

ВЗАИМОСВЯЗЬ КОПИНГ–СТРАТЕГИЙ И ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ВЗРОСЛЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЬЮ

Н. В. Косарева

natasha.kosareva.00.00.@mail.ru

Научный руководитель – Н. Ю. Клышевич, кандидат психологических наук, доцент

В рамках данной статьи рассмотрены результаты исследования копинг–стратегий и жизнестойкости у взрослых с хронической болью. В качестве гипотезы было выдвинуто предположение, что чем выше жизнестойкость, тем чаще будут использоваться функциональные копинг–стратегии. В результате исследования данное предположение было подтверждено. Проведенное исследование может выступать основой для разработки программ лечения и реабилитации, а также для психологического сопровождения взрослых с хронической болью с целью создания условий, необходимых для успешной адаптации, дальнейшего функционирования и психологического благополучия

Ключевые слова: взрослые; жизнестойкость; копинг–стратегии; совладающее поведение; хроническая боль.

Боль определяется как хроническая, если существует сверх нормального срока заживления (более 3 месяцев) и не поддается обычным методам обезболивания. Чтобы справиться со страданиями, пациенты используют различные копинг–стратегии, которые являются «отдельными элементами сознательного социального поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями». Не менее важную роль в совладании с хронической болью играет жизнестойкость личности, которая рассматривается с одной стороны, как система убеждений о себе, о мире и об отношениях с ним, а с другой стороны, – как мера возможностей человека справляться со стрессовой ситуацией без потери внутренней сбалансированности и снижения успешности деятельности.

Цель нашего исследования заключалась в определении характера взаимосвязи копинг–стратегий и жизнестойкости у взрослых с хронической болью.

Для сбора эмпирических данных использовались следующие методики: методика «Опросник способов совладания (WCQ)» Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т.Л. Крюковой и Е.В. Куфтяк [1] и методика «Тест жизнестойкости» С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева [2].

Выборку исследования составили 117 человек (59 мужского пола и 58 женского пола). Из них 57 респондентов с хронической болью Республиканского научно–практического центра неврологии и нейрохирургии, ГУ Минского научно–практического центра хирургии, трансплантологии и гематологии и 60 респондентов без хронической боли.

Одной из задач нашего исследования было определение жизнестойкости у взрослых с хронической болью. В ходе проведенного исследования нами было выявлено, что среди респондентов с хронической болью треть опрошенных имеют высокий уровень жизнестойкости, чуть менее половины – средний уровень жизнестойкости, четверть опрошенных имеют низкий уровень жизнестойкости. В группе респондентов, не испытывающих хроническую боль, 15% опрошенных имеют высокий уровень жизнестойкости, более половины респондентов имеют средний уровень, 19% респондентов обладают низким уровнем жизнестойкости.

Феномен жизнестойкости включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска. В ходе проведенного исследования нами было выявлено следующее распределение взрослых с хронической болью по степени выраженности компонентов жизнестойкости, представленное в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение взрослых с хронической болью
по степени выраженности компонентов жизнестойкости,
в процентах**

Шкала	Количество респондентов		
	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Вовлеченность	28%	42%	30%
Контроль	20%	54%	26%
Принятие риска	19%	49%	32%

Среди взрослых, не испытывающих хроническую боль, нами было выявлено следующее распределение по степени выраженности у них компонентов жизнестойкости, представленное в таблице 2.

Таблица 2

**Распределение взрослых, не испытывающих
хроническую боль, по степени выраженности у них компонентов жизнестойко-
сти, в процентах**

Шкала	Количество респондентов		
	Низкий уровень	Средний уровень	Высокий уровень
Вовлеченность	25%	73%	2%
Контроль	15%	82%	3%
Принятие риска	12%	52%	36%

Для выявления статистически значимых различий между взрослыми с хронической болью и здоровыми взрослыми мы использовали U–критерий Манна–Уитни. После расчета всех данных статистически значимых различий между взрослыми с хронической болью и здоровыми взрослыми

по уровню жизнестойкости, вовлеченности, контроля и принятия риска не обнаружено ($p \geq 0,05$).

На основе анализа литературных источников, посвященных совладающему поведению, и смыслового значения копинг-стратегий, выделенных Р. Лазарусом и С. Фолкман, мы разделили копинг-стратегии на две группы: 1 группа – функциональные копинг-стратегии, ориентированные на решение проблемы и помогающие справиться с жизненными трудностями. К данной группе мы отнесли такие копинг-стратегии, как планирование решения проблемы, принятие ответственности, самоконтроль, положительная переоценка и поиск социальной поддержки. 2 группа – дисфункциональные копинг-стратегии, направленные на избегание проблемы и редукцию эмоционального напряжения. К ней относятся дистанцирование, бегство-избегание и конфронтативный копинг.

В ходе исследования нами было выявлено, что доминирующими копинг-стратегиями у взрослых с хронической болью являются поиск социальной поддержки (59,6%), принятие ответственности (54,4%), дистанцирование (52,6%). Меньшее предпочтение отдается таким копинг-стратегиям, как планирование решения проблемы (38,6%), бегство-избегание (35,1%), самоконтроль (31,6%), положительная переоценка (29,8%), конфронтативный копинг (22,8%). Таким образом, в ходе исследования нами было обнаружено, что среди взрослых с хронической болью предпочтение отдается преимущественно функциональным стратегиям, связанным с поиском социальной поддержки или усилий обрести эмоциональный комфорт и информацию от других, а также с признанием своей роли в проблеме с сопутствующей темой попыток ее решения. Однако среди преобладающих копинг-стратегий присутствует и дисфункциональная стратегия – дистанцирование, связанная со стремлением отгородиться от ситуации и уменьшить ее значимость.

Среди взрослых, не испытывающих хроническую боль, доминирующей копинг-стратегией является бегство-избегание (68,3%). При этом менее предпочитаемыми копинг-стратегиями являются: принятие ответственности (43,3%), положительная переоценка (28,3%), дистанцирование (26,7%), самоконтроль (26,7%), поиск социальной поддержки (25%), конфронтативный копинг (21,7%), планирование решения проблемы (8,3%). Таким образом, в ходе исследования нами было обнаружено, что среди взрослых, не испытывающих хроническую боль, предпочтение отдается дисфункциональной стратегии, предполагающей мысленное стремление и поведенческие усилия, направленные к бегству или избеганию проблемы, а не дистанцирование от нее (бегство-избегание).

Анализируя полученные данные, нами было выявлено, что существует отрицательная корреляция жизнестойкости и копинг-стратегий

бегство–избегание и самоконтроль ($p \leq 0,05$). Между жизнестойкостью и копинг-стратегиями конфронтативный копинг, дистанцирование, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, планирование решения проблемы и положительная переоценка статистически значимая связь не обнаружена ($p \geq 0,05$).

Что касается взрослых без хронической боли, то жизнестойкость положительно коррелирует с копинг-стратегиями поиск социальной поддержки и планирование решения проблемы. Выявлена отрицательная корреляция жизнестойкости и копинг-стратегий дистанцирование, бегство–избегание и положительная переоценка ($p \leq 0,05$). При этом между жизнестойкостью и копинг-стратегиями конфронтативный копинг, самоконтроль и принятие ответственности статистически значимая связь не обнаружена ($p \geq 0,05$).

Таким образом, полученный эмпирический материал подтвердил гипотезу исследования о том, что чем выше жизнестойкость, тем чаще будут использоваться функциональные копинг-стратегии.

Библиографические ссылки

1. Крюкова Т. Л., Сапоровская М. В., Куфтяк Е. В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними: учеб. пособие. СПб.: Речь, 2005. 240 с.
2. Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006. 63 с.
3. Merskey H., Bogduk N. Classification of Chronic Pain. 2nd edition. Seattle: IASP Press, 1994. 222 p.