

REFERENCES

1. *Arshavskij I. A.* Osnovy negentropijnoj teorii biologii individual'nogo razvitija, znachenie v analize i reshenii problemy zdorov'ja // Valeologija. Diagnostika, sredstva i praktika obespechenija zdorov'ja. SPb.: Nauka, 1993. S. 5–24.
2. Bol'shaja meditsinskaja entsiklopedija. M.: Sovetskaja entsiklopedija, 1978. T. 8. S. 355–357.
3. *Brehman I. I.* Vvedenie v valeologiju — nauku o zdorov'e. L.: Nauka, 1987. 125 s.
4. *Gorizontov P. D.* Gomeostaz, ego mehanizmy i znachenie // Gomeostaz. M.: Medicina, 1981. S. 5–28.
5. *Grachev G. V.* Informatsionno-psihologicheskaja bezopasnost' lichnosti: sostojanie i vozmozhnosti psihologicheskoy zashchity. M.: Izd-vo RAGS. 1998. 125 s.
6. *Evdokimov V. I., Ushakov I. B.* Kachestvo zhizni spetsialistov ekstremal'nyh professij: bibliograficheskij referativnyj ukazatel'. Voronezh: Istoki. 2004. 208 s.
7. *Zajtsev A. G., Muhortov A. V., Plahov N. N., Chesnejshij T. A.* Psihofiziologicheskie etapy razvitija cheloveka i usloviya, obespechivajushchie formirovanija ego zdorov'ja: Mater. nauch.-prakt. konf.: «Organizatsija profilakticheskoy raboty s naseleniem. Problemy i puti reshenija». SPb.: Komitet po zdruvoohraneniju Pravitel'stva Sankt-Peterburga, 2009. S. 168–171.
8. *Kamenskaja V. G., Kotova S. A.* Aksiologicheskaja paradigma zdorov'ja v rossijskom obrazovanii // Vestnik Gertsenovskogo universiteta. 2007. № 6. S. 43–47.
9. *Kir'janov B. F.* Matematicheskie modeli integral'nogo pokazatelja zdorov'ja naselenija // Fundamental'nye issledovanija. 2008. № 9. S. 99–100.
10. *Kogan V. V.* Chelovek v potoke informatsii. Novosibirsk: Nauka, 1981. 177 s.
11. *Kuznetsov S. M.* «Zdorov'e» kak predmet issledovanija gigieny (fundamental'nyj kriterij ocenki blagopoluchija cheloveka i okruzhajushchej sredy): Doklad na Jubilejnoj nauchno.-prakt. konfer., posvjashchennoj 70-letiju kafedry voenno-morskoj i radiatsionnoj gigieny Voen.-med. akademii. SPb.: VMedA, 2010.
12. *Lobzin Ju. V.* Rol' infekcionnoj patologii v sostojanii zdorov'ja podrostkov i molodezhi: Doklad na Jubilejnoj nauchno.-prakt. konfer., posvjashchennoj 70-letiju kafedry voenno-morskoj i radiacionnoj gigieny Voen.-med. akademii. SPb.: VMedA, 2010.
13. *Makarova L. P., Korchagina G. A.* Osobennosti sostojanija zdorov'ja sovremennyh shkol'nikov // Vestnik Gertsenovskogo universiteta. 2007. № 6. S. 47–48.
14. *Plahov N. N., Sopko G. I., Shatrovoj O. V.* Zdorov'e kak sistemnyj indikator samoidentifikatsii rebenka: Mater. 18 Mezhdun. konf.: «Rebenok v sovremenno mire. Protsessy modernizatsii i tsennosti kul'tury». SPb., 2011. S. 600–604.
15. Ekologija cheloveka i profilakticheskaja meditsina. Megatezaurus / Pod red. I. B. Ushakova. M., Voronezh: IPA, 2001. 488 s.
16. *Solomin V. P., Stankevich P. V.* Stanovlenie urovneвого vysshego pedagogicheskogo obrazovanija v oblasti bezopasnosti zhiznedejatel'nosti // Formirovanie obrazovatel'nyh programm v svete standartov tret'ego pokolenija: Mater. XIII nauch.-prakt. konf. SPb.: Izd-vo RGPU im. A. I. Gertsena. 2009. S. 5–14.

Е. А. Трифонова

**СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ СО СТРЕССОМ
И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА:
ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

В статье рассматриваются современные теоретические подходы к проблеме совладания со стрессом и его эмпирические исследования в связи с риском развития соматических заболеваний, а также качеством жизни и медицинским прогнозом у лиц с диагностированными соматическими расстройствами.

Ключевые слова: стресс, совладание со стрессом, здоровье, качество жизни, личность, психическая адаптация.

E. Trifonova

Coping Strategies and Physical Health: Theoretical Approaches and Empirical Studies

The article reviews contemporary theoretical approaches in coping research and empirical studies of coping in relation to the risk of physical diseases, quality of life and medical prognosis in persons with diagnosed physical disorders.

Keywords: stress, coping, health, quality of life, personality, psychological adaptation.

Проблема адаптации является одной из центральных в науках о человеке, в том числе в медицинской психологии, теория и методы которой находят широкое применение для решения задач психологического сопровождения профилактики, лечебного и реабилитационного процессов. Переход от нозоцентрического к адаптационному подходу в понимании проблемы здоровья и болезни, связанный с признанием необходимости целостного рассмотрения человека в единстве его биологических, психологических и социальных свойств, создает особые условия для развития этого направления медико-психологических исследований. В связи с этим в аспекте практической деятельности все большее внимание уделяется вопросам психологической диагностики и развития навыков эффективного преодоления как экстремальных, кризисных, так и повседневных проблемных ситуаций.

Признание актуальности этих задач отразилось в развитии самостоятельного направления психологии — теоретических и эмпирических исследований совладающего со стрессом поведения (копинга), прежде всего в рамках транзактного подхода, разработанного R. Lazarus [1; 4; 29].

В транзактной модели совладания со стрессом подчеркивается активно-приспособительный, динамический характер процесса психической адаптации. Стресс рассматривается как многомерный процесс взаимодействия личности и ситуации. Реакция личности при таком подходе есть результат определенных отношений между характеристиками выдвинутого требования и имеющимися в распоряжении человека

ресурсами. Качество этих отношений опосредуется через когнитивные процессы оценки.

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;
- совладающее действие;
- результат совладания и новая оценка ситуации.

Единой классификации стратегий совладания не существует. Традиционным является разграничение стратегий совладания на проблемно-ориентированные (problem focused) и эмоционально-ориентированные (emotion focused). Проблемно-ориентированные стратегии имеют своей целью изменение ситуации, в то время как эмоционально-ориентированные (фокусированные на эмоциях) — направлены на регуляцию эмоционального состояния, индуцированного проблемной ситуацией (точнее, ее оценкой).

В качестве специальных способов совладания рассматриваются: поиск информации и вытеснение информации, прямое действие и торможение действия, а также интрапсихические формы преодоления — управление вниманием, успокоение и т. д. С. Holahan et al. [24] сводят различные варианты адаптивных реакций в две основные группы: приближение (approach) и избегание (avoidance). Для обеих категорий авторы выделяют когнитивные и поведенческие

варианты. Эмпирические классификации стратегий совладания отражены в широком спектре опросников для оценки совладающего со стрессом поведения [1].

Внимание к проблемам совладания со стрессом в клинике соматических расстройств связано, в первую очередь, с доказанной ролью стрессовых состояний в формировании риска развития соматических заболеваний, в их динамике и медицинском прогнозе. При этом понимание стресса как трансактного процесса делает необходимым изучение не только и, возможно, не столько потенциально стрессогенных ситуаций, сколько поведения личности в подобных ситуациях.

Рассматривая возможное влияние стратегий совладания со стрессом, авторы трансактной концепции стресса-копинга R. Lazarus, S. Folkman [29] выделяли три варианта таких соотношений: влияние используемой стратегии совладания на 1) нейрогормональные, иммунные, биохимические процессы в организме; 2) риск табакокурения, злоупотребления алкоголем, употребления наркотических веществ и т. п.; 3) поведение, связанное со здоровьем (диета, физическая активность, обращение за медицинской помощью и т. д.) и приверженность врачебным рекомендациям при наличии диагностированных заболеваний.

Уточняя описанный подход, С. Aldwin, L. Yancura [8] выделяют пять возможных моделей взаимосвязи совладания со стрессом и состоянием здоровья.

1. Модель непосредственной связи: обнаруживается непосредственная связь между стратегиями совладания и соматической переменной.

2. Модель буфера: стратегия совладания выступает в качестве модулятора стресса (буфера), оказывающего влияние на состояние здоровья.

3. Модель опосредованного эффекта: связь между совладанием и состоянием здоровья опосредована другими переменными, прежде всего эмоциональным статусом.

4. Контекстуальная модель: эффект совладания зависит от контекста или реакции окружающих.

5. Модель «ложного» эффекта: при учете личностных особенностей связь между стратегией совладания и состоянием здоровья исчезает.

Совладание со стрессом и риск развития соматического заболевания

Следует подчеркнуть, что совладание со стрессом в настоящее время не рассматривается как эмпирически доказанный самостоятельный фактор риска соматической патологии, что отражает общие трудности в поиске надежных психосоциальных предикторов нарушения соматического здоровья.

Более перспективными оказываются направления исследований, в которых совладание выступает как коррелят или возможный механизм в системе нарушения адаптации человека. В частности, известно, что «вредные привычки» — табакокурение, употребление алкоголя, переизбыток — способны выступать как спонтанно сформировавшиеся способы преодоления эмоционального дискомфорта, стресса [5; 7]. В исследовании T. L. Lindquist et al. [30] было показано, что повышение артериального давления у лиц трудоспособного возраста связано не столько с уровнем профессионального стресса, сколько с особенностями используемых стратегий его преодоления, а также с характеристиками образа жизни.

Другое направление исследований роли совладания со стрессом — поиск копинг-коррелятов известных психологических факторов риска соматических заболеваний. Наиболее изученный из них — депрессия. Ряд исследований показывает, что характерные для депрессивных состояний нарушения нейроэндокринной регуляции (по гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси) способствуют развитию соматических заболеваний — сердечно-сосудистых расстройств [36], ожирения [20], метаболического синдрома [18], сахарного диабета 2-го

типа [27] и т. д. Большое значение также имеют мотивационно-поведенческие корреляты депрессивных состояний: существенное снижение физической активности, подверженность табакокурению и злоупотреблению алкоголем [21]. С позиции концепции совладания со стрессом существенно, что больные депрессией характеризуются более частым использованием эмоционально-ориентированных стратегий совладания, стратегий по типу избегания и руминаций (навязчивых размышлений негативного характера) [13; 23]. Указанные особенности совладания со стрессом, по-видимому, являются значимыми элементами в структуре поведения депрессивных больных, поддерживают депрессивное состояние и тем самым увеличивают его патогенность.

Другой подтвержденный личностный фактор риска заболеваний — враждебность, трактуемая чаще всего как антагонистическое отношение (или комплекс антагонистических отношений) к другим людям, проявляющееся особыми когнитивными установками (представлениями о других людях как об источнике угрозы и т. п.), эмоциональными реакциями (гневом, раздражением, отвращением, досадой и т. п.) и поведенческим стилем (вербальной и невербальной агрессией, избеганием и т. п.). В исследованиях было убедительно продемонстрировано значение враждебности как самостоятельного предиктора развития ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, нарушений сердечного ритма, метаболического синдрома, смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [2]. Как и в случае депрессии, в качестве факторов, опосредующих связь между враждебностью и соматическим статусом, рассматривают комплекс физиологических коррелятов (повышенную нейроэндокринную реактивность), а также известные поведенческие факторы риска (курение, нездоровое питание, недостаток физической активности и т. п.). W. Mao et al. [31] описали зависимости между пассивной стратегией совладания,

враждебностью и депрессивной симптоматикой: пассивный копинг оказывает как непосредственное влияние на выраженность депрессивных симптомов, так и опосредованное враждебностью. Склонность к использованию пассивных стратегий совладания усиливает враждебность (по-видимому, за счет низкой эффективности, увеличения стрессовой нагрузки и негативных социальных последствий), что приводит к еще большему снижению адаптационного потенциала, к нарастанию эмоционального напряжения и к развитию депрессивного синдрома, который также является фактором риска соматических нарушений.

Совладание со стрессом и медицинский прогноз при соматических заболеваниях

Исследования, касающиеся зависимости между стратегиями совладания и объективными показателями функционирования организма, не многочисленны. Ряд авторов отмечает, что для лиц с пассивным и избегающим копингом характерна повышенная кардиоваскулярная реактивность — более выраженные и длительные изменения деятельности сердечно-сосудистой системы в ответ на воздействие стрессора [48]. K. Schmeelk-Cone et al. [42] приводят данные, согласно которым активное совладание способно выступать в качестве буфера, ослабляя связь между уровнем социального стресса и показателями кортизола. По данным Vitaliano P. et al [49] и C. Aldwin et al. [9], у лиц с избегающим поведением и совладанием по типу самообвинения обнаруживается более высокий уровень триглицеридов, в то время как активный, инструментальный копинг имеет обратную зависимость с данным биохимическим показателем. Есть также свидетельства положительного влияния активного проблемно-ориентированного совладания, стратегии положительной переоценки ситуации и поиска социальной поддержки на функционирование иммунной системы [19; 28].

Предполагается, что зависимости между стратегиями совладания и объективными биомедицинскими показателями опосредуются фактором выраженности дистресса. Избегание, которое чаще всего выступает в качестве копинг-фактора, связанного с неблагоприятными последствиями для состояния здоровья, нередко является следствием недооценки личностью возможностей влияния на ситуацию, фактически вынужденным отказом от действий из-за осознания собственной беспомощности перед проблемой.

По результатам подавляющего большинства исследований активные проблемно-ориентированные действия — оптимальный способ совладания со стрессом, обеспечивающий достаточно высокое качество жизни и максимально возможное сохранение здоровья. Предпочтение же пассивных эмоционально-ориентированных стратегий соотносится с высокой вероятностью нарушений психической адаптации, низким качеством жизни и неблагоприятным течением заболевания [37].

Использование пассивных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий часто сочетается с подверженностью вредным привычкам (злоупотребление алкоголем, курение, избыточное питание и т. п.) [16] и низким уровнем приверженности лечению [10].

Имеются данные, согласно которым избегающий и пассивный стиль совладания у ВИЧ-положительных асимптоматичных больных связан с более высоким темпом прогрессирования заболевания, в то время как конфронтация и планирование — с более низким темпом его развития [47]. Отдельно описывается негативное влияние на состояние здоровья систематического подавления негативных мыслей и эмоций, а также сдерживания поведенческих реакций. Так, в частности, M. Scheier M. et al. [41], установили, что у пациентов, стремящихся подавить негативные переживания перед операцией по аорто-коронарному шунтированию,

наблюдается более медленное послеоперационное восстановление, а также выше вероятность послеоперационных осложнений. Предполагается, что патогенность совладания по типу подавления эмоций связана с дополнительными усилиями, прилагаемыми личностью для обеспечения высокого самоконтроля [38].

В ряде работ было показано негативное влияние избегающего копинга на течение и исход онкологических заболеваний [15], однако в мета-аналитическом обзоре M. Pettigrew et al. [39] указывают на то, что в настоящее время нет достаточно убедительных доказательств роли стратегий совладания в формировании медицинского прогноза у больных раком.

Активность личности в преодолении жизненных трудностей является одним из важных признаков психического здоровья. Пассивно-избегающий стиль чаще всего соотносится с недостаточной психической зрелостью, эмоциональной нестабильностью, слабой фрустрационной толерантностью. Подобный стиль совладания со стрессом обнаруживается у больных с невротическими расстройствами, в патогенезе которых важную роль играет неспособность личности эффективно разрешать интра- и интерпсихические конфликты [3]. При хроническом соматическом заболевании пассивность тем более опасна, поскольку активное участие пациента в лечебном процессе является необходимым условием предотвращения декомпенсации болезни, в особенности, если речь идет о тех расстройствах, характер течения и исход которых зависит от контролируемых факторов.

Следует, однако, подчеркнуть, что, несмотря на приведенные выше данные, рассматривать эмоционально-ориентированные копинг-стратегии как безусловно дисфункциональный способ совладания со стрессом болезни некорректно. Проблемно-ориентированные типы совладания признаются дезадаптивными при кризисных состояниях. Так, например, на начальных этапах ле-

чения при инвалидизации вследствие несчастного случая, использование проблемно-ориентированного копинга повышает вероятность развития посттравматического стрессового расстройства [43]. Применение активных эмоционально-ориентированных копинг-стратегий (положительной переоценки, самоконтроля и др.) при онкологических заболеваниях позволяет пациентам существенно снизить уровень тревоги и депрессии, вызванных неконтролируемой угрозой для жизни и высокой неопределенностью ситуации [35]. Некоторые авторы указывают также на эффективность пассивных эмоционально-ориентированных стратегий (таких, как избегание, погружение в фантазии) с точки зрения снижения тревоги у онкологических больных [44].

По результатам мета-аналитического исследования Suls J., Fletcher B. [45] делают вывод о том, что копинг-стратегии по типу избегания (например, отрицание, отвлечение, дистанцирование, снижение значимости, игнорирование) часто являются предпочтительными на начальном этапе заболевания, поскольку позволяют пациенту преодолеть острый кризис с наименьшими потерями для эмоционального благополучия. Потребность в немедленных действиях и тревожная сосредоточенность на проблемах, связанных с заболеванием, в его начальной фазе часто приводит лишь к нарастанию эмоционального напряжения, что в значительной степени обусловлено высокой неопределенностью ситуации, отсутствием четких представлений о степени угрозы для жизни и благополучия, о возможностях контроля и устранения патологических симптомов и т. п. Вместе с тем предпочтение пассивных эмоционально-ориентированных способов преодоления стресса на этапах, следующих за кризисом начала болезни, а также при высокой степени ее подконтрольности (прежде всего, при хронических заболеваниях), соотносится с неблагоприятным медицинским и психосоциальным прогнозом.

Совладание с симптомами как механизм адаптации к болезни (на примере преодоления боли)

При оценке эмпирических данных, полученных при изучении механизмов совладания со стрессом боли, необходимо учитывать тип боли, представленной в обследуемой клинической группе. В наиболее «чистом» виде закономерности психической адаптации к стрессу боли могут быть прослежены на модели хронического соматогенного (обусловленного соматической болезнью) болевого синдрома.

Имеются достаточно убедительные доказательства того, что хроническая боль связана с депрессией и с другими расстройствами невротического регистра [6; 17]. Распространенность депрессии среди больных с хронической болью оценивается в 40–50%, при этом у лиц с коморбидной боли депрессией отмечается более выраженная болевая симптоматика и неудовлетворительное качество жизни, чувство беспомощности и пассивно-избегающее поведение [22; 50].

Конкретные механизмы патогенеза депрессии при хронической боли не вполне ясны. Значительная часть пациентов с хроническими болями сохраняет психическое здоровье, несмотря на изнуряющий характер соматической патологии. В настоящее время преобладает точка зрения, согласно которой при хронической боли наиболее вероятно развитие психических нарушений у больных с исходной психической уязвимостью. Одной из характеристик этой уязвимости является дисфункциональное совладающее поведение.

Единого мнения относительно того, какие стратегии совладания с болью являются наиболее эффективными (позволяющими снизить интенсивность симптомов и связанного с ними эмоционального дистресса), не существует. Чаще всего отмечается предпочтительность активных когнитивных стратегий саморегуляции по типу самоподдержки, самоинструирования, реинтер-

претации болевых симптомов [26]. Предполагается, что адаптивное поведение характеризуется ориентированностью не столько на избавление от боли, сколько на обретение контроля над нею доступными средствами; отказом от повышенной бдительности, тревожного ожидания и заведомо неэффективных приемов (например, эмоциональной разрядки); адекватной оценкой опасности боли и возможностей регулирования ее интенсивности.

Весьма однородны данные, касающиеся дезадаптивных вариантов личностного реагирования на боль и способов совладания с нею. К этой категории, как правило, относят пассивные копинг-стратегии, катастрофизацию (преувеличение негативных последствий боли, навязчивые мысли о ней, восприятие боли как серьезной угрозы и т. п.), повышение либо существенное снижение поведенческой активности, игнорирование боли [25; 26; 40].

Так, например, при обследовании 922 больных, впервые обратившихся к терапевту по поводу поясничной боли, было установлено, что предпочтение пассивных стратегий в три раза увеличивает вероятность упорных болей, ограничивающих жизнедеятельность пациента, по данным повторного обследования, три месяца спустя. При этом даже с учетом исходной выраженности болевых симптомов и данных анамнеза у больных с пассивным стилем совладания риск неблагоприятного течения заболевания сохранялся достоверно повышенным в 1,5 раза. Предпочтение же активных стратегий не имело прогностической значимости ни в отношении усиления, ни в отношении устранения болевого синдрома [25].

При пассивном совладании с болью происходит более медленное восстановление после травмы вне зависимости не только от тяжести физического поражения, но и от выраженности депрессивных нарушений [12]. Пассивный стиль совладания является фактором развития депрессии и инвалидизации при хроническом болевом синдроме

вне зависимости от интенсивности болевых симптомов [11].

Значительную долю исследований, касающихся механизмов совладания со стрессом хронической боли, составляет изучение клинической группы больных ревматоидным артритом. Большинство специалистов в данной области подчеркивает негативные последствия снижения двигательной активности и формирования ограничительного поведения как способа совладания с ревматической болью. Так, например, в проспективном исследовании с интервалом в три года было установлено, что при ревматоидном артрите поведенческая стратегия «снижение активности» является значимым предиктором ухудшения качества жизни и возрастания степени выраженности симптомов нарушения психической адаптации вне зависимости от тяжести заболевания на этапах первичной и катамнестической оценки [46]. Чувство беспомощности и пассивный стиль совладания с болью, по данным лонгитюдного исследования [14], могут также рассматриваться в качестве факторов, опосредующих связь между тяжестью заболевания и степенью выраженности депрессивной и болевой симптоматики спустя год после первого обследования.

Таким образом, в переживаниях и в поведении пациентов, адаптационные ресурсы которых не позволяют им успешно преодолевать стресс боли, что определяет усиление болевых симптомов, существенное снижение качества жизни, формирование стереотипов ограничительного поведения, развитие сопутствующих депрессивных расстройств и нарушений социальной адаптации, можно выделить следующие общие темы: страх боли, чувство беспомощности, капитуляция перед болью.

Исследования, проведенные к настоящему времени, позволяют утверждать, что пассивные стратегии совладания с болью (снижение уровня активности, ограничение физических нагрузок, отдых и т. п.), а также реагирование по типу катастрофизации

(преувеличение опасности, неподконтрольности, негативных последствий болевых симптомов и т. п.) являются когнитивно-поведенческими переменными, оказывающими существенное влияние на медицинский и психосоциальный прогноз при хронической боли.

Как следует из вышесказанного, адаптивное поведение при хронической боли, то есть поведение, обеспечивающее наиболее благоприятный медицинский и психосоциальный прогноз, предполагает способность пациента к активному преодолению стресса боли. Такова общепринятая модель «копинга боли».

В последние годы, однако, все большее внимание исследователей уделяется модели «принятия боли», иногда противопоставляемая модели «совладания с болью» («копинга боли») [33]. В психологическом конструкте «принятие боли» выделяют два основных аспекта:

- сохранение активности (вовлеченности в повседневную деятельность) в противоположность самоограничению, снижению уровня активности, избеганию физических нагрузок;

- готовность жить с болью.

В концепции принятия боли подчеркивается, что оно предполагает восприятие боли как части повседневной жизни, а также готовность человека существовать с болезненными ощущениями, не испытывая настоятельной потребности предпринимать шаги по их снижению / устранению.

В клинических исследованиях показано, что принятие хронической боли коррелирует с более низкими субъективными оценками ее выраженности, с меньшей выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики, с более высоким уровнем активности, дееспособности и с более успешным профессиональным функционированием [34].

В лабораторных экспериментах с болевой стимуляцией было продемонстрировано преимущество поведения по типу принятия

боли в противоположность другим стратегиям. Так, например, по данным А. Masedo, М. Esteve Rosa [32], испытуемые, реагирующие по типу принятия, дают наиболее низкие оценки интенсивности боли, дольше способны выносить болевую стимуляцию, в эксперименте у них отмечается наименьшее повышение эмоционального напряжения. Испытуемые же, стремящиеся подавить боль, проявляют наименьшую выносливость и максимальный эмоциональный дистресс. Промежуточное положение между двумя группами занимают испытуемые, спонтанно вырабатывающие приемы совладания с болью.

Таким образом, к настоящему времени накоплен значительный объем эмпирических данных, свидетельствующих о важной роли стиля совладания со стрессом в формировании качества жизни, риска развития соматических заболеваний, а также медицинского и психосоциального прогноза. Показано, что активные проблемно-ориентированные действия в условиях стресса (в том числе стресса болезни) обеспечивают более высокий уровень адаптации, положительную динамику заболевания, более быстрое восстановление. Вместе с тем в критических и неконтролируемых ситуациях (ситуациях реальной угрозы для жизни, инкурабельности, интенсивной боли) попытки личности овладеть ситуацией, оказать на нее активное влияние могут приводить к дестабилизации эмоционального состояния, повышая уязвимость и ухудшая психологический прогноз. Вышеизложенное позволяет заключить, что формирование навыков эффективного преодоления стресса у лиц с риском соматических заболеваний, а также с уже диагностированными соматическими расстройствами является перспективным направлением профилактики и психологического обеспечения лечебного процесса, в реализации которого необходимо продуктивное сотрудничество психологов и врачей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
2. *Ениколопов С. Н., Садовская А. В.* Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2000. №7. С. 59–64.
3. *Карвасарский Б. Д., Абабков В. А., Васильева А. В., Исурина Г. Л., Караваева Т. А., Назыров Р. К., Чехлатый Е. И.* Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика под влиянием психотерапии: Пособие для врачей. СПб., 1999. 24 с.
4. *Расказова Е. И., Гордеева Т. О.* Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы [Электронный ресурс] // Психологические исследования: Электрон. Научн. журн. 2011. № 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.03.2012).
5. *Ротарь О. П., Трифонова Е. А., Коростовцева Л. С., Иваненко В. В., Киталаева К. Т., Мозучая Е. В., Зубкова П. Ю., Алёхин А. Н., Конради А. О., Шляхто Е. В.* Адаптация к профессиональному стрессу и риск метаболического синдрома у работников банка // Артериальная гипертензия. 2011. Т. 17. № 1. С. 25–33.
6. *Смулевич А. Б.* Депрессии в общей медицине. М.: Медицинское информационное агентство. 2001. 256 с.
7. *Трифорова Е. А., Ротарь О. П., Коростовцева Л. С., Иваненко В. В., Киталаева К. Т., Конради А. О., Шляхто Е. В., Алёхин А. Н.* Табакокурение как способ совладания со стрессом у лиц молодого возраста // Клиническая психология в здравоохранении и образовании: Материалы международной конференции, Москва, 24–25 ноября 2011 г., Московский государственный медико-стоматологический университет. М.: МГМСУ, 2011. С. 181–187.
8. *Aldwin C., Yancura L. A.* Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures // *Schnurr P. P., Green B. L.* (Eds.) Physical health consequences of exposure to extreme stress. American Psychological Association. 2004. P. 99–126.
9. *Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A., Ward K.* Hostility, stress, coping, and serum lipid levels // *The Gerontologist*. 1994. V. 34. P. 333.
10. *Barton C., Clarke D., Sulaiman N., Abramson M.* Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma // *Respir Med*. 2003. V. 97. P. 747–761.
11. *Brown G. K., Nicassio P. M., Wallston K. A.* Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis // *J Consult Clin Psychol*. 1989. V. 57. № 5. P. 652–657.
12. *Carroll L. J., Cassidy J. D., Côté P.* The role of pain coping strategies in prognosis after whiplash injury: passive coping predicts slowed recovery // *Pain*. 2006. V. 124. P. 18–26.
13. *Christensen M. V., Kessing L. V.* Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature // *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2005. V. 1. P. 20.
14. *Covic T., Adamson B., Spencer D., Howe G.* A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study // *Rheumatology*. 2003. V. 42. P. 1287–1294.
15. *Epping-Jordan J. A., Compas B. E., Howell D. C.* Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms // *Health Psychology*. 1994. V. 13. P. 539–547.
16. *Epstein L. H., Perkins K. A.* Smoking, stress, and coronary heart disease // *J Consult Clin Psychol*. 1988. V. 56. P. 342–349.
17. *Fishbain D., Cutler R., Rosomoff H., Rosomoff R.* Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review // *Clin J Pain*. 1997. V. 13. P. 116–137.
18. *Goldbacher E. M., Bromberger J., Matthews K. A.* Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women // *Psychosom Med*. 2009. V. 71(3). P. 266–72.
19. *Goodkin K., Fuchs I., Feaster D., Leeka J., Rishel L.* Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection: A preliminary report // *International Journal of Psychiatry*. 1992. V. 22. P. 155–172.
20. *Goodman E., Whitaker R. C.* A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity // *Pediatrics*. 2002. V. 110. № 3. P. 497–504.

21. *Hämäläinen J., Kaprio J., Isometsä E., Heikkinen M., Poikolainen K., Lindeman S., Aro H.* Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample // *J Epidemiol Community Health*. 2001. V. 55. P. 573–576.
22. *Haythornthwaite J. A., Sieber W. J., Kerns R. D.* Depression and the chronic pain experience // *Pain*. 1991. V. 46. P. 177–184.
23. *Holahan C., Moos R., Holahan C., Brennan P., Schutte K.* Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model // *J Consulting Clinical Psychology*. 2005. V. 73. P. 658–666.
24. *Holahan C. J., Moos R. H., Schaefer J. A.* Coping, stress-resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. // M. Zeidner, N. Endler (Eds.). *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York: J. Wiley & Sons, Inc., 1996. P. 24–43.
25. *Jones G. T., Johnson R. E., Wiles N. J., Chaddock C., Potter R. G., Roberts C., Symmons D. P., Macfarlane G. J.* Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study // *Br J Gen Pract*. 2006. V. 56. № 526. P. 334–341.
26. *Keefe F. J., Williams D. A.* A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups // *J Gerontol*. 1990. V. 45. № 4. P. 161–165.
27. *Knol M. J., Twisk J. W. R., Beekman A. T. F., Heine R. J., Snoek F. J., Pouwer F.* Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes: a meta-analysis // *Diabetologia*. 2006. V. 49. P. 837–845.
28. *Koh K. B., Choe E., Song J. E., Lee E. H.* Effect of coping on endocrinimmune functions in different stress situations // *Psychiatry Res*. 2006. V. 143(2–3). P. 223–234.
29. *Lazarus R. S., Folkman S.* *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
30. *Lindquist T. L., Beilin L. J., Knuiman M. W.* Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women // *Hypertension*. 1997. V. 29 (1 Pt 1). P. 1–7.
31. *Mao W. C., Bardwell W. A., Major J. M., Dimsdale J. E.* Coping strategies, hostility, and depressive symptoms: a path model // *Int J Behav Med*. 2003. V. 10. P. 331–342.
32. *Masedo A. I., Rosa Esteve M.* Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress // *Behav Res Ther*. 2007. V. 45. P. 199–209.
33. *McCracken L. M., Eccleston C.* Coping or acceptance: what to do about chronic pain? // *Pain*. 2003. V. 105. P. 197–204.
34. *McCracken L. M., Vowles K. E.* Acceptance of chronic pain // *Current Pain and Headache Reports*. 2006. V. 10. № 2. P. 90–94.
35. *Mishel M. H., Sorenson D. S.* Uncertainty in gynecological cancer. A test for the mediating functions of mustery and coping // *Nursing Research*. V. 40. P. 167–171.
36. *Musselman D. L., Evans D. L., Nemeroff C. B.* The relationship of depression to cardiovascular disease. Epidemiology, biology, and treatment // *Arch Gen Psychiatry*. 1998. V. 55. P. 580–592.
37. *Penley J. A., Tomaka J., Wiebe J. S.* The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // *J Behav Med*. 2002. V. 25(6). P. 551–603.
38. *Pennebaker J. W., Hughes C. F., O'Heeron R. C.* The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1987. V. 52. P. 781–793.
39. *Petticrew M., Bell R., Hunter D.* Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review // *BMJ*. 2002. V. 325. P. 1066.
40. *Samwel H. J., Evers A. W., Crul B. J., Kraaimaat F. W.* The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients // *Clin J Pain*. 2006. V. 22. № 3. P. 245–251.
41. *Scheier M. F., Matthews K. A., Owens J. F., Magovern G. J., Lefebvre R. C., Abbott R. A., Carver C. S.* Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. V. 57. P. 1024–1040.
42. *Schmeelk-Cone K. H., Zimmerman M. A., Abelson J. L.* The buffering effects of active coping on the relationship between SES and cortisol among African American young adults // *Behav Med*. 2003. V. 29. № 2. P. 85–94.
43. *Schnyder U., Moergeli H., Klaghofer R., Buddeberg C.* Incidence and Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Severely Injured Accident Victims // *Am J Psychiatry*. 2001. V. 158. P. 594–599.
44. *Steptoe A., Sutcliffe I., Allen B., Coombes C.* Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer // *Social Science & Medicine*. V. 32. P. 627–632.

45. *Suls J., Fletcher B.* The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis // *Health Psychol.* 1985. V. 4. № 3. P. 249–288.

46. *van Lankveld W., Näring G., van't Pad Bosch P., van de Putte L.* The negative effect of decreasing the level of activity in coping with pain in rheumatoid arthritis: an increase in psychological distress and disease impact // *J Behav Med.* 2000. V. 23. № 4. P. 377–391.

47. *Vassend O., Eskile A., Halvorsen R.* Negative affectivity, coping, immune status, and disease progression in HIV infected individuals // *Psychology and Health.* 1997. V. 12. P. 375–388.

48. *Vitaliano P. P., Russo J., Bailey S. L., Young H. M., McCann B. S.* Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults // *Psychosomatic Medicine.* 1993. V. 55. P. 164–177.

49. *Vitaliano P. P., Russo J., Niaura R.* Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults // *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences.* 1995. V. 50. P. 18–24.

50. *Weickgenant A. L., Slater M. A., Patterson T. L., Atkinson J. H., Grant I., Garfin S. R.* Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression // *Pain.* 1993. V. 53. P. 95–103.

REFERENCES

1. *Vasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A.* Sovladanie so stressom: teorija i psihodiagnostika. SPb.: Rech', 2010. 192 s.

2. *Enikolopov S. N., Sadovskaja A. V.* Vrazhdebnost' i problema zdorov'ja cheloveka // *ZHurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova.* 2000. № 7. S. 59–64.

3. *Karvasarskij B. D., Ababkov V. A., Vasil'eva A. V., Isurina G. L., Karavaeva T. A., Nazыrov R. K., Chehlatyj E. I.* Koping-povedenie u bol'nyh nevrozami i ego dinamika pod vlijaniem psihoterapii: Posobie dlja vrachej. SPb., 1999. 24 s.

4. *Rasskazova E. I., Gordeeva T. O.* Koping-strategii v psihologii stressa: podhody, metody i perspektivy [Elektronnyj resurs] // *Psihologicheskie issledovanija: elektron. nauch. zhurn.* 2011. N 3(17). URL: <http://psystudy.ru> (data obrashchenija: 01.03.2012).

5. *Rotar' O. P., Trifonova E. A., Korostovtseva L. S., Ivanenko V. V., Kitaleva K. T., Moguchaja E. V., Zubkova P. Ju., Aljohin A. N., Konradi A. O., Shljahto E. V.* Adaptatsija k professional'nomu stressu i risk metabolicheskogo sindroma u rabotnikov banka // *Arterial'naja gipertenzija.* 2011. T. 17. № 1. S. 25–33.

6. *Smulevich A. B.* Depressii v obshchej medicine. M.: Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo. 2001. 256 s.

7. *Trifonova E.A., Rotar' O.P., Korostovtseva L.S., Ivanenko V.V., Kitaleva K.T., Konradi A.O., Shljahto E.V., Aljohin A.N.* Tabakokurenje kak sposob sovladanija so stressom u lits mladogo vozrasta // *Klinicheskaja psihologija v zdavoohranenii i obrazovanii: Materialy mezhdunarodnoj konferentsii, Moskva, 24–25 nojabrja 2011 g., Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet. M.: MGMSU, 2011. S. 181–187.*

8. *Aldwin C., Yancura L. A.* Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures // *Schnurr P. P., Green B. L. (Eds.) Physical health consequences of exposure to extreme stress. American Psychological Association. 2004. P. 99–126.*

9. *Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A., Ward K.* Hostility, stress, coping, and serum lipid levels // *The Gerontologist.* 1994. V. 34. P. 333.

10. *Barton C., Clarke D., Sulaiman N., Abramson M.* Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma // *Respir Med.* 2003. V. 97. P. 747–761.

11. *Brown G. K., Nicassio P. M., Wallston K. A.* Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis // *J Consult Clin Psychol.* 1989. V. 57. № 5. P. 652–657.

12. *Carroll L. J., Cassidy J. D., Côté P.* The role of pain coping strategies in prognosis after whiplash injury: passive coping predicts slowed recovery // *Pain.* 2006. V. 124. P. 18–26.

13. *Christensen M. V., Kessing L. V.* Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature // *Clin Pract Epidemol Ment Health.* 2005. V. 1. P. 20.

14. *Covic T., Adamson B., Spencer D., Howe G.* A biopsychosocial model of pain and depression in rheumatoid arthritis: a 12-month longitudinal study // *Rheumatology.* 2003. V. 42. P. 1287–1294.

15. *Epping-Jordan J. A., Compas B. E., Howell D. C.* Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms // *Health Psychology*. 1994. V. 13. P. 539–547.
16. *Epstein L. H., Perkins K. A.* Smoking, stress, and coronary heart disease // *J Consult Clin Psychol*. 1988. V. 56. P. 342–349.
17. *Fishbain D., Cutler R., Rosomoff H., Rosomoff R.* Chronic pain-associated depression: antecedent or consequence of chronic pain? A review // *Clin J Pain*. 1997. V. 13. P. 116–137.
18. *Goldbacher E.M., Bromberger J., Matthews K. A.* Lifetime history of major depression predicts the development of the metabolic syndrome in middle-aged women // *Psychosom Med*. 2009. V. 71(3). P. 266–72.
19. *Goodkin K., Fuchs I., Feaster D., Leeka J., Rishel L.* Life stressors and coping style are associated with immune measures in HIV-1 infection: A preliminary report // *International Journal of Psychiatry*. 1992. V. 22. P. 155–172.
20. *Goodman E., Whitaker R. C.* A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adolescent obesity // *Pediatrics*. 2002. V. 110. № 3. P. 497–504.
21. *Hämäläinen J., Kaprio J., Isometsä E., Heikkinen M., Poikolainen K., Lindeman S., Aro H.* Cigarette smoking, alcohol intoxication and major depressive episode in a representative population sample // *J Epidemiol Community Health*. 2001. V. 55. P. 573–576.
22. *Haythornthwaite J. A., Sieber W. J., Kerns R. D.* Depression and the chronic pain experience // *Pain*. 1991. V. 46. P. 177–184.
23. *Holahan C., Moos R., Holahan C., Brennan P., Schutte K.* Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: A 10-year model // *J Consulting Clinical Psychology*. 2005. V. 73. P. 658–666.
24. *Holahan C. J., Moos R. H., Schaefer J. A.* Coping, stress-resistance and growth: Conceptualizing adaptive functioning. In: M. Zeidner, N. Endler (Eds.). *Handbook of coping. Theory, research, applications*. New York: J. Wiley & Sons, Inc., 1996. P. 24–43.
25. *Jones G. T., Johnson R. E., Wiles N. J., Chaddock C., Potter R. G., Roberts C., Symmons D. P., Macfarlane G. J.* Predicting persistent disabling low back pain in general practice: a prospective cohort study // *Br J Gen Pract*. 2006. V. 56. № 526. P. 334–341.
26. *Keefe F. J., Williams D. A.* A comparison of coping strategies in chronic pain patients in different age groups // *J Gerontol*. 1990. V. 45. № 4. P. 161–165.
27. *Knol M. J., Twisk J.W.R., Beekman A. T. F., Heine R. J., Snoek F. J., Pouwer F.* Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes: a meta-analysis // *Diabetologia*. 2006. V. 49. P. 837–845.
28. *Koh K. B., Choe E., Song J. E., Lee E. H.* Effect of coping on endocrinimmune functions in different stress situations // *Psychiatry Res*. 2006. V. 143(2-3). P. 223–234.
29. *Lazarus R. S., Folkman S.* *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer; 1984.
30. *Lindquist T. L., Beilin L.J., Knuiman M. W.* Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women // *Hypertension*. 1997. V. 29 (1 Pt 1). P. 1–7.
31. *Mao W. C., Bardwell W. A., Major J. M., Dimsdale J. E.* Coping strategies, hostility, and depressive symptoms: a path model // *Int J Behav Med*. 2003. V. 10. P. 331–342.
32. *Masedo A. I., Rosa Esteve M.* Effects of suppression, acceptance and spontaneous coping on pain tolerance, pain intensity and distress // *Behav Res Ther*. 2007. V. 45. P. 199–209.
33. *McCracken L.M., Eccleston C.* Coping or acceptance: what to do about chronic pain? // *Pain*. 2003. V. 105. P. 197–204.
34. *McCracken L. M., Vowles K. E.* Acceptance of chronic pain // *Current Pain and Headache Reports*. 2006. V. 10. № 2. P. 90–94.
35. *Mishel M. H., Sorenson D. S.* Uncertainty in gynecological cancer. A test for the mediating functions of mustery and coping // *Nursing Research*. V. 40. P. 167–171.
36. *Musselman D. L., Evans D. L., Nemeroff C. B.* The relationship of depression to cardiovascular disease. Epidemiology, biology, and treatment // *Arch Gen Psychiatry*. 1998. V. 55. P. 580–592.
37. *Penley J. A., Tomaka J., Wiebe J. S.* The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // *J Behav Med*. 2002. V. 25(6). P. 551–603.
38. *Pennebaker J. W., Hughes C. F., O’Heeron R. C.* The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes // *Journal of Personality and Sotsial Psychology*. 1987. V. 52. P. 781–793.

39. *Petticrew M., Bell R., Hunter D.* Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review // *BMJ*. 2002. V. 325. P. 1066.
40. *Samwel H. J., Evers A. W., Crul B. J., Kraaimaat F. W.* The role of helplessness, fear of pain, and passive pain-coping in chronic pain patients // *Clin J Pain*. 2006. V. 22. № 3. P. 245–251.
41. *Scheier M. F., Matthews K. A., Owens J. F., Magovern G. J., Lefebvre R. C., Abbott R. A., Carver C. S.* Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1989. V. 57. P. 1024–1040.
42. *Schmeelk-Cone K. H., Zimmerman M. A., Abelson J. L.* The buffering effects of active coping on the relationship between SES and cortisol among African American young adults // *Behav Med*. 2003. V. 29. № 2. P. 85–94.
43. *Schnyder U., Moergeli H., Klaghofer R., Buddeberg C.* Incidence and Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Severely Injured Accident Victims // *Am J Psychiatry*. 2001. V. 158. P. 594–599.
44. *Stepoe A., Sutcliffe I., Allen B., Coombes C.* Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer // *Social Science & Medicine*. V. 32. P. 627–632.
45. *Suls J., Fletcher B.* The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis // *Health Psychol*. 1985. V. 4. № 3. P. 249–288.
46. *van Lankveld W., Näring G., van't Pad Bosch P., van de Putte L.* The negative effect of decreasing the level of activity in coping with pain in rheumatoid arthritis: an increase in psychological distress and disease impact // *J Behav Med*. 2000. V. 23. № 4. P. 377–391.
47. *Vassend O., Eskile A., Halvorsen R.* Negative affectivity, coping, immune status, and disease progression in HIV infected individuals // *Psychology and Health*. 1997. V. 12. P. 375–388.
48. *Vitaliano P. P., Russo J., Bailey S. L., Young H. M., McCann B. S.* Psychosocial factors associated with cardiovascular reactivity in older adults // *Psychosomatic Medicine*. 1993. V. 55. P. 164–177.
49. *Vitaliano P. P., Russo J., Niaura R.* Plasma lipids and their relationships with psychosocial factors in older adults // *Journals of Gerontology: Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*. 1995. V. 50. P. 18–24.
50. *Weickgenant A. L., Slater M. A., Patterson T. L., Atkinson J. H., Grant I., Garfin S. R.* Coping activities in chronic low back pain: relationship with depression // *Pain*. 1993. V. 53. P. 95–103.

Е. Б. Лактионова

ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

Рассматривается организационная модель психологической экспертизы образовательной среды. Раскрывается специфика особенности исследования в гуманитарной сфере научного знания. Определяется содержание организационных этапов психологической экспертизы, анализ проблематики, описание объекта и предмета, подбор экспертов, разработка процедуры исследования, механизм реализации организационной модели, составление экспертного заключения.

Ключевые слова: психологическая экспертиза образовательной среды, гуманитарная экспертиза, ресурсные возможности, качество образовательной среды, эксперты, организационная технология, экспертное заключение.

E. Laktionova

Organizational Model of Psychological Evaluation of the Educational Environment

The article regards the organizational model of psychological evaluation of the educational environment. The content of organizational stages of psychological evaluation, its object and subject, selection of experts, the procedure of research, the mechanism of realization of the organizational model, and the expert's evaluation document are described.