события может сочетаться с переживанием абсолютной беспомощности в других сферах. Эта точка зрения согласуется и с основными положениями концепции копинга, в которой акцентируется внимание на ситуационном контексте совладания со стрессом.

Интернальный локус контроля соотносится с чувством ответственности за собственную жизнь, низкий же уровень субъективного контроля (экстернальный локус контроля) соотносится с представлением о решающем значении в судьбе внешних факторов, случая, «высших сил» и т. п. Роль локуса контроля в формировании адаптивных установок в отношении заболевания и лечения определяется тем, что уверенность в зависимости течения болезни от собственных усилий (интернальный локус контроля

болезни), а не от внешних обстоятельств способствует эмоциональной стабильности пациента и стимулирует его активное проблемно-решающее поведение.

В Wallston, K. Wallston [53] установили, что интерналы более активно подходят к поиску информации, касающейся состояния их здоровья, а также в целом более ориентированы на здоровый образ жизни.

Лица с высокими показателями интернальности в области здоровья более склонны немедленно обращаться за медицинской помощью при первых признаках инфаркта миокарда [26], имеют более благоприятный медицинский прогноз при ишемической болезни сердца [41], более привержены лечению (в частности, при гипертонической болезни) [51]. Пациенты-интерналы с сахарным диабетом 1-го типа имеют лучшие физиологические показатели, чем экстерналы, даже при меньшей осведомленности о диабете и меньшей приверженности лечению, что, вероятно, объясняется большей эмоциональной стабильностью и использованием более эффективных копинг-стратегий [46].

Приведенные выше данные свидетельствуют о более высоком адаптационном потенциале пациентов с интернальным локусом контроля болезни и соответственно о необходимости развития у больных чувства уверенности в возможности влияния на состояние своего здоровья.

Вместе с тем рассматривать высокую интернальность как безусловно предпочтительную систему представлений и установок было бы некорректно. Исследования показывают, что при крайних формах интернальности ее благоприятный эффект может снижаться [46]. Важным условием адаптации к болезни является доверие к профессионализму медиков, а следовательно, оптимальным с точки зрения контроля заболевания является сочетание высоких показателей интернального локуса контроля болезни с высокими показателями «врачебного локуса контроля» [48]. Кроме того,

возрастание уровня интернальности при прогрессировании жизнеопасных заболеваний часто указывает на высокую напряженность механизмов психологической защиты и соотносится с повышенным риском депрессии [30].

Таким образом, наибольшее эмпирическое подтверждение получает предпочтительность умеренно высокого уровня субъективного контроля, указывающего на взвешенную позицию пациента, его реалистичность в оценке случайного и зависящего от личных усилий.

Более того, в ряде исследований были получены данные, свидетельствующие о положительном влиянии экстернального локуса контроля на комплаентность и медицинский прогноз [33; 54]. Преимущества экстернальности объясняются авторами этих исследований как следствие способности пациентов выявлять внешние стимулы для поддержания здорового образа жизни, а также возможности эффективного использования внешних копинг-ресурсов.

Таким образом, относительное значение локуса контроля в формировании психосоматического риска остается под вопросом, и для корректной оценки его вклада в сферу здоровья требуется детализация и конкретизация представлений личности в отношении различных сфер жизнедеятельности.

Понятие локуса контроля тесно связано с концепцией самоэффективности (self-efficacy), разрабатываемой А. Бандурой [4; 11] в рамках социально-когнитивного направления.

Как известно, **самоэффективность** (self-efficacy) характеризует ожидание индивида в отношении осуществления определенных действий и в достижении определенных результатов [4; 11]. В структуре самоэффективности выделяют два компонента: ожидание эффективности (efficacy expectation) — ожидание того, что некоторые действия будут совершены необходимым образом; ожидание результата (outcome expectation) — ожидание, что совершаемые действия приведут к определенному результату.

Самоэффективность зависит от поведенческого репертуара личности, опыта, приобретенного посредством наблюдения за другими людьми, в результате социального научения, подкрепления или наказания определенных действий, а также от физического и эмоционального состояния.

Важно подчеркнуть, что самоэффективность является динамичным и относительно специфичным образованием, формируется в результате реального взаимодействия личности с окружающим миром, неодинакова в разных сферах жизнедеятельности. Прогностическое значение самоэффективности в отношении поведения человека было доказано в целом ряде исследований. Установлено, что самоэффективность оказывает существенное влияние на мотивационно-поведенческие характеристики и эмоциональное состояние индивида в стрессовых ситуациях, а также на результат и эффективность копинга.

В социально-когнитивной теории самоэффективность понимается как уверенность индивида в способности произвести определенные действия и достичь определенного результата. Специфическая самоэффективность, связанная с контролем симптомов заболевания, играет важную роль в формировании внутренней картины болезни и поведения пациента. Его уверенность в своей способности удерживать заболевание в компенсированном состоянии, влиять на степень выраженности патологических симптомов, выполнять медицинские назначения и т. п. является одним из решающих факторов психической адаптации к болезни.

Исследования свидетельствуют о высокой значимости самоэффективности как предиктора качества жизни больных с соматической патологией. Так, например, было показано, что низкая самоэффективность в отношении копинга болезни при заболеваниях крови соотносится с большей обременительностью симптомов, с выраженностью тревожной и депрессивной симптома-

тики, с неблагоприятным медицинским прогнозом [31]. Также установлено, что при сахарном диабете обоих типов и взрослые больные и подростки, уверенные в своей способности контролировать заболевание путем выполнения определенных процедур, в целом более комплаентны как по данным субъективных отчетов, так и по объективным физиологическим показателям [36].

Исследования в данной области весьма перспективны и в целом указывают на высокую значимость субъективного восприятия пациентом зависимости медицинского прогноза от личных усилий и комплаентности. Подобные переживания тесно связаны с высоким уровнем субъективного контроля болезни (к интернальным локусом контроля болезни).

Таким образом, в современных исследованиях уделяется значительное внимание адаптивному потенциалу личности, процессу преодоления ею проблемных (стрессовых) ситуаций, что имеет существенное значение в профилактике нарушений здоро-

вья, а также в обеспечении эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий. Анализируются этапы копинг-процесса, факторы, влияющие на его эффективность. Очевидно, что задачи психологической профилактики и коррекции выдвигают на первый план проблему формирования адаптивности, копинг-компетентности личности, однако ни содержание этого понятие, ни соответствующие методы оценки копинг-компетентности к настоящему времени не разработаны в полной мере. Недостаточно изученной остается роль копинг-компетентности в опосредовании связи между стрессовыми событиями и психосоматическим риском, что имеет очевидное практическое значение в связи с задачами предупреждения заболеваний и расширения адаптивных возможностей личности. Все вышеизложенное свидетельствует о перспективности и практической значимости дальнейшей разработки данной области как в контексте общепсихологических знаний, так и в прикладных областях психологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. 3-е изд. М.: Медицина, 2000. 496 с.
3. Анчел В. Я., Цыган В. Н. Стресс и стрессоустойчивость человека. СПб., 1999. 86 с.
4. Бандура А. Теория социального научения. СПб.: Евразия, 2000. 320 с.
5. Бек А., Раиш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб.: Питер., 2003. 304 с.
6. Бодров В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 1995. 136 с.
7. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: Теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
8. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: Научно-практическое руководство. СПб.: Речь. 2011. 271 с.
9. Зильберман П. Б. Эмоциональная устойчивость и стресс // Психологический стресс в спорте. 1973. № 16. С. 13–15.
10. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса. М.: Наука. 1983. 368 с.
11. Кричевский Р. Л. Самоэффективность и акмеологический подход к исследованию личности // Акмеология. 2001. № 1. С. 47–52.
12. Лисицын Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 520 с.
13. Маклаков А. Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. 2001. Т. 22. № 1. С. 16–24.
14. Марищук В. Л., Евдокимов В. И. Поведение и саморегуляция человека в условиях стресса. СПб.: Издательский дом «Сентябрь», 2001. 260 с.

15. *Погосова Г. В.* Признание значимости психоэмоционального стресса в качестве сердечно-сосудистого фактора риска первого порядка // *Кардиология*. 2007. № 2. С. 65–72.
16. *Рассказова Е. И., Гордеева Т. О.* Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // *Психологические исследования: Электрон. научн. журн.* 2011. N 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг). 0421100116/0027.
17. *Ротарь О. П., Трифонова Е. А., Коростовцева Л. С. и др.* Адаптация к профессиональному стрессу и риск метаболического синдрома у работников банка // *Артериальная гипертензия*. 2011. Т. 17. № 1. С. 25–33.
18. *Рудаков А. Л.* Стресс, стрессоустойчивость и саногенная рефлексия в спорте: Монография. Красноярск, 2011. 190 с.
19. *Соловьева С. Л.* Ресурсы личности. [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: Электрон. научн. журн.* 2010. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 30.06.2010).
20. *Трифопова Е. А.* Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // *Известия РГПУ им. А. И. Герцена*. 2012. № 145. С. 96–108.
21. *Эллис А., Драйден У.* Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. / Пер. с англ. Т. Саушкиной. СПб.: Речь. 2002. 352 с.
22. *Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D.* Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. P. 49–74.
23. *Anda R. F., Williamson D. F., Escobedo L. G., Remington P. L., Mast E. E., Madans J. H.* Self-perceived stress and the risk of peptic ulcer disease. A longitudinal study of US adults // *Arch Intern Med*. 1992. Vol. 152(4). P. 829–833.
24. *Björntorp P.* Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? // *Obes Rev*. 2001. Vol. 2. № 2. P. 73–86.
25. *Brunner E. J., Chandola T., Marmot M. G.* Prospective effect of job strain on general and central obesity in the Whitehall II Study // *Am J. Epidemiol.* 2007. Vol. 165. P. 828–837
26. *Carney R., Fitzsimons D., Dempster M.* Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance // *Eur J. Cardiovasc Nurs*. 2002. Vol. 1. P. 237–242.
27. *Chandola T., Brunner E., Marmot M.* Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study // *Br Med J*. 2006. Vol. 332. P. 521–524A.
28. *Chrousos G. P.* The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes // *Int J. Obes Relat Metab Disord*. 2000. Vol. 24. Suppl 2. S. 50–55.
29. *Chrousos G. P., Gold P. W.* The concepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis // *JAMA*. 1992. Vol. 267. P. 1244–1252.
30. *Cvengros J. A., Christensen A. J., Lawton W. J.* Health Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A Dynamic Perspective // *Journal of Health Psychology*. 2005. Vol. 10. № 5. P. 677–686.
31. *Edwards R., Telfair J., Cecil H., Lenoci J.* Self-Efficacy as a Predictor of Adult Adjustment to Sickle Cell Disease: One-Year Outcomes // *Psychosomatic Medicine*. 2001. V. 63. P. 850–858.
32. *Hall J. M., Cruser D., Podawiltz A., Mummert D. I., Jones H., Mummert M.E.* Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis // *Dermatol Res Pract*. 2012; 2012: 403908. doi: 10.1155/2012/403908.
33. *Hoffmann A., Pfiffner D., Hornung R., Niederhauser H.* Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology // *Coron Artery Dis*. 1995. Vol. 6. P. 147–152.
34. *Hull J. G., Van Treuren R. R., Virnelli S.* Hardiness and health: a critique and alternative approach // *J Pers Soc Psychol*. 1987 Sep; 53(3): 518–30.
35. *Jafferany M.* Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*. 2007. Vol. 9. N. 3. P. 203–213.
36. *Krichbaum K., Aarestad V., Burthe M.* Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management // *Diabetes Educ*. 2003. Vol. 29. P. 653–662.
37. *Laitinen J., Ek E., Sovio U.* Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior // *Preventive Medicine*. 2002. Vol. 34. P. 29–39.

38. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
39. Lefcourt H. M. Locus of Control: Current Trends in Theory and Research. Psychology Press, 1982.
40. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. 1994. Vol. 63. N 2. P. 265–274.
41. Moore S. M., Prior K. N., Bond M. J. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease // Eur J Cardiovasc Nurs. 2007. Vol. 6. P. 137–145.
42. Ng D. M., Jeffery R. W. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults // Health Psychology. 2003. Vol. 22. P. 638–642.
43. Perrez M., Matathia R. Differentielle Effekte des Bewältigungsverhaltens und seelische Gesundheit // Zeitschrift für Gesundheitspsychologie. 1993. № 1. S. 235–253.
44. Perrez M., Reicherts M. Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, 1992.
45. Pouwer F., Kupper N., Adriaanse M. C. Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium // Discov Med. 2010. Vol. 9. № 45. P. 112–118.
46. Reynaert C., Janne P., Donckier J., Buysschaert M., Zdanowicz N., Lejeune D., Cassiers L. Locus of control and metabolic control // Diabete Metab. 1995. Vol. 21. № 3. P. 180–187.
47. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. Psychological Monographs, 80. 1966. (Whole No. 609).
48. Schlenk E. A., Hart L. K. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus // Diabetes Care. 1984. Vol. 7. №6. P. 566–574.
49. Schroder K. E. E. Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients // Journal of Behavioral Medicine. 2004. Vol. 27(2). P. 123–145.
50. Shepperd J. A., Kashani J. H. The relationship of hardiness, gender, and stress to health outcomes in adolescents // J Pers. 1991. Vol. 59(4). P. 747–768.
51. Stanton A. L. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients // J Behav Med. 1987. Vol. 10. P. 377–394.
52. Strike P. C., Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique // Psychosom Med. 2005. Vol. 67. N 2. P. 179–186.
53. Wallston B. S., Wallston K. A. Health locus of control // Lefcourt H. (Ed.). Research with the Locus of Control Construct New York: Academic Press. 1981. Vol. 1. P. 189–243.
54. Wang P. S., Bohn R. L., Knight E., Glynn R. J., Mogun H., Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors // J Gen Intern Med. 2002. Vol. 17. P. 504–511.
55. Williams P. G., Wiebe D. J., Smith T. W. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health // J Behav Med. 1992. Vol. 15(3). P. 237–55.
56. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010.

REFERENCES

1. Ababkov V. A., Perre M. Adaptatsija k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii. SPb.: Rech', 2004. 166 s.
2. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psihicheskie rasstrojstva: Uchebnoe posobie. 3-e izdanie. M.: Meditsina, 2000. 496 s.
3. Apchel V. Ja., Cygan V. N. Stress i stressoustojchivost' cheloveka. SPb.: 1999. 86 s.
4. Bandura A. Teorija sotsial'nogo nauchenija. SPb.: Evrazija, 2000. 320 s.
5. Bek A., Rash A., Sho B., Emeri G. Kognitivnaja terapija depressii. SPb.: Piter., 2003. 304 s.
6. Bodrov V. A. Psihologicheskij stress: razvitie uchenija i sovremennoe sostojanie problemy. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN». 1995. 136 s.
7. Vasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. Sovladanie so stressom: Teorija i psihodiagnostika: Uchebno-metodicheskoe posobie. SPb.: Rech', 2010. 192 s.

8. *Vasserman L. I., Trifonova E. A., Shchelkova O. Ju.* Psihologičeskaja diagnostika i korektsija v somatičkoj klinike: naučno-praktičeskoe rukovodstvo. SPb.: Rech'. 2011. 271 s.
9. *Zil'berman P. B.* Emotsional'naja ustojčivost' i stress // Psihologičeskij stress v sporte. 1973. № 16. S. 13–15.
10. *Kitaev-Smyk L. A.* Psihologija stressa. M.: Nauka. 1983. 368 s.
11. *Krichevskij R. L.* Samoeffektivnost' i akmeologičeskij podhod k issledovaniju lichnosti // Akmeologija. 2001. № 1. S. 47–52.
12. *Lisitsyn Ju. P.* Obščestvennoe zdorov'e i zdravoošranenie. M.: GEOTAR-MED, 2002. 520 s.
13. *Maklakov A. G.* Lichnostnyj adaptatsionnyj potencial: ego mobilizatsija i prognozirovanie v ekstremal'nyh uslovijah // Psihologičeskij žurnal. 2001. T. 22. № 1. S. 16–24.
14. *Marishchuk V. L., Evdokimov V. I.* Povedenie i samoreguljatsija čeloveka v uslovijah stressa. SPb.: Izdatel'skij dom «Sentjabr'», 2001. 260 s.
15. *Pogosova G. V.* Priznanie značimosti psihoemotsional'nogo stressa v kačestve serdečno-sosudistogo faktora riska pervogo porjadka // Kardiologija. 2007. № 2. S. 65–72.
16. *Rasskazova E. I., Gordeeva T. O.* Koping-strategii v psihologii stressa: podhody, metody i perspektivy [Elektronnyj resurs] // Psihologičeskie issledovanija: elektron. nauč. žurn. 2011. N 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (data obrashčhenija: chch.mm.gggg). 0421100116/0027.
17. *Rotar' O. P., Trifonova E. A., Korostovtseva L. S. i dr.* Adaptatsija k professional'nomu stressu i risk metaboličeskogo sindroma u rabotnikov banka // Arterial'naja gipertenzija. 2011. T. 17. № 1. S. 25–33.
18. *Rudakov A. L.* Stress, stressoustojčivost' i sanogennaja refleksija v sporte: Monografija. Krasnojarsk, 2011. 190 s.
19. *Solov'eva S. L.* Resursy lichnosti. [Elektronnyj resurs] // Meditsinskaja psihologija v Rossii: elektron. nauč. žurn. 2010. N 2. URL: <http://medpsy.ru> (data obrashčhenija: 30.06.2010).
20. *Trifonova E. A.* Strategii sovladanija so stressom i somatičkoe zdorov'e čeloveka: teoretičeskie podhody i empiričeskie issledovanija // Izvestija RGPU im. A. I. Gertsena. 2012. N 145. S. 96–108.
21. *Jellis A., Drajden U.* Praktika racional'no-emotsional'noj povedenčeskoj terapii. 2-e izd. / Per. s angl. T. Saushkinoj. SPb.: Rech'. 2002. 352 s.
22. *Abramson L. Y., Seligman M. E. P., Teasdale J. D.* Learned helplessness in humans: Critique and reformulation // Journal of Abnormal Psychology. 1978. Vol. 87. P. 49–74.
23. *Anda R. F., Williamson D. F., Escobedo L. G., Remington P. L., Mast E. E., Madans Jh.* Self-perceived stress and the risk of peptic ulcer disease. A longitudinal study of US adults // Arch Intern Med. 1992. Vol. 152(4). P. 829–833.
24. *Björntorp P.* Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? // Obes Rev. 2001. Vol. 2. № 2. P. 73–86.
25. *Brunner E. J., Chandola T., Marmot M. G.* Prospective effect of job strain on general and tsestral obesity in the Whitehall II Study // Am J Epidemiol. 2007. Vol. 165. P. 828–837.
26. *Carney R., Fitzsimons D., Dempster M.* Why people experiencing acute myocardial infarction delay seeking medical assistance // Eur J Cardiovasc Nurs. 2002. Vol. 1. P. 237–242.
27. *Chandola T., Brunner E., Marmot M.* Chronic stress at work and the metabolic syndrome: prospective study // Br Med J. 2006. Vol. 332. P. 521–524A.
28. *Chrousos G. P.* The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes // Int J Obes Relat Metab Disord. 2000. Vol. 24. Suppl 2. S. 50–55.
29. *Chrousos G. P., Gold P. W.* The contsepts of stress and stress system disorders. Overview of physical and behavioral homeostasis // JAMA. 1992. Vol. 267. P. 1244–1252.
30. *Cvengros J. A., Christensen A. J., Lawton W. J.* Health Locus of Control and Depression in Chronic Kidney Disease: A Dynamic Perspective // Journal of Health Psychology. 2005. Vol. 10. № 5. P. 677–686.
31. *Edwards R., Telfair J., Cecil H., Lenoci J.* Self-Efficacy as a Predictor of Adult Adjustment to Sickle Cell Disease: One-Year Outcomes // Psychosomatic Medicine. 2001. V. 63. P. 850–858.
32. *Hall J. M., Cruser D., Podawiltz A., Mummert D.I., Jones H., Mummert M. E.* Psychological Stress and the Cutaneous Immune Response: Roles of the HPA Axis and the Sympathetic Nervous System in Atopic Dermatitis and Psoriasis // Dermatol Res Pract. 2012; 2012: 403908. Doi: 10.1155/2012/403908.

33. Hoffmann A., Pfiffner D., Hornung R., Niederhauser H. Psychosocial factors predict medical outcome following a first myocardial infarction. Working Group on Cardiac Rehabilitation of the Swiss Society of Cardiology // *Coron Artery Dis.* 1995. Vol. 6. P. 147–152.
34. Hull J. G., Van Treuren R. R., Virnelli S. Hardiness and health: a critique and alternative approach // *J Pers Soc Psychol.* 1987 Sep; 53(3): 518–30.
35. Jafferany M. Psychodermatology: a guide to understanding common psychocutaneous disorders // *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry.* 2007. Vol. 9. N. 3. P. 203–213.
36. Krichbaum K., Aarestad V., Burthe M. Exploring the connection between self-efficacy and effective diabetes self-management // *Diabetes Educ.* 2003. Vol. 29. P. 653–662.
37. Laitinen J., Ek E., Sovio U. Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior // *Preventive Medicine.* 2002. Vol. 34. P. 29–39.
38. Lazarus R. S. Psychological stress and the coping process. New York: McGraw-Hill, 1966.
39. Lefcourt H. M. Locus of Control: Current Trends in Theory and Research. Psychology Press, 1982.
40. Maddi S. R., Khoshaba D. M. Hardiness and Mental Health // *Journal of Personality Assessment.* 1994. Vol. 63. N 2. P. 265–274.
41. Moore S. M., Prior K. N., Bond M. J. The contributions of psychological disposition and risk factor status to health following treatment for coronary artery disease // *Eur J Cardiovasc Nurs.* 2007. Vol. 6. P. 137–145.
42. Ng D. M., Jeffery R. W. Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults // *Health Psychology.* 2003. Vol. 22. P. 638–642.
43. Perrez M., Matathia R. Differentielle Effekte des Bewältigungsverhaltens und seelische Gesundheit // *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie.* 1993. № 1. S. 235–253.
44. Perrez M., Reicherts M. Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Theory, Methods, Applications. Seattle: Hogrefe and Huber Publishers, 1992.
45. Pouwer F., Kupper N., Adriaanse M. C. Does emotional stress cause type 2 diabetes mellitus? A review from the European Depression in Diabetes (EDID) Research Consortium // *Discov Med.* 2010. Vol. 9. № 45. P. 112–118.
46. Reynaert C., Janne P., Donckier J., Buyschaert M., Zdanowicz N., Lejeune D., Cassiers L. Locus of control and metabolic control // *Diabete Metab.* 1995. Vol. 21. № 3. P. 180–187.
47. Rotter J. B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80. 1966. (Whole No. 609).
48. Schlenk E. A., Hart L. K. Relationship between health locus of control, health value, and social support and compliance of persons with diabetes mellitus // *Diabetes Care.* 1984. Vol. 7. № 6. P. 566–574.
49. Schroder K. E. E. Coping competence as predictor and moderator of depression among chronic disease patients // *Journal of Behavioral Medicine.* 2004. Vol. 27(2). P. 123–145.
50. Shepperd J. A., Kashani Jh. The relationship of hardiness, gender, and stress to health outcomes in adolescents // *J Pers.* 1991. Vol. 59(4). P. 747–768.
51. Stanton A. L. Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients // *J Behav Med.* 1987. Vol. 10. P. 377–394.
52. Strike P. C., Steptoe A. Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique // *Psychosom Med.* 2005. Vol. 67. N 2. P. 179–186.
53. Wallston B. S., Wallston K. A. Health locus of control // Lefcourt H. (Ed.). *Research with the Locus of Control Construct* New York: Academic Press. 1981. Vol. 1. P. 189–243.
54. Wang P. S., Bohn R. L., Knight E., Glynn R. J., Mogun H., Avorn J. Noncompliance with antihypertensive medications: the impact of depressive symptoms and psychosocial factors // *J Gen Intern Med.* 2002. Vol. 17. P. 504–511.
55. Williams P. G., Wiebe D. J., Smith T. W. Coping processes as mediators of the relationship between hardiness and health // *J Behav Med.* 1992. Vol. 15(3). P. 237–55.
56. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010.