

**К. С. Глюза**

Научный руководитель: Т. Г. Шатюк, канд. пед. наук, доцент  
Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины,  
г. Гомель, Республика Беларусь

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ ЛИЧНОСТИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ И ЕГО РАЗВИТИЕ**

*В статье рассматривается проблема психологических особенностей совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью. Автором приводятся эмпирические данные изучения психологических особенностей совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью, а также описание и результаты апробирования программы развития совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью.*

*Ключевые слова: совладание, совладающее поведение, копинг-стратегии, психологическая защита, особенности, хронические заболевания, инвалидность, личность.*

**K. S. Gluza**

Scientific supervisor: T. G. Shatiuk, PhD in Ped. Sciences, Ass. Professor  
Francisk Skorina Gomel State University,  
Gomel, Republic of Belarus

### **PSYCHOLOGICAL FEATURES OF COPING BEHAVIOR OF A PERSON WITH CHRONIC DISEASES AND DISABILITIES AND ITS DEVELOPMENT**

*The article deals with the problem of psychological characteristics of coping behavior of a person with chronic diseases and disabilities. The author provides empirical data on the study of the psychological characteristics of the coping behavior of a person with chronic diseases and disabilities, as well as a description and results of testing a program for the development of coping behavior of a person with chronic diseases and disabilities.*

*Keywords: coping, coping behavior, coping strategies, psychological defense, features, chronic diseases, disabilities, personality.*

Значимость данной темы связана с ее высокой социальной значительностью и недостаточной изученностью определения инвалидности как кризисного периода развития личности, оказывающего влияние на эффективность совладающего поведения, на актуализацию и использование личностных ресурсов. В настоящее время в психологической науке и практике сформировалось понимание инвалидизирующего заболевания как сложной многоуровневой системы, включающей взаимосвязи медико-биологической составляющей с личностным статусом человека. Подобный подход к патологическому процессу инвалидизирующего заболевания требует анализа не только медико-биологических аспектов, но и психологического аспекта «полома и защиты» [1, с. 12]. Любое нарушение здоровья независимо от биологической природы ставит человека в психологически особые жизненные обстоятельства, с которыми человеку необходимо справляться. Теоретический анализ проблемы совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью актуализировал необходимость проведения эмпирического исследования особенностей совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью.

Исследование было проведено на базе У «Территориальный центр социального обслуживания населения Мозырского района». В нем приняли участие 50 лиц, имеющих хронические заболевания и инвалидность, и 50 лиц без нарушения здоровья.

Теоретический анализ проблемы и выдвинутая цель исследования определили состав психодиагностического инструментария: методика «Индикатор копинг-стратегий» Д. Амирхана в адаптации Н. А. Сироты и В. М. Ялтонского; опросник способов совладания Р. Лазаруса, С. Фолкман в адаптации Л. И. Вассермана; опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчик, Х. Келлерман, Х. Р. Конте в адаптации Л. И. Вассермана. В качестве методов математической статистики использовался  $\varphi^*$ -критерий углового преобразования Фишера, G-критерий знаков.

Проведенное эмпирическое исследование позволило изучить особенности совладающего поведения лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью. Лица с хроническими заболеваниями и инвалидностью отличаются выраженным использованием копинг-стратегий «поиск социальной поддержки» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,02 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,02 < \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «избегание проблем» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 1,88 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 1,88 < \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «конфронтация» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,31 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,31 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «принятие ответственности» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,82 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,82 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), а также редким использованием стратегий «разрешение проблем» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,005 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 3,005 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «самоконтроль» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,48 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 2,48 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «планирование решения проблем» ( $\varphi^*_{\text{эмп}} = 4,18 > \varphi^*_{\text{кр}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{эмп}} = 4,18 > \varphi^*_{\text{кр}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ).

Люди с хроническими болезнями и ограниченными возможностями при встрече с проблемами нередко реагируют, не демонстрируя целеустремлённую поведенческую активность, воздерживаясь от конкретных шагов, направленных на коррекцию ситуации или выражение негативных чувств, вызванных сложившейся обстановкой. Они редко используют весь потенциал имеющихся личностных ресурсов для нахождения эффективных путей выхода из затруднений. Такие пациенты испытывают сложности в сохранении внутреннего равновесия в напряжённых обстоятельствах, испытывая повышенную эмоциональную возбудимость.

Они внутренне осознают личную причастность к возникновению проблем и несут ответственность за их решение, сопровождая такое понимание чувством недовольства собой, самокритичностью и обвинениями в адрес самих себя, испытываешь вину и недовольство собой. Данные характеристики известны как факторы, повышающие вероятность возникновения депрессии. Вместе с тем такие лица часто выбирают тактику «уклонения от проблемы», стремясь справиться с неприятными чувствами путём избегания конфронтации с трудностями, применяя методы ухода от конфликта, такие как отрицание наличия проблемы, несбыточные ожидания, уход в иллюзии, переключение внимания и т. д. Если предпочтение отдаётся избегающему стилю преодоления стресса, то это может привести к деструктивным реакциям в сложных ситуациях: отказ признавать наличие проблемы, избегать ответственности и активных усилий по её устранению, демонстрировать пассивность, нетерпеливость, вспыльчивость, погружённость в мечты, нарушение пищевого режима, употребление спиртного и прочее с целью уменьшения тягостного эмоционального дискомфорта.

При выборе активной поведенческой стратегии «поиска социальной поддержки» люди с хроническими недугами и инвалидностью пытаются привлечь дополнительные (социальные) ресурсы для успешного решения затруднительных моментов, обращаясь за поддержкой информативной, эмоциональной и практической от близких и посторонних. Столкнувшись с кризисной ситуацией, они активно вступают в общение с окружающими, проявляя желание обсудить происходящее, услышать советы и мнения других. Когда требуется поддержка информативного порядка, они обращаются к специалистам или знакомым, обладающим нужными сведениями по интересующему вопросу. В случае нехватки

эмоциональной поддержки они склонны раскрывать свои переживания близким людям, ожидая понимания и сочувствия. Если необходима помощь действием, они находят помощников, готовых оказать необходимую поддержку на деле.

Выраженными психологическими защитами являются «отрицание» ( $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,49 > \varphi^*_{\text{КР}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,49 > \varphi^*_{\text{КР}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «компенсация» ( $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,375 > \varphi^*_{\text{КР}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,375 > \varphi^*_{\text{КР}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «проекция» ( $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,05 > \varphi^*_{\text{КР}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 3,05 > \varphi^*_{\text{КР}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ), «замещение» ( $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,43 > \varphi^*_{\text{КР}} = 1,64$  при  $\rho \leq 0,05$  и  $\varphi^*_{\text{ЭМП}} = 2,43 > \varphi^*_{\text{КР}} = 2,31$  при  $\rho \leq 0,01$ ).

Отрицание как форма психологической защиты реализуется следующим образом: человек отвергает отдельные травмирующие факты, провоцирующие беспокойство, либо собственное внутреннее побуждение или черту характера отказывается признать существующими. Говоря иначе, отрицаются элементы внешнего мира, которые хотя и очевидны для окружающих, но остаются непризнанными и неосмысленными самой личностью. Иначе говоря, та информация, которая несет угрозу душевному покою и чревата возникновением внутреннего конфликта, оказывается вне зоны сознания. Такой конфликт появляется тогда, когда мотивы поведения противоречат ведущим установкам личности, либо такая информация создает угрозу сохранению целостности самооценки, уважения к себе или статуса в глазах общества.

Защитный механизм компенсации проявляется в стремлении восполнить реальный или мнимый недостаток, болезненно воспринимаемый изъян каким-нибудь иным качеством, обычно достигающимся через воображение или заимствование чужих положительных свойств, добродетелей, ценностей и образцов поведения, присущих другому человеку.

Механизм проекции функционирует так: бессознательные и отвергаемые черты личности переносятся наружу, приписываясь другим людям, и таким образом преобразовываются в нечто постороннее. Неприятные качества, имеющие отрицательное значение в общественном восприятии, такие как агрессия, могут перекладываться на окружающих, что оправдывает собственную агрессию или скрытую недоброжелательность, заявляющуюся якобы вынужденной мерой самозащиты. Гораздо реже встречаются случаи иного варианта проекции, при которой близким людям (чаще всего находящимся в ближайшем окружении) присваиваются положительные, приемлемые с социальной точки зрения свойства, поступки или намерения, способствующие повышению самооценки.

Принцип замещения как способа психологической защиты действует так: подавляемые сильные эмоции (обычно гнев или раздражение) выплескиваются на более слабые или легко доступные объекты, а не на те, что изначально вызвали подобные негативные переживания и чувства.

Полученные результаты исследования сигнализируют о необходимости развития совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью, что позволит им лучше адаптироваться к своему физическому состоянию, будет способствовать успешной реабилитации. Опираясь на данные первого диагностического среза, была разработана и реализована психологическую программу развития совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью.

В программе принимали участие лица с хроническими заболеваниями и инвалидностью. Для доказательства эффективности психологической программы были сформированы две группы – контрольная и экспериментальная. Первую группу (экспериментальную) составили 14 человек с хроническими заболеваниями и инвалидностью, с которыми и проводились занятия, вторую группу – контрольную составили 14 человек с хроническими заболеваниями и инвалидностью. С ними занятия не проводились, однако они подверглись повторной диагностике.

*Цель программы:* развитие адаптивного совладающего поведения личности с хроническими заболеваниями и инвалидностью.

*Задачи программы:* сформировать знания о феноменах защитного и совладающего поведения, психологических защитах, копинг-стратегиях, их назначении, эффективности; способствовать самопознанию особенностей собственного совладающего поведения и защитных механизмов, его конструктивности / деструктивности; повышение мотивации самоизменения в отношении совершенствования совладающего поведения; формирование умений и навыков адаптивного совладающего поведения путем обучения использования продуктивных копинг-стратегий, развития ресурсов совладающего поведения.

Результаты повторной диагностики, и статистический анализ с помощью G-критерия знаков, показали, что выявлены статистически значимые сдвиги в следующих копинг-стратегиях и психологических защитах лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы на констатирующем и контрольном этапе исследования:

– «разрешение проблем» ( $G_{эмп} = 0 < G_{кр} = 1$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону увеличения уровня использования стратегии «разрешение проблем» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,01$ );

– «избегание проблем» ( $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону снижения уровня использования стратегии «избегание проблем» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,05$ );

– «бегство – избегание» ( $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону снижения уровня использования стратегии «бегство – избегание» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,05$ );

– «планирование решения проблемы» ( $G_{эмп} = 0 < G_{кр} = 1$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону увеличения уровня использования стратегии «планирование решения проблемы» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,01$ );

– «положительная переоценка» ( $G_{эмп} = 0 < G_{кр} = 1$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону увеличения уровня использования стратегии «положительная переоценка» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,01$ );

– «отрицание» ( $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону снижения выраженности психологической защиты «отрицание» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,05$ );

– «проекция» ( $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,05$  и  $G_{эмп} = 0 = G_{кр} = 0$  при  $p \leq 0,01$ ), что позволяет сделать вывод о том, что сдвиг в сторону снижения выраженности психологической защиты «проекция» у лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью из экспериментальной группы после принятия участия в программе развития адаптивного совладающего поведения является неслучайным (при  $p \leq 0,05$ ).

В контрольной группе с помощью G-критерия знаков не выявлены статистически значимые сдвиги в выраженности применения копинг-стратегий и психологических защит на констатирующем и контрольном этапе исследования.

Таким образом, сопоставление результатов исследования совладающего поведения лиц с хроническими заболеваниями и инвалидностью на констатирующем и контрольном этапах исследования, их статистическая обработка, доказали эффективность предложенной программы развития адаптивного совладающего поведения, направленной на формирование знаний о феноменах защитного и совладающего поведения, психологических защитах, копинг-стратегиях, их назначении, эффективности; самопознание особенностей собственного совладающего поведения и защитных механизмов, его конструктивности / деструктивности; повышение мотивации самоизменения в отношении совершенствования совладающего поведения; формирование умений и навыков адаптивного совладающего поведения путем обучения использованию продуктивных копинг-стратегий, развития ресурсов совладающего поведения.

Проведение мини-лекций, бесед, мозговых штурмов, направленных на расширение понимания связи между субъективными установками, репрезентациями трудных ситуаций и особенностями поведения в них, повышение уровня знаний о копинг-стратегиях, в контексте личной успешности, сохранения здоровья и субъективного благополучия, информирование участников о конструктивном и неконструктивном совладании и последствиях неконструктивных копинг-стратегий, поспособствовало повышению уровня знаний участников о копинг-стратегиях.

Анализ ожиданий участников от работы в группе в контексте успешного совладания с трудными ситуациями, рефлексия, в ходе которой участникам предлагалось обозначить для себя «психологическую выгоду» от овладения новыми конструктивными копинг-стратегиями для личной, семейной жизни, здоровья и профессиональной деятельности, поспособствовало повышению мотивации самоизменения в отношении совершенствования копинг-стратегий.

Проведение ролевых игр, специально спроектированных трудных ситуаций, мозговых штурмов, поспособствовало закреплению адаптивных копинг-стратегий. Использование техники когнитивного переструктурирования для исправления иррациональных убеждений, углубления понимания глубинных причинно-следственных связей между субъективным видением ситуации и мобилизацией ресурсов совладающего поведения, позволило добиться более гибкого и конструктивного поведения в зависимости от измененных субъективных репрезентаций стрессогенных ситуаций.

Все это позволило добиться результатов в развитии адаптивного совладающего поведения, а именно таких копинг-стратегий, как «планирование решения проблемы», «положительная переоценка», снижения уровня использования неадаптивной копинг-стратегии «бегство – избегание». При столкновении с трудными ситуациями лица с хроническими заболеваниями и инвалидностью стали стремиться преодолевать негативные переживания, обусловленные ситуацией, путем их положительного переосмысления, рассмотрения ее как стимула для личностного роста. Осмысление проблемной ситуации, включение ее в более широкий контекст работы личности над саморазвитием играет немаловажную роль в реабилитации лиц с заболеваниями.

Для конструктивного разрешения трудностей они стали чаще прибегать к целенаправленному анализу ситуации и возможных вариантов поведения в ней, продумывать стратегии разрешения проблемы, планировать собственные действия с учетом объективных условий, прошлого опыта и имеющихся ресурсов, что позволяет им эффективно бороться с возникающими трудностями, оптимизировать деятельность, снижая вероятность развития синдрома выгорания. Лица с хроническими заболеваниями и инвалидностью стали реже избегать трудных ситуаций.

#### **Список использованных источников**

1 Исмаилова, Н. И. Индивидуально-психологические особенности лиц при инвалидизирующих заболеваниях / Н. И. Исмаилова // Научно-методический журнал «Концепт». – 2013. – № 1. – С. 10–18.