

English version: [Belinskaya E.P., Sangova S. The illness as a difficult living situation:](#)

Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия  
[Psychological Institute RAS, Moscow, Russia](#)  
Московский государственный областной университет, Москва, Россия

[Сведения об авторах](#)  
[Литература](#)  
[Ссылка для цитирования](#)

Специфика стратегий совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией у родственников онкологических больных рассматривается с позиций динамического подхода. В сравнении со стратегиями копинга у родственников ситуативно больных получены следующие эмпирические данные: проблемно-ориентированный копинг более выражен у родственников онкобольных, а также им в большей степени присущи поиск социальной поддержки и сотрудничество; родственники ситуативных больных значимо чаще используют стратегии избегания и отвлечения; трудная жизненная ситуация, связанная с тяжелой болезнью члена семьи, меняет представления родственников больного о самих себе и о своей ролевой позиции, что опосредует использование ими определенных стратегий совладания; в максимальной степени это характерно для тех респондентов, которые начинают воспринимать свой образ близко к образу врача, используя копинг, ориентированный на решение задачи.

Ключевые слова: совладание, болезнь, трудная жизненная ситуация, стратегии совладания, ресурсы совладания

Осмысление переживаний и поведения человека, оказавшегося в тяжелой жизненной ситуации, в рамках культурно-исторической парадигмы (когда именно культура выступает как синергетическая основа личности, структурирующая образ Я в кризисных периодах и ситуациях [Марцинковская, 2012]), очевидно предполагает учет существующих социокультурных представлений и стереотипов. В значительной степени это касается изучения ситуации серьезного заболевания, которая требует мобилизации психологических ресурсов личности, – причем не только от больного, но и от людей, его окружающих и включенных в изменяющиеся в связи с болезнью процессы общения и взаимодействия.

В настоящее время изучение болезни как общей для семьи трудной жизненной ситуации еще только накапливает конкретные эмпирические данные. Отдельным направлением, социальную значимость которого трудно переоценить, становятся исследования внутрисемейного копинга при онкологических заболеваниях [Родина,

Орлова, 2004; Волкан, Зинтл, 2014]. При этом подавляющее большинство из них посвящены особенностям совладания со стрессом тяжелого заболевания у самих онкобольных [Temoshok, 2000; Гнездилов, 2001; Petticrew et al., 2002]. Так, например, изучаются особенности адаптации онкобольных к ситуации заболевания, исследуются ресурсы личности, определяющие сохранение субъективного психологического благополучия при жизнеугрожающем заболевании [Финангетова, 2009; Duci, Tahsini, 2011], анализируются ведущие копинг-стратегии пациентов онкологической клиники [Ginossar et al., 2009; Русина, 2013; Сирота и др., 2014].

Однако вопрос о том, какие стратегии совладания с ситуацией тяжелой болезни предпочтительны для родственников онкобольного, остается практически неизученным. Между тем понимание особенностей переживаний родственников, ухаживающих за онкобольным членом семьи, анализ психологических механизмов, помогающих им выдержать это испытание, знание особенностей их общения и взаимодействия в трудных ситуациях, связанных с болезнью, дают новые возможности в разработке подходов к оказанию паллиативной помощи не только самому тяжелобольному, но и членам его семьи.

Подчеркнем, что подобный подход к анализу болезни как трудной жизненной ситуации очевидно согласуется с доминирующим на сегодняшний день в психологии совладания динамическим подходом. Различные по своим теоретическим основаниям и эмпирическим данным исследования данной проблемы имеют некоторый «общий вектор» – согласие в том, что совладание суть динамический процесс, протекание которого определяется не только характеристиками самой ситуации и личностными особенностями субъекта, но их взаимодействием, которое состоит в формировании комплексной когнитивной оценки, включающей как интерпретацию субъектом ситуации, так и его представления о себе в ней [Белинская, 2009; Ялтонский, 2010]. Поэтому можно предположить, что выбор стратегий совладания родственников больных будет опосредован их динамикой восприятия себя и своих ролевых позиций, причем степень этого опосредования будет зависеть от тяжести заболевания.

## Болезнь как трудная ситуация в жизни семьи

На сегодняшний день большое количество исследований свидетельствует о том, что семьи, столкнувшись с трудными ситуациями, по-разному противостоят этим трудностям [Крюкова и др., 2005; Куфтяк, 2014]. Отмечается, что «вектор» внутрисемейного совладания с трудностями детерминирован целым рядом факторов, а именно: своеобразием семейной жизнедеятельности, которое, будучи ресурсом социального пространства семьи, напрямую влияет на выбор семейного копинга; личностными особенностями членов семьи, в частности – их индивидуальной резистентностью к стрессу; спецификой предыдущего опыта преодоления трудных внутрисемейных ситуаций и т.д. В рамках ресурсного подхода к копингу в целом выделяют две группы так называемых семейных стабилизаторов в ситуации переживания трудностей: функциональные (удовлетворяют потребности семьи) и дисфункциональные (препятствуют реализации функций). К функциональным

стабилизаторам относят общее место проживания, общие развлечения, обоюдный интерес партнеров, а к дисфункциональным – болезнь члена семьи, асоциальное поведение членов семьи, несогласие с ценностями партнера [Куфтяк, 2014].

Тяжелая болезнь одного из членов семьи как ситуация, требующая совладания, имеет свои особенности, затрудняющие непосредственный «перенос» на нее накопленных данных о семейном копинге в целом. Прежде всего, это касается восприятия самого стрессора: так, отмечается, что в случае тяжелой болезни нередко один и тот же стрессор (ухудшение здоровья члена семьи) может рассматриваться родственниками как микрострессор (трудность повседневности) в одном случае, и как сильный долгосрочный стрессор, имеющий при этом некоторое экзистенциальное значение, в другом [Hahn, Smith, 1999], что в целом связано с особенностями мировоззренческого выбора (прежде всего – уровнем религиозности). Во-вторых, это касается и понимания ресурсов совладания: в стрессовых ситуациях, связанных с болезнью, актуализируются специфические для этой ситуации ресурсы. Так, например, отмечается, что врач может стать ресурсной фигурой в процессе семейного совладания с трудными ситуациями, связанными с тяжелой болезнью члена семьи [Фомина, 2010]; и подчеркнем, что речь в данном случае не идет только о модификации поиска социальной поддержки. В-третьих, это касается и динамики переживаний и эмоциональных реакций членов семьи больного, особенно в ситуации онкологических заболеваний. Остановимся на этом подробнее.

Значительное количество исследований свидетельствуют о наличии тяжелых эмоциональных переживаний у родственников онкобольных: страхов возможной собственной смерти, гнева, обиды на судьбу и чувства несправедливости мира («за что это мне?»), а также собственной вины, которые, как отмечается, нередко могут переживаться одновременно. По мере развития болезни подобные переживания могут сменяться ощущением собственной беспомощности и бессилия, чувством безнадежности и отчаяния, а часть из них трансформироваться, – так, например, чувство вины заменяется переживанием обиды на самого больного [Саймонтон, Саймонтон, 2015; Родина, Орлова, 2004; Akizuki et al., 2010].

Отмечается, что эмоциональные переживания родственников, связанные с болезнью члена семьи, в максимальной степени выражены в ситуациях: 1) постановки онкологического диагноза; 2) в период первого рецидива; 3) в момент обнаружения метастазов [Твайкросс, Фрамpton, 1992]. Следствием этих переживаний в итоге нередко становится депрессия: согласно некоторым исследованиям, среди родственников онкобольных, вне зависимости от их пола, возраста и национальности, достаточно распространены симптомы клинической депрессии [Rhee et al., 2008]. Данный показатель положительно коррелирует с длительностью заболевания: низкие показатели депрессии отмечаются в первый год ухода за больным, а наиболее высокие – в промежутке от 1 до 5 лет с момента обнаружения у члена семьи злокачественного новообразования и последующего ухода за ним [Akizuki et al., 2010].

Исследования особенностей восприятия родственниками онкобольных ситуации болезни в целом показывают, что усиление у них симптомов депрессии нередко

происходит в силу объективной «многозадачности» деятельности: большинство семей, имеющих в своем составе онкобольного, сталкиваются с резким снижением качества жизни в сочетании с необходимостью продолжать уход и одновременно приумножать источники заработка. Так, более четверти людей, ухаживающих за членом семьи с тяжелым заболеванием, были вынуждены бросить работу и внести значительные изменения в привычный уклад своей жизни; треть родственников, ухаживающих за онкобольным членом семьи, потеряли почти все или большую часть своих сбережений и сообщили о потере основного источника дохода [Biegel et al., 1991], и в большей степени это касается женщин, значимо чаще мужчин берущих на себя ответственность по уходу за онкобольным и одновременно более включенных в проблемы балансировки потребностей здоровых и больного членов семьи [Surbone, 2003]. Также немаловажным фактором переживания «многозадачности» у родственников онкобольных является сочетание необходимости поддержки эмоционального благополучия больного с ощущением собственного физического и эмоционального истощения, что приводит к страхам ухудшения собственного здоровья и беспокойству о том, что в какой-то момент они не смогут должным образом заботиться о близком человеке [Carter, 2002; Cristine et al., 2003].

Очевидно, что столь сложная жизненная ситуация задает и своеобразие способов совладания с ней. Еще крайне немногочисленные эмпирические данные об этом образуют довольно разноплановую картину.

Например, в феноменологически ориентированных исследованиях отмечаются два возможных способа решения проблем, которыми чаще пользуются ухаживающие за онкобольным родственником [Teschendorf et al., 2007]. Первый из них основан на саморефлексии и обдумывании собственных действий, направленных на помощь больному. Родственники такого типа руководствовались альтруистичными взглядами, всячески проявляли заботу и доброту по отношению к больному, отказывались от некоторых лично важных дел с целью сэкономить время для ухода, нередко существенно ограничивая собственную свободу. При этом они сохраняли оптимизм и пытались передать эту надежду больному; верили, что смогут выдержать груз ответственности, возложенный на них. Отметим, что характерным для них было использование внутреннего диалога, с целью напомнить себе, что они совершают хороший поступок. Этот внутренний диалог становился средством совладания с бурными отрицательными эмоциями и усиления чувства, что ситуация в итоге разрешится успешно.

Подчеркнем здесь же, что, согласно другим исследованиям, большинство родственников, ухаживающих за онкобольным членом семьи, отмечают, что забота о любимом человеке придает их жизни смысл и дает возможность гордиться собой, рассматривая уход как особую возможность, подчеркивая удовлетворенность от способности помочь тем, кого они любили [Hilgeman et al., 2007]. Второй тип поведения, хоть и не особо отличавшийся своими проявлениями в повседневном уходе за больным, имел иную психологическую составляющую. Ухаживающие второго типа на первый план ставили собственные интересы, проявляли некоторую эмоциональную отстраненность. Все эти действия не давали больному увидеть эмоциональный конфликт, который происходил внутри ухаживающего, ухудшая в

итоге характер их межличностного общения и взаимодействия.

Наиболее часто изучаемыми ресурсами совладания родственниками тяжелобольных с ситуацией болезни являются социальные и социокультурные ресурсы, среди которых доминируют возможности социальной поддержки и уровень религиозности. Так, согласно недавним эмпирическим исследованиям, родственники онкобольных, искавшие социальной поддержки, лучше адаптировались к ситуации болезни, более успешно преодолевали стресс, демонстрировали более высокий уровень психологического благополучия по сравнению с ухаживающими, которые отказывались от помощи окружающих, пытались самостоятельно решить проблему и в целом демонстрировали тенденции к самоизоляции в повседневной коммуникации [Karabulutlu, 2014]. Одновременно показано, что использование такой стратегии копинга, как уход (например, с помощью алкоголизации), ведет к психологической дезадаптации и усиливает тревожно-депрессивные расстройства у родственников онкобольных [Duci, Tahsini, 2011]. Что же касается религии как ресурса совладания, то большая часть исследователей отмечает конструктивную роль религиозных убеждений в копинге родственников онкобольных (вне зависимости от конкретной конфессиональной принадлежности) [Abernethy et al., 2002].

Как уже отмечалось, представляется интересным рассмотреть особенности совладания родственников онкобольных (в частности – используемые ими стратегии копинга) в контексте восприятия ими самих себя и своей семьи как «общего пространства» трудной жизненной ситуации. Мы предполагаем, что выбор тех или иных стратегий совладания ухаживающих родственников будет связан с динамикой межличностных отношений с больным, выражающейся в изменении ролевых позиций в коммуникации, а также с характером изменений в самовосприятии.

## Эмпирическое исследование особенностей стратегий совладания родственников онкобольных

### Выборка

В исследовании приняли участие родственники, ухаживающие за тяжелобольным членом семьи (онкология III и IV стадии), и родственники, ухаживающие за ситуативно больным (грипп, ларингит, бронхит и т.д.); всего 72 человека, по 36 человек в каждой группе (см. табл. 1).

Таблица 1

Характеристика участников исследования

Описание участников	Основная группа	Группа сравнения
Респонденты	Родственники, ухаживающие за тяжелобольным (онкобольным)	Родственники, ухаживающие за ситуативным больным (грипп, ангина, фарингит, бронхит и т.д.)

Всего участников	36 человек	36 человек
Количество женщин	29 человек	29 человек
Количество мужчин	7 человек	7 человек
Средний возраст по выборке	41,56	41,22
Минимальный возраст	20 лет	20 лет
Максимальный возраст	70 лет	72 года
Стандартное отклонение	16,698	16,385
Имеют высшее образование	18 человек	20 человек
Имеют средне-специальное образование	18 человек	16 человек

Основанием для формирования обеих выборок исследования послужили следующие критерии: 1) ухаживающие за больным должны были состоять с ним в родственных отношениях; 2) желание и готовность ухаживающих родственников принять участие в исследовании; 3) наличие у ухаживающих родственников средне-специального или высшего образования, а также владение русским языком. Отметим, что отдельную задачу мы видели в том, чтобы добиться определенного соответствия по ряду параметров группы сравнения основной группе исследования.

Средний возраст больного, за которым ухаживал родственник, в основной группе составил 57 лет (минимальный – 18 лет, максимальный – 87 лет). Длительность заболевания – от одного месяца до года. Средний возраст ситуативно больного члена семьи в группе сравнения – 51 год (минимальный – 19 лет, максимальный – 82 года). Длительность заболевания – от одной недели до трех месяцев.

Базами исследования послужили Ташкентский городской онкологический диспансер и отделение отоларингологии и пульмонологии Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи. Общая продолжительность исследования составила три месяца.

#### Методики

С целью диагностики предпочитаемых родственниками копинг-стратегий использовалась методика диагностики копинг-поведения в стрессовых ситуациях С.Нормана, Д.Ф.Эндлера, Д.А.Джеймса (в адаптации Т.Л.Крюковой), включающая в себя три шкалы: копинг, ориентированный на решение задачи; копинг, ориентированный на эмоции; копинг, ориентированный на избегание [Крюкова, 2007].

Для определения особенностей представлений родственников о себе до и после диагностирования заболевания, а также для выявления возможных ролевых позиций во взаимоотношениях с больным использовалась методика личностного дифференциала. В качестве оцениваемых объектов респондентам предлагалось

оценить: себя, себя в прошлом (до болезни члена семьи), себя в будущем, своего болеющего родственника, врача, а также образы типичного родителя и типичного ребенка.

Как дополнение к этим методикам использовалось полуструктурированное интервью, включающее в себя вопросы о субъективных переживаниях и сложностях, с которыми сталкиваются родственники, а также об используемых ресурсах (внешних и внутренних) для совладания с трудной жизненной ситуацией, связанной с болезнью члена семьи.

Все методики проводились индивидуально.

### Методы обработки данных

Полученные первичные данные обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS 15, с предварительной проверкой на нормальность распределения с помощью статистического критерия Колмогорова–Смирнова (эмпирическое распределение соответствует нормальному:  $p > 0,05$ ).

### Результаты

Был проведен психометрический анализ шкал методики на определение стратегий совладания, показавший, что все три шкалы обладают надежностью согласно высоким значениям коэффициента  $\alpha$  Кронбаха, что дает основание говорить о внутренней согласованности пунктов, описывающих эти шкалы. Однако две субшкалы данной методики («Отвлечение» и «Социальное отвлечение») обладают низкой надежностью ( $\alpha$  Кронбаха равен 0,568 и 0,439 соответственно), в связи с чем было принято решение не использовать их для дальнейшего анализа.

После проведения описательной статистики по шкалам данной методики и необходимой нормализации ряда значений через нелинейное преобразование [Митина, 2011] был применен t-критерий Стьюдента для того, чтобы статистически доказать, что имеются значимые различия стратегий совладания в двух исследуемых группах респондентов. Оказалось, что значимые различия существуют лишь по одной шкале («Копинг, ориентированный на решение задачи»), а по двум другим шкалам – «Копинг, ориентированный на эмоции» и «Копинг, ориентированный на избегание», – отсутствуют.

Полученные результаты по шкале копинга, ориентированного на решение задачи, представлены в табл. 2.

Таблица 2

Сравнение групп родственников онкобольных и родственников ситуативных больных по результатам шкалы «Копинг, ориентированный на решение задачи»

Копинг, ориенти	Количество	Среднее	Ст. отклонение	Уровень
-----------------	------------	---------	----------------	---------

ориентированный на решение задачи	респондентов			значимости
Родственники онкобольных	36	500,01	55,363	0,000
Родственники ситуативных больных	36	358,83	73,496	

Примечания. Сравнение проводилось с использованием t-критерия Стьюдента.

Как можно видеть, среднее значение копинга, ориентированного на решение задачи, для группы родственников онкобольных значительно больше, нежели аналогичное значение для группы родственников ситуативно больных; последние в большей степени прибегают к другим, менее конструктивным стратегиям совладания.

При этом были обнаружены различия не столько в выраженности, сколько в содержании тех стратегий совладания, которые не показали значимых различий по двум группам опрошенных. Кроме того, было выявлено, что и в шкале «Копинг, ориентированный на решение» есть пункты, различающиеся по показателям надежности в разных группах. Например, пункт 15 («Вспоминаю, как я раньше решал аналогичные проблемы») обладает высокой надежностью в группе родственников ситуативно больных и не работает в группе родственников онкобольных, в ситуации которых предыдущего опыта в решении аналогичной проблемы не было.

Далее данные о предпочитаемых стратегиях совладания для каждой группы опрошенных были прокоррелированы между собой (использовался коэффициент корреляции Пирсона), в результате чего было выявлено, что в группе родственников онкобольных ориентация на решение задачи отрицательно коррелирует с ориентацией на эмоции ( $r = -0,294$ ,  $p < 0,05$ ), при этом ориентация на избегание и ориентация на эмоции значимо позитивно коррелируют друг с другом ( $r = 0,346$ ,  $p < 0,05$ ). Иными словами, можно сказать, что родственники онкобольных либо действуют, либо избегают (отстраняются от проблемы) и ориентируются на эмоции (погружаются в свою боль и страдания). Показательно, что для группы родственников ситуативно больных подобных корреляций не было выявлено. Тем самым для родственников ситуативно больных ориентация на эмоции не является показателем избегания, каковой она представляется для родственников тяжелобольных.

Напомним, что одно из наших исходных предположений состояло в том, что существует взаимосвязь между характером совладания у родственников тяжелобольных и тем, как они воспринимают себя, – как с точки зрения изменений во времени, так и с точки зрения преобладания тех или иных своих ролевых позиций во взаимодействии. Для выяснения взаимосвязи образа себя («Я сам») и других ролевых образов с теми или иными стратегиями совладания сначала вычислялось соответствующее Евклидово расстояние, а затем применялся корреляционный



анализ. Наиболее интересные и значимые результаты касались связи между образом Я родственника онкобольного и образом Врача: оказалось, что чем ближе образ Я родственника онкобольного к образу Врача, тем больше ухаживающий родственник склонен использовать копинг, ориентированный на решение задачи.

Сравнение образов себя до болезни родственника и с образом себя в настоящий момент по двум группам респондентов дало ожидаемые результаты, представленные в табл. 3.

Таблица 3

Сравнение групп родственников онкобольных и родственников ситуативных больных по представлениям о себе в настоящем и в прошлом (до болезни члена семьи)

Расстояние между образом «Я» и «Я в прошлом до болезни члена семьи	Количество респондентов	Среднее	Ст. отклонение	Уровень значимости
Родственники онкобольных	36	0,831	0,247	0,009
Родственники ситуативных больных	36	0,678	0,233	

Примечания. Сравнение проводилось с использованием t-критерия Стьюдента.

Можно видеть, что расстояние между образом Я в настоящее время и представлениями о себе в прошлом (до болезни члена семьи) в группе родственников тяжелобольных больше по сравнению с группой родственников ситуативных больных; иными словами, для родственников онкобольных болезнь становится моментом, изменившим их жизнь, в частности представления о себе.

Полученные данные были дополнены результатами контент-анализа полуструктурированных интервью в обеих группах респондентов. Категориальная сетка была составлена с опорой на ряд современных исследований стратегий и ресурсов совладания [Корнев, 2006; Рассказова, Гордеева, 2011; Фоминова, 2012; Хачатурова, 2013] и включала в себя следующие категории и подкатегории.

1) Трудности, связанные с болезнью, с которыми сталкиваются родственники в момент установления диагноза.

2) Трудности, связанные с болезнью, с которыми сталкиваются родственники во время лечения (ухода за больным).

### 3) Стратегии совладания:

- когнитивные (оптимизм, проблемный анализ, придание смысла и принятие ответственности, игнорирование, смирение, относительность, религиозность);
- эмоциональные (самообвинение, агрессивность, эмоциональная разрядка, самоконтроль, протест);
- поведенческие (активное избегание, отвлечение, поиск информационной поддержки, поиск эмоциональной поддержки, поиск действенной поддержки, компенсация, сотрудничество).

### 4) Ресурсы совладания:

- внутренние (личностные черты родственника, индивидуальные особенности других членов семьи);
- внешние (время, деньги, поддержка ближайшего окружения, отсутствие других жизненных стрессов).

Начнем с конкретных трудностей, с которыми сталкиваются родственники онкобольных и родственники ситуативно больных в момент установления диагноза. Оказалось, что у родственников онкобольных чаще наблюдаются психологические трудности в момент установления диагноза, по сравнению с родственниками ситуативно больных. Также, родственники онкобольных чаще испытывают финансовые трудности, связанные с оплатой медицинских обследований, многочисленных анализов, консультаций специалистов и т.д. Однако непосредственно с медицинскими трудностями (многочисленными повторными анализами, различными обследованиями с целью опровержения / подтверждения диагноза) обе группы родственников сталкиваются практически с одинаковой частотой.

По мере развития заболевания трудности, которые отмечают родственники, несколько меняются. Так, в группе родственников онкобольных финансовые и психологические трудности не только сохранились, но стали гораздо более выраженными. Отметим при этом, что если в момент установления диагноза явных различий между группами по категории медицинских (процессуальных) трудностей не было, то во время ухода за больным в группе родственников ситуативных больных они заметно уменьшились, а в группе родственников онкобольных возросли.

Столь разная ситуация болезни ведет и к различиям в стратегиях совладания родственников больных: существуют выраженные различия в их когнитивных, эмоциональных и поведенческих стратегиях coping. Так, в том, что касается когнитивных стратегий совладания, что для родственников онкобольных характерным оказывается использовать такие стратегии совладания, как религиозность, придание смысла, смирение и самоконтроль, что, с нашей точки зрения, может быть рассмотрено во взаимосвязи. Для обеих групп характерна такая стратегия совладания, как проблемный анализ, что в принципе подтверждает ранее полученные результаты по методике С.Нормана, Д.Ф.Эндлера.

Эмоциональные стратегии совладания в обеих группах имеют примерно одинаковую представленность, но степень их выраженности существенно выше в группе родственников онкобольных. Что же касается поведенческих стратегий копинга, то оказалось, что группа родственников онкобольных чаще прибегают к поиску действенной поддержки (поиск способных помочь конкретными действиями), нежели родственники ситуативно больных. Чуть в меньшей степени они обращаются к знакомым, владеющим знаниями, а также к различным специалистам, ищут новые способы лечения, реализуя стратегию поиска информационной поддержки. Отметим, что выраженность поиска эмоциональной поддержки в своем ближайшем социальном окружении для обеих групп родственников практически одинакова. Такая стратегия, как отвлечение (временный отход от решения проблемы с помощью алкоголя, снотворных, успокоительных, посещения социальных сетей), более выражена у родственников ситуативно больных. Стратегия активного избегания (уклонение от ответственности, поведенческий уход от проблемы, отказ от решения проблемы и т.д.) характерна только для ухаживающих за ситуативно больным, среди родственников онкобольных таких случаев не наблюдалось.

Для выявления статистически достоверных различий между группами родственников онкобольных и родственников ситуативно больных в частоте использования трех выделенных стратегий совладания был применен  $\chi^2$ -тест. В результате вычислений определено, что критерий согласия Пирсона равен 12,431, уровень значимости  $p = 0,002$ . Вычисленное  $p$ -значение меньше принятого уровня значимости (был принят уровень значимости, равный 0,05). Следовательно, можно сделать вывод о наличии значимых различий между группами родственников онкобольных и родственников ситуативно больных в частоте использования данных стратегий совладания. Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Различия между группами родственников онкобольных и родственников ситуативно больных в частоте использования выделенных стратегий совладания

Группа	Встречаемость			Всего Стратегии совладания	Показатели	
	Когнитивные стратегии совладания	Эмоциональные стратегии совладания	Поведенческие стратегии совладания		Критерий согласия Пирсона	Уровень значимости
Родственники онкобольных	136	139	181	456	12,431	0,002
Родственники ситуативно больных	126	67	147	340		

Можно утверждать, что родственники онкобольных упоминают разные эмоции при совладании чаще, чем родственники ситуативно больных. При этом родственники

онкобольных в принципе чаще пользуются всеми возможными стратегиями совладания по сравнению с родственниками ситуативно больных. Отметим также, что ухаживающим за онкобольным в большей степени присущи такие поведенческие копинги, как поиск социальной поддержки и сотрудничество, в то время как родственники ситуативных больных из поведенческих стратегий совладания чаще используют активное избегание, отвлечение и компенсацию.

Наконец, были рассмотрены различия между двумя группами с точки зрения используемых ресурсов совладания – как внешних, так и внутренних. Родственники онкобольных в целом чаще, нежели родственники ситуативно больных, склонны опираться на внутренние ресурсы совладания, причем это практически в равной степени касается как собственных личностных ресурсов, так и личностных ресурсов других членов семьи (в том числе – самого больного).

Что же касается использования внешних ресурсов для совладания (в качестве таковых рассматривались наличие времени для ухода за больным, необходимые денежные ресурсы, поддержка ближайшего социального окружения и отсутствие других серьезных жизненных стрессов), то в сравнении двух изучаемых групп родственников было отмечено следующее: по критерию наличия времени для ухода за больным различий между двумя группами практически не наблюдается – и родственники онкобольных, и родственники ситуативно больных отмечают наличие у себя этого ресурса для совладания с ситуацией болезни. При этом по критерию наличия достаточного количества денежных средств отмечается достаточно большое различие между двумя группами: как и можно было ожидать, родственники ситуативно больных чаще говорят об отсутствии финансовой зависимости в отличие от родственников онкобольных.

Также стоит отметить, что ухаживающие за онкобольным по показателю поддержки ближайшего окружения (взаимоотношения с друзьями, близкими знакомыми, членами семьи) проявляют большую инициативу – они чаще обращаются за помощью и социальной поддержкой, при этом как инструментальной, так и эмоциональной. По критерию отсутствия других жизненных стрессов родственники ситуативно больных отмечают, что в меньшей степени подвержены частым конфликтам и спорам, неожиданным переменам в жизни и проблемам на работе, в отличие от ухаживающих за онкобольными родственниками, которые в большей степени отмечают наличие в своей жизни всех вышеперечисленных проблем.

## Выводы

Предположение о том, что родственники тяжелобольных и родственники ситуативно больных используют отличные друг от друга стратегии совладания, подтвердилось: проблемно-ориентированный копинг более выражен у родственников онкобольных. Помимо этого, отличия в копинг-стратегиях группы родственников онкобольных и группы родственников ситуативных больных были обнаружены и в корреляциях между шкалами методики. В частности, в группе родственников онкобольных стратегия избегания значимо положительно коррелирует с копингом,

ориентированным на эмоции.

В целом репертуар стратегий совладания родственников онкобольных шире, нежели у родственников ситуативно больных: они чаще пользуются всеми стратегиями совладания (когнитивными, эмоциональными, поведенческими). Кроме того, были выявлены различия в когнитивных стратегиях совладания: родственникам онкобольных присущ уход в сторону некоторого переосмысления проблемы и религиозность. Для родственников ситуативно больных более свойственна такая когнитивная стратегия совладания, как игнорирование (мысленный уход от проблемы). Обнаружено, что родственники онкобольных во время интервью упоминают разные эмоции при совладании чаще, чем родственники ситуативно больных. Родственникам онкобольных в большей степени присущи такие поведенческие копинг-стратегии как поиск социальной поддержки и сотрудничество, в то время как родственники ситуативных больных из поведенческих стратегий совладания чаще используют активное избегание, отвлечение и компенсацию.

Существует также определенная взаимосвязь между характером совладания у родственников тяжелобольных и тем, как они воспринимают себя, а именно: если родственник онкобольного в трудной жизненной ситуации, связанной с болезнью члена семьи, воспринимает свой образ близко к образу Врача, то он будет более склонен использовать копинг, ориентированный на решение задачи. Иными словами, предпочтение стратегий совладания в такой трудной общесемейной ситуации, каковой является тяжелая болезнь одного из ее членов, опосредовано динамикой самовосприятия и ролевых позиций во внутрисемейном взаимодействии.

#### Финансирование

Исследование выполнено при поддержке Российского гуманитарного научного фонда, проект 14-06-00640 «Культура как образующая личности: современные тенденции и механизмы».

#### [Литература](#)

Белинская Е.П. Совладание как социально-психологическая проблема. Психологические исследования, 2009, No. 1(3). <http://psystudy.ru>

Волкан В., Зинтл Э. Психология горевания. М.: Когито-Центр, 2014.

Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных. Практическая онкология, 2001, 5(1), 5–13.

Корнев К.И. Специфика копинга в условиях неопределенности. В кн.: Человек в условиях неопределенности: Сборник материалов Всероссийской конференции. Новосибирск: Новосибирский гос. университет, 2006. С. 24–35.

Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три шкалы. Кострома:

Авантитул, 2007.

Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Психология семьи: жизненные трудности и совладание с ними. СПб.: Речь, 2005.

Куфтяк Е.В. Жизнеспособность семьи: теория и практика. Медицинская психология в России, 2014, 5(28). <http://mprj.ru>

Марцинковская Т.Д. Феноменология и механизмы развития: историко-генетический подход. Психологические исследования, 2012, 5(24), 12. <http://psystudy.ru>

Митина О.В. Разработка и адаптация психологических опросников. М.: Смысл, 2011.

Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований. Психологические исследования, 2011, No. 3(17). <http://psystudy.ru>

Родина Л.А., Орлова Т.В. Онкологический больной и его семья. Вместе против рака, 2004, No. 3. <http://www.vmpr.ru>

Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники. Медицинская психология в России, 2013, No. 5(22). <http://mprj.ru>

Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. СПб.: Питер, 2015.

Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонская А.В. Совладающее поведение женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы. Медицинская психология в России, 2014, No. 1(24), 10. <http://mprj.ru>

Твайкросс Р.Дж., Фрамpton Д. Введение в паллиативное лечение. Лекции. Оксфорд: Сobell Пабликейшн, 1992. <http://www.medpsy.ru/society/society001.php>

Финагентова Н.В. Мультиmodalный подход и многомерная диагностика в психологическом сопровождении онкологических заболеваний. Вестник Костромского государственного университета им. Н.А.Некрасова. Сер. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика, 2009, 15(2), 211–214.

Фомина Н.В. Отношение к болезни как ресурс совладающего поведения. В кн.: Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова (Ред.), Психология стресса и совладающего поведения: материалы Международной науч.-практ. конф., Кострома, 23–25 сентября 2010 г. Кострома: Костромской гос. университет им. Н.А.Некрасова, 2010. Т. 1, с. 117.

Фоминова А.Н. Роль когнитивных и поведенческих навыков в проявлении жизнестойкости. Концепт: научно-методический электронный журнал, 2012, No. 8. <http://www.covenok.ru>

Хачатурова М.Р. Совладающий репертуар личности: обзор зарубежных исследований. Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2013, 10(3), 160–169.

Ялтонский В.М. Современные теоретические подходы к исследованию совладающего поведения. Медицинская психология в России, 2010, No. 1. [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

Abernethy A.D., Chang H.T., Seidlitz L., Evinger J.S., Duberstein P.R. Religious coping and depression among spouses of people with lung cancer. *Psychosomatics*, 2002, 43(6), 456–463.

Akizuki N., Akechi T., Nakano T., Shimizu K., Umezawa S., Ogawa A., Matsui Y., Uchitomi Y. Psychological Distress Experienced by Families of Cancer Patients: a preliminary finding from psychiatric consultation service at National Cancer Center Hospitals in Japan. *Palliat Support Care*, 2010, 8(3), 291–295.

Biegel D.E., Sales E., Schulz R. Family caregiving in chronic illness: Alzheimers disease, cancer, heart disease, mental illness, and stroke. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1991.

Carter P.A. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncology Nursing Forum* , 2002, 29(9), 1277–1283.

Coristine M., Crooks D., Grunfeld E. Caregiving for women with advanced breast cancer. *Psychooncology*, 2003, 12(7), 709–719.

Duci V., Tahsini I. Perceived social support and coping styles as moderators for levels of anxiety, depression and quality of life in cancer caregivers: a literature review. *European Scientific Journal*, 2011, 8(11), 160–175.

Ginossar T., Larkey L.K., Howe N. Coping with Womens Cancer: Patients? Type of Cancer, Coping Styles, and Perceived Importance of Information and Emotional Support from Physicians and from Nurses. Paper presented at the annual meeting of the International Communication Association. Chicago, IL, 2009. <http://citation.allacademic.com>

Hahn S.E., Smith C.S. Daily hassles and chronic stressors: Conceptual and measurement issues. *Stress Medicine*, 1999, 15(2), 89–101.

Hilgeman M.M., Allen R.S., DeCoster J., Burgio L.D. Positive aspects of caregiving as a moderator of treatment outcome over 12 months. *Psychology and Aging*, 2007, 22(2), 361–371.

Karabulutlu E. Y. Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2014, 1(1), 55–60.

Petticrew M., Bell R., Hunter D. Influence of psychological coping on survival and recurrence in people with cancer: systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 2002, 325(7372),

1066–1079.

Rhee Y.S., Yun Y.H., Park S., Shin D.O., Lee K.M., Yoo H.J., Kim J.H., Kim S.O., Lee R., Lee Y.O., Kim N.S. Depression in family caregivers of cancer patients: the feeling of burden as a predictor of depression. *Journal of Clinical Oncology*, 2008, 26(36), 5890–5895.

Surbone A. The difficult task of family care giving in oncology: exactly which roles do autonomy and gender play? *Support Care Cancer*, 2003, 11(10), 617–619.

Temoshok L. Complex coping patterns and their role in adaptation and neuroimmunomodulation: Theory, methodology, and research. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 2000, No. 917, 446–455.

Teschendorf B., Schwartz C., Ferrans C., O'Mara A., Novotny P. Caregiver Role Stress: When Families Become Providers. *Cancer Culture and Literacy. Cancer Control Science Department at the American Cancer Society*, 2007, 14(2), 183–189.

Поступила в редакцию 22 мая 2015 г. Дата публикации: 14 августа 2015 г.

#### [Сведения об авторах](#)

Белинская Елена Павловна. Доктор психологических наук, профессор, кафедра социальной психологии, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В.Ломоносова, ул. Моховая, д. 11, стр. 9, 125009 Москва, Россия; ведущий научный сотрудник, лаборатория психологии подростка, «Психологический институт РАО», ул. Моховая, д. 9, стр. 4, 125009 Москва, Россия; Московский государственный областной университет, ул. Радио, д. 10А, 105005 Москва, Россия. E-mail: elena\_belinskaya@list.ru

Сангова Сабрина. Выпускница факультета психологии, Ташкентский филиал Московского государственного университета имени М.В.Ломоносова, пр-т А.Тимура, д. 22, 100060 Ташкент, Узбекистан. E-mail: Sabrina\_akva\_848@mail.ru

#### [Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных. *Психологические исследования*, 2015, 8(42), 8. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Белинская Е.П., Сангова С. Болезнь как трудная жизненная ситуация: особенности стратегий совладания родственников тяжелобольных // *Психологические исследования*. 2015. Т. 8, № 42. С. 8. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата



обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n42/1161-belinskaya42.html>

[К началу страницы >>](#)