

ЖИЗНЕСТОЙКОСТЬ КАК АДАПТАЦИОННЫЙ РЕСУРС ПРИ НАРУШЕНИИ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Василенко Т.Д.¹, Селина И.А.², Селин А.В.³

¹ *Василенко Татьяна Дмитриевна*

доктор психологических наук, профессор, заведующий кафедрой общей и клинической психологии, декан факультета клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-37.

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

² *Селина Ирина Алексеевна*

аспирант кафедры общей и клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-37.

E-mail: irinaselina86@gmail.com

³ *Селин Александр Владимирович*

кандидат психологических наук, доцент, доцент кафедры общей и клинической психологии; федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. К. Маркса, 3, Курск, 305041, Россия. Тел.: 8 (4712) 58-81-37.

E-mail: alexspsy@gmail.c

Аннотация

В статье представлены результаты исследования адаптационных ресурсов личности при нарушении соматического и психосоматического здоровья на примере кардиологической патологии и панического расстройства. В качестве актуальности указывается, что в клинической психологии к настоящему времени отсутствует единая концепция, описывающая содержание процесса адаптации в условиях нарушений соматического и психосоматического здоровья. В данном исследовании сделана попытка теоретического осмысления противоречий процесса адаптации в ситуации нарушений здоровья, а также эмпирически исследована роль жизнестойкости как адаптационного ресурса на примере больных паническим расстройством и сердечно-сосудистыми заболеваниями. В качестве психодиагностического метода был использован тест жизнестойкости в адаптации Д.А. Леонтьева и Е.И. Рассказовой. В исследовании приняли участие здоровые испытуемые с высоким уровнем тревожности, люди с верифицированным диагнозом «паническое расстройство» и пациенты кардиологического отделения, имеющие хронические заболевания сердечно-сосудистой системы.

В исследовании были получены результаты, отражающие особенности структуры жизнестойкости как составляющей адаптационного ресурса личности в ситуации нарушения здоровья. Было проведено последовательное сравнение исследуемых групп. Было выявлено, что у людей в ситуации панического расстройства, в сравнении со здоровыми испытуемыми, отмечается снижение таких параметров жизнестойкости, как вовлеченность, контроль, принятие риска и общий уровень жизнестойкости, что демонстрирует выраженный дефицит ресурсов адаптации в ситуации панического расстройства. Была также выявлена тенденция к повышению адаптационных ресурсов в ситуации сердечно-сосудистого заболевания, что отразилось в повышении по шкалам теста жизнестойкости (общая жизнестойкость, вовлеченность, контроль и принятие риска), что отражает напряжение адаптационных ресурсов, позволяющее людям справляться с вызовами жизни, несмотря на ситуацию заболевания сердечно-сосудистой системы. Сравнение людей в ситуации панического расстройства и сердечно-сосудистого заболевания наглядно демонстрирует противоположную направленность трансформации жизнестойкости как адаптационного ресурса в ситуации различных по своей природе заболеваний. Если в случае панического расстройства мы

отмечаем резкое снижение жизнестойкости, то в ситуации сердечно-сосудистого заболевания отмечается его повышение относительно нормы. Таким образом, можно говорить об относительности адаптивности высоких показателей жизнестойкости и парадоксальности процесса адаптации в целом.

Выявленные закономерности могут быть учтены при проведении психологической коррекции и психотерапии людей в ситуации нарушений здоровья, сопровождающихся изменением адаптационных возможностей личности.

Ключевые слова: паническое расстройство; сердечно-сосудистые заболевания; адаптационные ресурсы; жизнестойкость; тревожность.

УДК 159.923:616.89

Библиографическая ссылка

Василенко Т.Д., Селина И.А., Селин А.В. Жизнестойкость как адаптационный ресурс при нарушении соматического и психосоматического здоровья // Медицинская психология в России. – 2019. – Т. 11, № 3. – С. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-5

Поступила в редакцию: 03.05.2019 Прошла рецензирование: 24.05.2019 Опубликовано: 04.06.2019

В настоящее время в психологии уже не обсуждается вопрос об участии психологических и социальных факторов в возникновении, течении и прогнозе излечения как соматических, так и психосоматических заболеваний. Биопсихосоциальный подход к проблеме соматического и психосоматического здоровья остается трендом исследований в клинической психологии последних лет. В последние годы отмечается тенденция перехода от поиска причин и линейных зависимостей состояния здоровья от психосоциальных факторов к поиску ресурсов совладания, адаптации, преодоления болезни и сохранения здоровья в целом. Поиск ресурсов, позволяющих человеку справиться со сложными ситуациями, вызовами внешней среды, сбоями в работе организма и пр., выступают важным аспектом как теоретического моделирования, так и исследовательской практики последнего времени. Отход от детерминизма и линейных моделей классического естествознания 17 века, пронизывающих психологию до конца 20 века, переход к конструктивистской парадигме определяет вторичность причин ухудшения здоровья, отказ от поиска факторов, которые вызвали нарушение, а фокусируется на моделях оптимального и продуктивного функционирования, которые позволяют сохранить здоровье в изменяющемся мире. Исследователи предлагают различные модели ресурсных подходов к личности: это и смысловой подход, и ценностный и адаптационный, и инструментальный — перечисление можно продолжить. Данные модели, раскрывая различные аспекты функционирования человека в мире и делая акценты на тех или иных сторонах, все-таки остаются мало согласуемыми между собой, не конкретизированными относительно различных нарушений состояния здоровья и не имеющими достаточной эмпирической валидации.

Одной из продуктивных, на наш взгляд, стратегий рассмотрения ресурсов личности выступает концепция жизнестойкости С. Мадди. В рамках данного подхода жизнестойкость выступает как совокупность личностных качеств, обеспечивающих посредством творческого отношения к жизни в целом, интернального локуса контроля, способности противостоять вызовам развитие и продуктивное совладание со стрессами [18; 19].

Соотношение жизнестойкости как некоего интегрального личностного свойства и состояния здоровья может выступать как частный случай решения вопроса о ресурсах адаптации личности в ситуации заболевания. Исходя из логики концепции жизнестойкости, представляется достаточно очевидным, что снижение жизнестойкости повышает риск развития психосоматических расстройств и нарушает адаптацию при соматических заболеваниях. Повышение жизнестойкости, развитие ее отдельных

компонентов у людей в ситуации нарушения соматического и психосоматического здоровья должно способствовать улучшению состояния здоровья.

На сегодняшний день существует достаточно много работ, посвященных изучению адаптационного потенциала личности (А.Н. Николаев, 1984; Ф.Б. Березин, 1988; В.И. Розов, 1993; Ю.А. Александровский, 2000; В.И. Медведев, 2003; С.И. Розум, 2006; А.А. Реан, А.Р. Кудашев, А.А. Баранов, 2008; А.А. Налчаджян, 2010; А.Н. Алёхин, 2009, 2010, 2011), но эти работы в большей степени связаны с изучением социальной составляющей адаптационного потенциала. Исследование данного вопроса в сфере соматических и психосоматических заболеваний остается недостаточно разработанным. Касаясь вопроса адаптации и состояния соматического и психосоматического здоровья, мы можем указать на ряд существенных аспектов, которые имеют отношение к нашему исследованию. Например, в российских исследованиях распространен подход к адаптации как одному из критериев психического здоровья, он взаимосвязан с самореализацией личностью своего потенциала, продуктивной активностью и т. д.

Популярен в нашей стране подход к адаптации А.Г. Маклакова, суть которого заключается в использовании категории «личностный адаптационный потенциал» через рассмотрение таких характеристик, как нервно-психическая устойчивость, общительность, неконфликтность, морально-нравственная ориентация и взаимоотношения с коллективом [20].

Подход к адаптации с позиции рассмотрения целостной личности в контексте жизни предпринят Л.И. Анцифировой и К.А. Абульхановой-Славской [2]. Через категорию «адаптации к жизни» раскрывается проблема социальной адаптации в масштабах жизненной стратегии и жизненной позиции личности в двух важнейших аспектах. Во-первых, это значимые для человека отношения к социальному окружению, миру и самому себе. Во-вторых, это способы реализации этих отношений — «способ организации жизни». Также можно указать на идею многомерного функционального диагноза, основанную на биопсихосоциальном подходе, в которой важное место занимает категория приспособительного поведения (Коцюбинский А.П.), связанная с понятием «психической адаптации» (Вассерман Л.И., Александровский Ю.А., Березин М.А. и др.), под которой понимается сложная динамическая система (включающая биологический, психологический и социальный уровни) приспособления личности к изменяющимся условиям внешней и внутренней среды [1; 8].

А. Маслоу рассматривает процесс адаптации как динамический процесс взаимодействия личности и среды, в качестве основного критерия адаптированности личности выдвигается степень ее интегрированности со средой.

Согласно В.В. Ковалеву, существуют возможности оценки успешности адаптации, успешности реализации адаптивных ресурсов, которыми выступают системы отношений личности и окружающей действительности [15].

С.Т. Посохова также относит адаптивность к интегральному свойству. По её мнению, адаптивность интегрируется в сложную систему совладания с внешней ситуацией, внешние и внутренние факторы которой будут относиться к социальным, физиологическим и психологическим свойствам личности, которые актуализируются в момент необходимости создания новых форм и паттернов поведения, направленных на преодоление изменений в жизнедеятельности [25].

С.Ю. Добряк фактически даёт определение тому, что можно назвать адаптационными ресурсами, поскольку он под адаптивностью определяет набор свойств личности, которые определяют способность к изменению внешней или внутренней среды для достижения наиболее положительного для личности результата [12].

Попытка адаптации личности, по мнению И. Калайкова, осуществляется через патологические механизмы и формы поведения, приводящие к образованию патологических комплексов, которые входят в состав невротических и психотических синдромов [13].

А.А. Налчаджян, исследуя социально-психическую адаптацию личности, выделил следующие ее разновидности: нормальная адаптация; девиантная, или нонконформистская адаптация и патологическая адаптация [22].

По мнению Ф.Б. Березина, психическая адаптация не ограничивается функцией сохранения внутреннего гомеостаза, как психического, так и физиологического, и подразумевает максимальную оптимизацию взаимодействия личности с окружением [4].

Д.А. Леонтьев определяет личностный адаптационный потенциал как уровень прилагаемых личностью усилий по работе над собой и над обстоятельствами внешнего мира [9; 17].

А.М. Богомоллов определяет адаптационный потенциал как способность личности к изменениям структурного и уровневого характера внутренних качеств и свойств, в результате чего происходит повышение устойчивости личности. Самым важным составляющим адаптационного потенциала в данном контексте являются механизмы, направленные на преобразование этих самых адаптационных ресурсов, они являются связующими звеньями между реальным и способностями личности к целенаправленному проявлению в адаптационном процессе [5].

Анализ проблемы соотношения адаптации и здоровья человека вскрывает ряд существенных, на наш взгляд, аспектов в ее изучении:

- ✓ Адаптационные процессы разворачиваются на различных уровнях психологической организации человека: психофизиологическом, уровне протекания психических процессов, уровне способов реагирования, личностном и экзистенциальном.
- ✓ Источники адаптационных возможностей (ресурсов) могут находиться в самом человеке, на различных уровнях его организации и в социуме.
- ✓ Причины (источники, пусковые механизмы) адаптационных процессов могут быть различны и находиться как в самом человеке, на различных уровнях его организации, так и в социуме.
- ✓ Соотношение причин (источников) адаптации и ресурсов адаптации нелинейно, и в зависимости от сочетания различных факторов причина адаптации может стать ресурсом, и наоборот.
- ✓ Процессы адаптации на разных уровнях могут проходить нелинейно, адаптированность на одном уровне может сопровождаться или вызывать дезадаптацию на другом уровне.
- ✓ Объективные и субъективные критерии адаптированности могут не совпадать и даже вступать в противоречие между собой.
- ✓ Состояние психического, психосоматического и соматического здоровья нелинейно связано с процессом и результатом адаптации. Нарушения здоровья на разных уровнях могут быть как причиной, так и ресурсом адаптации.

Таким образом, можно говорить, что континуум здоровья и континуум адаптации не совпадают, требуют глубокого теоретико-эмпирического анализа, позволяющего раскрыть сущностные закономерности процесса адаптации в соотношении с возможностями сохранения и поддержания соматического, психического и психосоматического здоровья человека.

В нашем исследовании мы используем две достаточно распространенные модели нарушения соматического и психосоматического здоровья, в первом случае это сердечно-сосудистые заболевания, во втором случае это паническое расстройство. Если с сердечно-сосудистыми заболеваниями все ясно, то рассмотрение панического расстройства как нарушения психосоматического здоровья может выглядеть не совсем обоснованным, поэтому мы раскроем свою точку зрения.

Паническое расстройство (F 41) характеризуется эпизодическим пароксизмальным комплексом вегетативных и психических симптомов, появление которых не связано с наличием объективных внешних или внутренних факторов [11].

Паническое расстройство вызывает серьезные нарушения адаптации (Краснов В. Н., Вельтищев Д. Ю., 2006), сопоставимые по своей выраженности с дезадаптацией при депрессивных расстройствах [16].

По мнению А. М. Вейна и соавт. (2004), каждый человек хотя бы раз в жизни испытал панический приступ, однако у каждого 18—20 человека они приобретают устойчивую форму, существенно влияющую на социальную адаптацию и качество жизни [24].

По сути, паническое расстройство — это эпизодически возникающие панические атаки, т. е. приступы тревоги очень высокой интенсивности, сопровождающиеся соматическими симптомами. Это не психосоматическое расстройство в классическом психоаналитическом смысле, мы не ставим задачей обнаружение и описание так называемых конверсионных механизмов его возникновения, но при этом мы наблюдаем сложное нарушение в единстве функционирования соматического здоровья и психического состояния. Данные умозаключения позволяют нам охарактеризовать данное состояние как нарушение психосоматического здоровья, не претендуя на расширение уже устоявшейся категории «психосоматическое расстройство».

Общей моделью исследования выступила идея о том, что жизнестойкость будет снижена по ряду параметров у людей с нарушением соматического и психосоматического здоровья в сравнении с людьми, пребывающими в ситуации отсутствия заболеваний, т. е. условно здоровыми и не находящимися в ситуации повышенных стрессовых нагрузок. В данном исследовании мы не ставим целью выявить детерминационные отношения между жизнестойкостью и состоянием соматического и психосоматического здоровья, мы постараемся лишь увидеть изменения в тех аспектах адаптационных ресурсов, повышение которых, на наш взгляд, могло бы положительно сказаться на состоянии здоровья.

Исследование проводилось в 2016—2018 гг. на базах: ОБУЗ «Областная наркологическая больница» (психосоматическое отделение), ОБУЗ «Курская клиническая психиатрическая больница», ОБУЗ «Курская городская больница № 6».

Общий объем выборки насчитывал 107 человек, из них 42 человека составили экспериментальную группу 1 — люди с паническим расстройством, экспериментальная группа 2 — пациенты кардиологического профиля, 30 человек, и 35 человек вошли в контрольную группу — здоровые испытуемые.

В качестве метода исследования жизнестойкости использовался тест жизнестойкости (Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова).

Статистический анализ осуществлялся с использованием непараметрического критерия U Манна—Уитни с учетом мер средней тенденции и изменчивости признака.

Представим полученные в ходе исследования результаты.

Таблица 1

Таблица различий по уровню жизнестойкости в группе больных паническим расстройством и здоровых

	ПА	Здоровые	P-level
Общая жизнестойкость	57,0000	84,8571	0,0002
Вовлеченность	25,7391	35,2143	0,0027
Контроль	19,8696	31,4286	0,0001
Принятие риска	12,9565	18,4286	0,0125

Значимые различия на высоком уровне статистической значимости найдены по следующим параметрам: вовлеченность, контроль, принятие риска, жизнестойкость.

1. *Вовлеченность.* По данному показателю получены данные на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,002753$). Полученные данные свидетельствуют о том, что средний уровень вовлеченности значительно ниже в группе с паническими расстройствами. Результаты позволяют судить о том, что исследуемые в экспериментальной группе в меньшей степени получают удовольствие от собственной деятельности. Незрелый компонент вовлеченности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни. В то время как в здоровой группе исследуемые убеждены в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности.
2. *Контроль.* По данному показателю получены данные на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,0001$). Результаты позволяют судить о том, что в экспериментальной группе исследуемым свойственно ощущение собственной беспомощности. Они не ощущают в полной мере, что сами выбирают собственную деятельность, свой путь. В то время как в здоровой группе исследуемые убеждены в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован.
3. *Принятие риска.* По данному показателю получены данные на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,0125$). Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что больные паническими расстройствами не готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха в связи с тем, что испытывают необоснованно повышенную тревогу. В то время как в здоровой группе исследуемые убеждены в том, что все то, что с ним случается, способствует их развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Они рассматривают жизнь как способ приобретения опыта, готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности обедняющим жизнь личности. В основе принятия риска лежит идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.
4. *Жизнестойкость.* По данному показателю получены данные на высоком уровне статистической значимости ($p = 0,0002$). У больных паническими расстройствами наблюдаются относительно низкие показатели параметров жизнестойкости, по сравнению с испытуемыми в группе здоровых. Они убеждены в том, что происходящее не принесет им удовольствия от выполняемой жизненной цели. Им присуще ощущение себя «вне» жизни. Наблюдается убежденность больных в невозможности влиять на результат происходящего вокруг, строить собственную жизнь, что может объясняться чувством собственной беспомощности. Ограничения, накладываемые заболеванием, среди которых особо выделяется невозможность его контроля, приводят к тому, что оно представляется больным в форме неподдающегося разрешению обстоятельства, что неуклонно ведет к снижению жизнестойкости.

Таблица 2

Таблица различий по уровню жизнестойкости в группе больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых

	ССЗ	Здоровые	P-level
Общая жизнестойкость	89,700	79,612	0,0017
Вовлеченность	34,100	32,774	0,2484
Контроль	33,500	21,193	0,0000
Принятие риска	23,000	25,612	0,8399

Значимые различия на высоком уровне статистической значимости найдены по следующим параметрам: общая жизнестойкость и контроль.

1. *Общая жизнестойкость.* Получены значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметру «общая жизнестойкость», при $p = 0,0017$, при этом у лиц, страдающих ССЗ, значение параметра выше, чем у группы здоровых испытуемых.

Общая жизнестойкость характеризует наличие или отсутствие в жизни человека целей в будущем, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. У соматически здоровых мы наблюдаем низкий численный уровень данного показателя, что говорит о низком уровне жизнестойкости. Мы считаем, что показатель «общей жизнестойкости» может быть связан с представлениями личности о будущем, а его низкий уровень отражает отсутствие или невысокие показатели осмысленности и направленности жизни.

Можно сделать вывод, что ситуация соматического заболевания становится движущим фактором для лиц, страдающих ССЗ, повышать свою жизнестойкость, формировать положительные установки на выздоровление и способствует развитию различных компонентов жизнестойкости, что формирует общую жизнестойкость.

2. *Контроль.* Получены значимые различия на высоком уровне статистической значимости по параметру «контроль», при $p = 0,0000$, при этом у страдающих ССЗ значения параметра выше. Контроль представляет собой убежденность в том, что продуктивная деятельность и борьба позволяют влиять на результат происходящего. Высокий показатель контроля может свидетельствовать о том, что человек сам выбирает собственную деятельность, свой путь. Исходя из этого, мы можем сделать вывод, что у больных в ситуации ССЗ имеет место высокая мотивация к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в нашем случае соматическое заболевание, в противовес впадению в состояние беспомощности и пассивности.

Таблица 3

Таблица различий по уровню жизнестойкости в группе больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и паническим расстройством

	ПА	ССЗ	P-level
Общая жизнестойкость	57,0000	89,700	0,0009
Вовлеченность	25,7391	34,100	0,0011
Контроль	19,8696	33,500	0,0003
Принятие риска	12,9565	23,000	0,0041

Анализ полученных результатов свидетельствует о том, что больные в ситуации сердечно-сосудистого заболевания имеют высокий показатель контроля, и может указывать на то, что человек сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

И исходя из этого мы можем сделать вывод, что у больных в ситуации ССЗ имеет место высокая мотивация к поиску путей влияния на результаты стрессогенных изменений, в нашем случае соматическое заболевание, в противовес впадению в состояние беспомощности и пассивности. Результаты пациентов с паническим расстройством свидетельствуют о том, что ограничения, накладываемые заболеванием, среди которых особо выделяется невозможность его контроля, приводят к тому, что оно представляется больным в форме неподдающегося разрешению обстоятельства, что неуклонно ведет к снижению жизнестойкости.

Высокий уровень общей жизнестойкости характеризует наличие в жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями целей, которые придают жизни осмысленность, направленность и временную перспективу. В то же время у больных паническим расстройством мы наблюдаем низкий численный уровень данного показателя, что говорит о низком уровне жизнестойкости, т.е. они не готовы действовать в отсутствие надежных гарантий успеха в связи с тем, что испытывают необоснованно повышенную тревогу. Они убеждены в том, что происходящее не принесет им удовольствия от выполняемой жизненной цели. Им присуще ощущение себя «вне» жизни. Наблюдается убежденность больных паническим расстройством в невозможности влиять на результат происходящего вокруг, строить собственную жизнь, что может объясняться чувством собственной беспомощности.

Выводы:

Полученные результаты отражают особенности структуры жизнестойкости как составляющей адаптационного ресурса личности в ситуации заболевания. Выявлено, что у людей в ситуации панического расстройства в сравнении со здоровыми испытуемыми отмечается снижение таких параметров жизнестойкости, как вовлеченность, контроль, принятие риска и общий уровень жизнестойкости, что говорит о выраженном дефиците ресурсов адаптации. В ситуации сердечно-сосудистого заболевания выявлена тенденция к повышению адаптационных ресурсов, что отражается в повышении по шкалам теста жизнестойкости (общая жизнестойкость, вовлеченность, контроль и принятие риска), в напряжении адаптационных ресурсов, позволяющем людям справляться с вызовами жизни, несмотря на ситуацию заболевания сердечно-сосудистой системы. Полученные результаты демонстрируют противоположную направленность трансформации жизнестойкости как адаптационного ресурса в ситуации различных по своей природе заболеваний. Так, при паническом расстройстве мы отмечаем резкое снижение жизнестойкости, а в ситуации сердечно-сосудистого заболевания отмечается его повышение относительно нормы. Следовательно, можно говорить об относительности адаптивности высоких показателей жизнестойкости и парадоксальности процесса адаптации в целом.

Выявленные особенности адаптационных ресурсов, в частности особенности жизнестойкости, как при сердечно-сосудистых заболеваниях, так и при паническом расстройстве, могут облегчить осуществление прогностической оценки и дальнейшей динамики заболеваний, составление реабилитационных и коррекционных программ для данных категорий пациентов. Использование выделенных нами «мишеней» позволит повысить эффективность лечения больных паническими расстройствами и улучшить их социальную адаптацию.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Зевс; Ростов-на-Дону: Феникс, 1997. – 576 с.
2. Анцыферова Л.И. К психологии личности как развивающейся системы // Психология формирования и развития личности / под ред. Л.И. Анцыферовой. – М.: Наука, 1981. – С. 3–19.
3. Березанцев А.Ю. Соматопсихические и психосоматические расстройства: вопросы систематики и синдромологии (клинико-психологический аспект) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 1(6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 25.04.2019).
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Ленинград: Наука, 1988. – 270 с.
5. Богомолов А.М. Личностный адаптационный потенциал в контексте системного анализа // Психологическая наука и образование. – 2008. – № 1. – С. 67–73.

6. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: Курск. гос. мед. университет, 2011. – 572 с.
7. Василенко Т.Д. Трудная жизненная ситуация: методологический анализ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 6 (29) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 25.04.2019).
8. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С. 16–25.
9. Возможности эмпирического исследования личностного потенциала / Д.А. Леонтьев, Е.Ю. Мандрикова, Е.Н. Осин [и др.] // Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития современной России. Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – М., 2005. – С. 259–260.
10. Вознесенская Т.Г., Синячкин М.С. Адаптивные способности больных паническими расстройствами // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1997. – Т. 97, № 4. – С. 20–24.
11. Всемирная организация здравоохранения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем: Десятый пересмотр: Том 1. Часть 1 / пер. с англ. М.В. Максимова, С.К. Чемякина, А.Ю. Сафронова. – М.: Медицина, 1995. – 698 с.
12. Добряк С.Ю. Динамика психологической адаптации курсантов на первом и втором году обучения в военном вузе: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – СПб., 2004. – 22 с.
13. Калайков И. Цивилизация и адаптация / пер. с болг. – М.: Прогресс, 1984. – С. 25.
14. Клинические факторы психической адаптации пациентов с сердечно-сосудистой патологией (на примере легочной артериальной гипертензии и фибрилляции предсердий) / А.Н. Алёхин, И.О. Чумакова, Е.В. Андреева [и др.] // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2012. – № 6 (265). – С. 66–72.
15. Ковалев В.В. Личность и нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. Тезисы докладов. – М.: Медицина, 1972. – С. 102–114.
16. Краснов В.Н., Вельтищев Д.Ю. Невротические, тревожные и стрессовые расстройства // Психиатрия. Справочник практического врача / под ред. А.Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 275–299.
17. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова / под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002. – Вып. 1. – С. 56–65.
18. Мадди С.Р. Теории личности: сравнительный анализ / пер. с англ. – СПб.: Речь, 2002. – 539 с.
19. Мадди С.Р. Смыслообразование в процессе принятия решений // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26, № 6. – С. 87–101.
20. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях // Психологический журнал. – 2001. – Т. 22, № 1. – С. 16–24.
21. Михайлова Н.Ф. Совладающее поведение: становление и развитие // Психология развития и возрастная психология: учеб. и практ. для акад. бакалавр. / под общ. ред. Л.А. Головей. – М.: Юрайт, 2016. – С. 261–281.
22. Налчаджян А.А. Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Эксмо, 2010. – 368 с.
23. Николаев Е.Л., Лазарева Е.Ю. Психотерапия и психологическая помощь больным сердечно-сосудистыми заболеваниями // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 1. – С. 57–76.
24. Панические атаки. Руководство для врачей / А.М. Вейн, Г.М. Дюкова, О.В. Воробьева [и др.]. – М.: Эйдос Медиа, 2004. – 408 с.

25. Посохова С.Т. Психология адаптирующейся личности: монография. – СПб.: Рос. гос. пед. университет им. А.И. Герцена, 2001. – 240 с.

26. Рассказова Е.И., Мачулина А.И., Ковров Г.В. Структура и диагностика репрезентации болезни при соматических заболеваниях: результаты пилотажного исследования // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова): сб. матер. Всерос. юбил. науч.-практ. конф. / под общ. ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рожиной. – М., 2013. – С. 139–140.

27. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.

Hardiness as an adaptive resource in case of somatic and psychosomatic health disorders

*Vasilenko T.D.*¹

E-mail: tvasilenko@yandex.ru

*Selina I.A.*¹

E-mail: irinaselina86@gmail.com

*Selin A.V.*¹

E-mail: alexspsy@gmail.com

¹ *Kursk State Medical University
K. Marx str., 3, Kursk, 305041, Russia
Phone: +7 (4712) 58-81-37*

Abstract

The article presents the results of investigation of individual adaptation resources of people with somatic and psychosomatic health disorders using an example of a cardiological pathology and panic disorder. The relevance is based on the fact that nowadays there is no common concept describing the structure of adaptation process in case of somatic and psychosomatic health disorders in psychology. This study makes an attempt of theoretical understanding of the contradictions of the adaptation process in situations of health disorders, moreover, the study empirically investigates the role of hardiness as an adaptation resource using an example of people with panic disorder and cardiovascular diseases. "Hardiness Survey" test in adaptation of D. A. Leontyev and E. I. Rasskazova was used as a psychodiagnostic method. The participants of the investigation are healthy people with a high anxiety level, people with the verified diagnosis of panic disorder and the cardiological department patients with chronic cardiovascular system disorders.

The results of the investigation describe some peculiarities of the structure of hardiness as a component of an individual adaptation resource of people with health disorders. A consistent comparison of the studied groups was conducted. It was defeated that people with a panic disorder, unlike healthy participants, show the decrease of such hardiness parameters as involvement, control, risk acceptance and the general hardiness level, that demonstrates a significant lack of adaptation resources in cases of panic disorders. There was also obtained a tendency to the increase of adaptation resources level in cases of the cardiovascular diseases, what was demonstrated in the increase of hardiness test scales results (general hardiness, involvement, control and risk acceptance), that shows a strengthening of the adaptation resources, what allows people to cope with the life challenges despite the situation of cardiovascular system disease. The comparison of people with panic disorder and people with cardiovascular disease clearly demonstrates the opposite character of transformation of the hardiness as an adaptation resource in cases of diseases, which are different in their nature. In case of panic disorder we notice the sharp decrease of hardiness, meanwhile its increase relatively to the norm is noticed in the situations of cardiovascular diseases. Thus the relativity of

adaptability of the high hardiness indicators and the paradox of adaptation process can be mentioned.

The revealed patterns can be taken into account during the process of psychological correction and psychotherapy of people with health disorders followed with the changes of individual adaptation resources capabilities.

Key words: panic disorder; cardiovascular disease; adaptive resources; hardiness; anxiety.

For citation

Vasilenko T.D., Selina I.A., Selin A.V. Hardiness as an adaptive resource in case of somatic and psychosomatic health disorders. *Med. psihol. Ross.*, 2019, vol. 11, no. 3, p. 5. doi: 10.24412/2219-8245-2019-3-5 [in Russian, abstract in English].