

## особенности Копинг-стратегий больных с болезнью Паркинсона

Коцюбинская Ю.В., Дмитрова Е.А., Сафонова Н.Ю.

*НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург*

**Введение.** Болезнь Паркинсона (БП) – хроническое медленно прогрессирующее дегенеративное заболевание нервной системы. Пациенты с такой нозологией зачастую в преморбиде имеют психологические особенности. Кроме того, осознание наличия тяжелого прогрессирующего заболевания, тревожно-депрессивный фон настроения, личностные особенности больных могут приводить к формированию определенных форм малоэффективных стратегий совладающего поведения [1, 2]. В условиях стресса психологическая адаптация человека происходит, главным образом, посредством двух механизмов: психологической защиты и копинг-механизмов. многоуровневой системе психической адаптации копинг-механизмы тесно связаны с механизмами психологической защиты личности [3]. Болезнь приводит к «слому» привычных способов реагирования и требует выработки новых, адекватных изменившимся условиям существования, на первый план выходит проблема саморегуляции как процесса совладания с болезнью и ее преодоления, приспособления к новой ситуации. Защитный стиль, то есть характерный для субъекта и стереотипно используемый набор психологических защит, является достаточно устойчивым образованием и может быть диагностирован и отчасти скорректирован посредством специализированных психотерапевтических мероприятий [4].

**Цель:** исследование и сравнительный анализ защитно-совладающего поведения у пациентов с БП в двух формах – ригидно-брадикинетической и дрожательно-ригидной.

**Материалы и методы.** В качестве исследуемой группы были выбраны пациенты с диагностированной БП, стадия 2-2.5 по Хен-Яру в ригидно-брадикинетической (акинетико-ригидной) форме, а также в дрожательно-ригидной форме (в каждой подгруппе было по 20 человек) в возрасте от 48 до 67 лет, средний возраст  $58 \pm 3,2$ , из них 18 мужчин и 22 женщины. Для выявления копинг-стратегий, используемых испытуемыми, был выбран опросник «Стратегии совладающего поведения» Р. Лазаруса в адаптации Л.И. Вассермана и соавт. Для выявления механизмов психологической защиты была использована методика «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика и Х. Келлермана в адаптации Л.И. Вассермана и соавт. Для выявления особенностей социально-психологической адаптации и связанных с этим черт личности использовалась методика диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонд в адаптации А. К. Осницкого.

Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета прикладных программ STATISTICA 10. Для оценки различий между двумя независимыми выборками использовался U-критерий Манна-Уитни. Критический уровень значимости принимался равным 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Наиболее часто используемыми копинг-стратегиями в стрессогенных ситуациях в Группе 1 (в ней находятся пациенты с БП с преимущественно дрожательно-ригидной формой) являются «планирование решения проблемы» ( $59,45 \pm 5,92$ ) и «конфронтация» ( $57,85 \pm 11,4$ ), а также «поиск социальной поддержки» ( $48,9 \pm 8,66$ ). На последнем месте по частоте использования находится копинг «бегство-избегание» ( $41,1 \pm 10,12$ ).

Пациенты с БП с преимущественно дрожательно-ригидной формой (Группа 1) чаще используют активные способы преодоления жизненных трудностей, так, например, для больных этой группы свойственно искать выход из сложившейся ситуации, применять различные варианты решения на практике и менять стратегию поведения в случае неудачи. В поведении человека, планирующего решение проблемы, наблюдается активное взаимодействие с внешней ситуацией. В эмоциональной сфере преобладают сосредоточенность и уравновешенность, сохранение самообладания, при этом все мысленные усилия человека направлены на анализ ситуации, обращение к прошлому опыту. Для пациентов с БП с преимущественно дрожательно-ригидной формой менее всего характерны пассивность и отсутствие стремления осмыслить ситуацию и желание уйти от активных действий.

Для Группы 2 (в ней находятся пациенты с БП с преимущественно ригидно-брадикинетической формой) характерными стратегиями реагирования на фрустрирующие обстоятельства являются «бегство-избегание» ( $62,2 \pm 10,09$ ) и «самоконтроль» ( $62,3 \pm 7,48$ ). Менее всего используются такие стратегии, как «конфронтация» ( $35,35 \pm 8,09$ ) и «планирование решения проблемы» ( $42,1 \pm 13,77$ ), их значения значительно ниже нормативных данных. Пациенты с БП с преимущественно ригидно-брадикинетической формой (Группа 2) характеризуются доминированием избегающего эмоционально-фокусированного поведения в проблемных ситуациях. Избегающее поведение, являясь пассивным, не ведет к разрешению трудностей, усугубляя эмоциональные последствия стрессового воздействия.

Таким образом, в результате сравнения особенностей копинг-поведения в двух группах больных, нами был обнаружен дисбаланс в системе защитно-совладающего поведения Группы 2, а именно – дефицит конструктивных проблемно-решающих стратегий и преобладание избегающего, пассивного способа реагирования. Исследование Whitworth S.R., Loftus A.M., Skinner T.C., et al. (2013) [5] показало, что коррекция неадаптивного копинга ведет к улучшению качества жизни. Психологическое вмешательство, направленное на дезадаптирующие копинг-стратегии, такие, как избегание, может быть эффективно в улучшении качества жизни. Сравнительный анализ копинг-поведения пациентов обеих групп приведен в таблице 1.

Таблица 1

Достоверные различия в копинг-поведении в двух группах

Копинг	Пациенты с БП с преимущественного дрожательно-ригидной формой, Группа 1 (n=20)	Пациенты с БП с преимущественного ригидно-брадикинетической формой, Группа 2 (n=20)	p достоверность различий
Конфронтация	57,85±11,4	35,35±8,09	0,000001
Планирование решения проблемы	59,45±5,92	42,1±13,77	0,000019
Самоконтроль	44,55±11,49	62,3±7,48	0,000012
Бегство-избегание	41,1±10,12	62,2±10,09	0,000008

Также нами были исследованы механизмы защиты таких пациентов. Выявлено, что в группе 1 наиболее часто применяемыми механизмами защиты являются «компенсация» (73,85±24,08) и «интеллектуализация» (70,5±24,86). Наименее используемым защитным механизмом в Группе 1 является «замещение» (40,75±14,86).

Группе 2 наиболее выраженными механизмами психологической защиты являются «проекция» (76,95±18,82), «регрессия» (73,65±24,21) и «отрицание» (72,4±24,83). Последнее по частоте применения место занимает «компенсация» (41,85±19,79). Сравнительная оценка механизма защиты пациентов 1 и 2 групп приведена в таблице 2.

Таблица 2.

Достоверные различия в использовании механизмов психологической защиты в двух группах

Механизмы психологической защиты	Пациенты с БП с преимущественного дрожательно-ригидной формой, Группа 1 (n=20)	Пациенты с БП с преимущественного ригидно-брадикинетической формой, Группа 2 (n=20)	p достоверность различий
Компенсация	73,85±24,08	41,85±19,79	0,00026
Проекция	43,15±27,42	76,95±18,82	0,00053
Регрессия	42,21±28,14	73,65±24,21	0,00037

**Заключение.** Для пациентов Группы 2 наиболее характерными являются пассивные, считающиеся де-структивными, способы разрешения проблемной ситуации («проекция», «регрессия», «отрицание»). Такое неравномерное распределение механизмов психологической защиты, с преобладание неконструктивных и недостатком конструктивных, может отрицательно влиять на адаптационные возможности больных.

Для пациентов Группы 1 (пациенты с дрожательно-ригидной формой) характерно использование наиболее зрелых защитных механизмов, в то время, как Группа 2 (пациенты с ригидно-брадикинетической формой) использует пассивные механизмы психологической защиты, которые не направлены на конструктивное проработывание стрессовой ситуации.

Нами было обнаружено, что уровень социально-психологической адаптации достоверно выше в группе пациентов с БП с преимущественно дрожательно-ригидной формой. Полученные данные подтверждают важность психологической диагностики в рамках неврологической клиники для дальнейшего использования при планировании психокоррекционных мероприятий [5, 6].

#### Литература

- Montel S., Bonnet A.M., Bungener C. Quality of life in relation to mood, coping strategies, and dyskinesia in Parkinson's disease. // Journal of geriatric psychiatry and neurology. – 2009. – 22 (2). – p. 95-102.
- Bucks R.S., Cruise K.E., Skinner T.C., et al. Coping processes and health-related quality of life in Parkinson's disease. // International journal of geriatric psychiatry. – 2011. – 26 (3). – p. 247-55.
- Коцюбинский А.П. с соавт. Методики психологической диагностики больных с эндогенными психическими расстройствами. – СПб., 2007. – 47 с.
- Смулевич А.Б., Сыркин А.Л. Психокardiология. М., 2005. – 784 с.
- Whitworth S.R., Loftus A.M., Skinner T.C., et al. Personality affects aspects of health-related quality of life in Parkinson's disease via psychological coping strategies. // Journal of Parkinson's disease. – 2013. -3 (1). – p. 45-53.
- Charlton G.S, Barrow C.J. Coping and self-help group membership in Parkinson's disease: an exploratory qualitative study.// Health and social care in community. – 2002. – 10 (6). – p. 472-478.