

Белинская Е.П. Представления о болезни и стратегии совладания с ней: кросскультурный анализ



БЕЛИНСКАЯ Е.П. ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О БОЛЕЗНИ И СТРАТЕГИИ СОВЛАДАНИЯ С НЕЙ:
КРОССКУЛЬТУРНЫЙ АНАЛИЗ

English version: Belinskaya E.P. [Social representations about disease and coping strategies: cross-cultural analysis](#)

Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия
Психологический институт РАО, Москва, Россия
Московский государственный областной университет, Москва, Россия

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

Кросскультурное сравнение особенностей социальных представлений о болезни показывает, что в них существуют инварианты: основой ядра представлений является категория боли, а содержание периферий образуют категории, связанные с депрессивным эмоциональным состоянием. Различия состоят в том, что для респондентов Ташкента характерно использование в ядре представлений категорий, относящихся к материальным аспектам болезни, и принятие ее как аспекта судьбы, а для респондентов Москвы – категорий, отражающих позицию активной борьбы с заболеванием, при этом периферию представлений образуют понятия, связанные с тревожным эмоциональным состоянием. Культурные инварианты стратегий совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией в большей степени характерны для больных, нежели для ухаживающих за ними родственников, и состоят в предпочтении пассивных и эмоциональных стратегий копинга, при этом ташкентскую выборку отличает преобладание поиска социальной поддержки, а московскую – стратегии самоконтроля, что отражает особенности коллективистической и индивидуалистической культур.

Ключевые слова: болезнь, трудная жизненная ситуация, социальные представления, стратегии совладания, кросскультурные различия

К постановке проблемы исследования

Обращение к историко-культурной парадигме в рамках психологического исследования предполагает понимание культуры как синергетической основы личности, структурирующей представления человека о себе и мире [Марцинковская, 2012]. Представляется, что в первую очередь и в максимальной степени это характерно для кризисных ситуаций в жизни человека, одной из которых является ситуация тяжелого заболевания. При этом немаловажным аспектом восприятия болезни как трудной жизненной ситуации является существование определенных социальных представлений о ней, составляющих некоторую общую социо-культурную «рамку анализа», тот смысловой контекст, в котором субъект реализует те или иные способы реагирования на заболевание. Заметим, что в определенной степени эта позиция соответствует доминирующему сегодня в изучении стратегий и ресурсов совладания динамическому подходу: согласно последнему протекание процессов копинга определяется прежде всего комплексной когнитивной оценкой, включающей в себя как смысловую интерпретацию субъектом трудной жизненной ситуации, так и

его представления о себе в ней [Исаева, 2009; Крюкова, 2005; Рассказова, 2011]. Очевидно также, что тяжелая болезнь требует мобилизации различных (в том числе – психологических) ресурсов не только от самого больного, но и от его непосредственного окружения (в частности – от членов его семьи), и потому представляется интересным рассматривать осуществляемый копинг с двух точек зрения – как совладание самого больного и копинг ухаживающего за ним родственника. Таким образом, основная цель проведенного эмпирического исследования состояла в том, чтобы выявить кросскультурные различия в социальных представлениях о болезни и в стратегиях совладания с ней, используя две выборки – больных с разной степенью тяжести актуального заболевания и их родственников.

Заметим, что 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 [Волкан, 2014; Русина, 2013; Саймонтон, 2015]. При этом подавляющее большинство из них посвящено особенностям совладания со стрессом тяжелого заболевания у самих онкобольных [Русина, 2013; Charmaz, 2000; Coristine, 2003; Duci, 2011; Ginossar, 2009], а вопрос о том, какие стратегии совладания с ситуацией тяжелой болезни предпочтительны для родственников онкобольного, остается гораздо менее изученным. Между тем некоторое количество исследований свидетельствуют о наличии тяжелых эмоциональных переживаний у родственников онкобольных: страхов собственной смерти, гнева, обиды на судьбу и чувства несправедливости мира, а также собственной вины, которые, как отмечается, нередко могут переживаться одновременно, а по мере развития болезни сменяться ощущением собственной беспомощности и бессилия, чувством безнадежности и отчаяния [Саймонтон, 2015; Akizuki, 2010; Carter, 2002]. Поэтому понимание особенностей переживаний родственников, ухаживающих за тяжело больным членом семьи, анализ психологических механизмов, помогающих им выдержать это испытание, знание особенностей их общения и взаимодействия в трудных ситуациях, связанных с болезнью, очевидно дает новые возможности в разработке подходов к оказанию паллиативной помощи не только самому больному, но и членам его семьи. Эта помощь может осуществляться как психологами, так и социальными работниками, обучение которых с необходимостью должно включать в себя знания о культурных особенностях как стратегий совладания с трудностями, так и о той общей категориальной рамке социальных представлений о болезни, в которой они реализуются.

Для проведения эмпирического исследования были выдвинуты следующие основные гипотезы.

1. Кросскультурные различия в социальных представлениях о болезни состоят в специфике их содержания и структуры.
2. Выбор стратегий совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией имеет как кросскультурные различия, так и сходства, причем последние в большей степени характерны для больных, нежели для ухаживающих за ними родственников.

Методы

Выборка

В исследовании приняли участие:

– родственники, ухаживающие за тяжелобольным членом семьи (онкологические заболевания), и родственники, ухаживающие за госпитализированным ситуативно больным членом семьи (грипп, бронхит, пневмония), проживающие в г.Ташкенте (всего: 72 человека, по 36 человек в каждой подгруппе респондентов; в каждой подгруппе по 29 женщин и 7 мужчин; медианы возраста $M=41,5$ и $M=41,7$ соответственно);

– родственники, ухаживающие за тяжелобольным членом семьи (онкологические заболевания), и родственники, ухаживающие за госпитализированным ситуативно больным членом семьи (грипп и осложнения после него), проживающие в г.Москве (всего: 42 человека, по 21 человеку в каждой подгруппе респондентов; в каждой подгруппе по 13 женщин и 8 мужчин; медианы возраста $M=42,2$ и $M=40,9$ соответственно);

– тяжелобольные (онкологические заболевания) и ситуативно больные (грипп, бронхит, пневмония), проживающие в г.Ташкенте (всего: 108 человек, 57 и 51 респондент в каждой подгруппе соответственно; подвыборка не сбалансирована по полу; медианы возраста $M=46,2$ и $M=37,3$ соответственно);

– тяжелобольные (онкологические заболевания) и ситуативно больные (грипп и осложнения после него), проживающие в г.Москве (всего: 95 человек, 46 и 49 респондентов в каждой подгруппе соответственно; подвыборка не сбалансирована по полу; медианы возраста $M=37,6$ и $M=35,2$ соответственно).

Общее количество респондентов, участвовавших в исследовании, составило 317 человек [\[1\]](#).

Основаниями для формирования подвыборок служили следующие критерии:

- 1) желание и готовность респондентов принять участие в исследовании;
- 2) различная степень тяжести заболевания;
- 3) наличие у респондентов среднеспециального или высшего образования, а также свободное владение русским языком (для ташкентских подвыборок).

Тяжелобольные респонденты имели длительность заболевания от 3 месяцев до 1 года (как показывают исследования, период первоначальной психологической адаптации к онкологическому диагнозу составляет 2–3 месяца); ситуативно больные – от 1 недели до 1 месяца.

Процедура и методики исследования

После получения согласия на участие в исследовании и больные, и ухаживающие за ними родственники заполняли методики индивидуально, в помещении медицинского стационара, осуществлявшего лечение.

Содержательные и структурные особенности социальных представлений о болезни изучались с помощью методики свободных ассоциаций с последующим прототипическим анализом по П.Вержесу [Бовина, 2007]. В качестве слов-стимулов использовались слова «здоровье» и «болезнь». Для преодоления эффекта предъявления последовательность слов-стимулов менялась.

Предпочтение тех или иных стратегий совладания изучалось с помощью методики С.Н. Эндлера, Д.А.Паркера (в адаптации Т.Л.Крюковой) и методики Р.Лазаруса и С.Фолкман (в адаптации Т.Л.Крюковой) [Крюкова, 2007].

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 для совладания с трудной жизненной ситуацией, связанной с болезнью члена семьи.

Результаты

Обработка результатов, отражающих структуру и содержание социальных представлений больных

и их родственников, опиралась на методологию, впервые предложенную П.Вержесом. Согласно ей, полученные данные анализируются по двум параметрам: частота встречаемости того или иного понятия, полученного как ассоциация в ответ на слово-стимул, и ранг этого понятия. Частотность понятия является эмпирическим критерием консенсуса респондентов, а ранг понятия – эмпирическим критерием его субъективной важности для опрошенных. Соответственно, сочетание этих двух критериев создает понятийные области, имеющие в рамках теории социальных представлений свои устоявшиеся названия: 1) ядро представления (высокая частотность+высокий ранг); 2) первая периферия (сочетания: высокая частотность+низкий ранг и/или низкая частотность+высокий ранг); 3) вторая периферия (низкая частотность+низкий ранг). В силу количественных характеристик выборки анализировались только те понятия, которые упоминали не менее 10% опрошенных.

Полученные первичные данные о предпочитаемых респондентами стратегиях копинга обрабатывались с помощью статистического пакета SPSS15, с предварительной проверкой на нормальность распределения с помощью статистического критерия Колмогорова–Смирнова ($p > 0,05$).

Остановимся сначала на результатах, отражающих структуру и содержание представлений больных и родственников о болезни, а также на выявленных кросскультурных различиях в этих представлениях между московской и ташкентской подвыборками [2].

Прежде всего обращает на себя внимание наличие содержательного совпадения в ядре представлений по всем четырем подвыборкам: вне зависимости от тяжести переносимого заболевания, принадлежности к той или иной культуре и ролевой позиции по отношению к болезни в ядро представлений о ней как наиболее частотная и высокоранговая входит категория «боль» (это понятие составляет более 52% от всех высказанных ассоциаций). Данный факт практически полностью совпадает с результатами масштабного исследования социальных представлений о болезни на российской выборке здоровых людей, проведенного в 2005–2007 гг. И.Б.Бовиной [Бовина, 2007], и связан, скорее всего, с самой этимологией слова «болезнь» в русском языке.

Однако выявляются и кросскультурные различия в ядерных структурах представлений. Так, для ташкентских подвыборок, в отличие от московских, вне зависимости от тяжести заболевания и ролевой позиции по отношению к болезни не характерно включение в ядро представлений категорий «борьба» и «врач», отражающих активную, воздействующую позицию по отношению к заболеванию и внимание к персонажу, являющемуся наиболее значимым партнером по этому воздействию. Напротив – для ташкентских респондентов значительную часть использованных ассоциаций (более 25%) составляют понятия «слабость» и «сон», отражающие не только физические симптомы болезни, но и отказ от активного сопротивления ей, что, с нашей точки зрения, может отражать существующие в узбекской культуре традиции смирения и принятия болезни как аспекта судьбы. Подчеркнем, что использование этих категорий в ядре представлений характерно как для ташкентских больных, так и для ухаживающих родственников, и практически не зависит от тяжести заболевания, что в итоге дает большее согласование содержания ядерных структур по узбекской подвыборке в целом. При этом в ядро представлений также входят категории «лекарства» и «траты» (около 18% от всего числа ассоциаций), которые для московских подвыборок представлены лишь на первой, а то и на второй перифериях. Скорее всего, последнее связано не столько с культурными, сколько с социально-экономическими различиями в возможностях получения медицинской помощи. Заметим здесь же, что материальные расходы, связанные с болезнью, в ассоциациях всех больных представлены как «траты» (что можно трактовать широко: и как материальные затраты, и как временные, и как физические усилия), а в высказываниях ухаживающих родственников исключительно как «деньги» (что уже не дает возможности для многозначного толкования), и это характерно как для ташкентских, так и для московских подвыборок.

Что касается периферических структур социальных представлений о болезни (которые, напомним,

в отличие от ядра представляют собой потенциально изменяющуюся, динамическую их часть), то в них также можно увидеть частично совпадающее и для московских, и для ташкентских респондентов содержание. Значительную часть (более 20% от всех высказанных ассоциаций) составляют аффективно окрашенные элементы, характеризующие депрессивное эмоциональное состояние: «одиночество» и «смерть». Отметим, что при этом и для ташкентских, и для московских подвыборок характерно использование этих двух понятий как больными, так и ухаживающими за ними родственниками, что лишний раз свидетельствует об уже неоднократно отмечавшемся факте: в ситуации госпитализации и необходимости постоянного ухода больной и его родственник составляют устойчивую диаду, характеризующуюся, прежде всего, сходным эмоциональным состоянием [Волкан, 2014; Саймонтон, 2015]. Интересно, что, согласно полученным нами результатам, такая схожесть крайне негативных эмоциональных состояний диады больной / его родственник практически не зависит от объективной тяжести заболевания, и тем самым является, скорее всего, результатом категоризации всей ситуации как «болен настолько, что попал в больницу». Отметим здесь же, что в уже упоминавшемся исследовании И.Б.Бовиной, проведенном на выборке здоровых респондентов, категория «одиночество» не входила в содержание социальных представлений о болезни ни периферически, ни, тем более, ядро [Бовина, 2007].

Но существуют также кросскультурные различия в периферических структурах социальных представлений о болезни. Для московских подвыборок как тяжелобольных, так и ситуативно больных респондентов характерна представленность категорий, отражающих тревожные эмоциональные состояния: «неуверенность в себе», «тревога», «страх». Заметим, что речь идет преимущественно о периферии первого порядка, то есть о том содержании представлений, потенциальное изменение которого «тяготеет» к ядру. Если учесть, что часть ядра представлений о болезни для московской подвыборки составляет категория «борьбы», то можно отметить определенную содержательную согласованность: борьба с чем-либо включает в себя элементы опасности и возможность потерпеть поражение, что предполагает наличие тревожных ожиданий. При этом для ташкентских больных, также вне зависимости от тяжести заболевания, содержание периферии представлений образуют категории, преимущественно связанные с изменениями привычных обстоятельств жизни и с конкретными «атрибутами» болезни («больница», «палата», «уколы», «таблетки» и т.п.), содержательно практически не соотносимые с ядром и связанные с ним лишь формально. Последнее заставляет предположить, что социальным представлениям о болезни в случае узбекской выборки в целом свойственен меньший динамизм, нежели московской.

Перейдем теперь к описанию результатов по предпочитаемым стратегиям копинга в ситуации болезни. Прежде всего, отметим определенные сходства: и ташкентская, и московская подвыборки больных, вне зависимости от объективной тяжести заболевания, в основном используют такие стратегии совладания, как «избегание» и «позитивная переоценка», а наиболее конструктивная копинг-стратегия «решение проблем» оказывается практически не представлена. И если для ташкентских больных, ядро представлений которых о болезни в значительной части составляют категории, связанные с судьбой и смирением, данный эмпирический результат представляется внутренне логичным, то для московской выборки, в ядро представлений которой входит понятие «борьбы», он труднообъясним. Возможно, для москвичей понятие борьбы соотносится не с болезнью как таковой, а с самой идеей болезни: важно не «победить болезнь», а «не свалиться не вовремя», и тогда в их случае сочетание стратегий избегания и позитивной переоценки является реализацией механизма отрицания, весомая роль которого в ситуации заболевания отмечается и в других исследованиях [Исаева, 2009].

Определенные сходства наблюдаются и по подвыборкам ухаживающих за больными родственников. Так, и для москвичей, и для ташкентцев оказался характерен в целом более узкий репертуар используемых копингов, нежели тот, который свойственен больным респондентам: абсолютно доминирующей стратегией совладания для всех них является «решение проблем», которое сочетается в случае ташкентских респондентов со стратегией поиска социальной поддержки, а в случае московских – со стратегией самоконтроля. Остальные возможные стратегии совладания оказываются практически не представлены, в том числе – и копинг позитивной переоценки,

характерный для больных респондентов, вне зависимости от их принадлежности к той или иной культуре. Возможно, более узкий репертуар стратегий совладания родственников по сравнению с самими больными и доминирование в нем такого копинга, как решение проблем, связан с широким реальным содержанием последнего: как показывают данные полуструктурированных интервью с ухаживающими родственниками, к решению проблем они относят самые разные действия – от постоянного контакта с лечащим врачом и поиска необходимых лекарств до организации досуга больного.

Максимальные кросскультурные различия касаются предпочтений таких стратегий совладания, как поиск социальной поддержки и самоконтроль. Так, для узбекских респондентов – как больных, вне зависимости от тяжести заболевания, так и ухаживающих за ними родственников, – свойствен поиск социальной поддержки, причем в случае больных преимущественно речь идет о поиске эмоциональной поддержки, а в случае родственников – об информационной и инструментальной (прежде всего – финансовой). Для московских подвыборок ухаживающих родственников характерна стратегия самоконтроля, состоящая в целенаправленном подавлении, сдерживании эмоций и в высоком контроле за своим поведением. Если учесть, что значительную часть ядра представлений родственников о болезни и в Москве, и в Ташкенте составляют категории, отражающие тяжелые эмоциональные состояния, то можно утверждать, что ташкентская подвыборка справляется с ними скорее инструментально, посредством усиления социальных связей и взаимоотношений, а московская – скорее эмоционально, что вполне согласуется с характером культур: коллективистической в первом случае и индивидуалистической во втором.

Выводы

Таким образом, обе выдвинутые нами гипотезы исследования – о существовании кросскультурных различий в содержании и структуре социальных представлений о болезни и о кросскультурной специфике стратегий совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией – в целом получили свое эмпирическое подтверждение. Однако результаты проведенного исследования оказались шире исходных предположений.

Так, прежде всего, оказалось, что существуют кросскультурные инварианты в представлениях о болезни: и для ташкентской, и для московской выборок основной категорией ядра этих представлений является «боль», а основное содержание периферий для тяжелобольных и ухаживающих родственников образуют категории, связанные с тяжелым эмоциональным состоянием («одиночество», «смерть»).

Кросскультурные различия в содержании и структуре представлений о болезни наблюдаются и у больных, и у их родственников: ташкентская выборка в отличие от московской не склонна включать в ядро категории «борьбы» и «врача» и в большей степени использует категории, относящиеся к материальным аспектам болезни («траты», «лекарства»). Для московской выборки в большей степени, нежели для ташкентской, характерно использование в качестве периферии представлений категорий, отражающих тревожное эмоциональное состояние («страх», «тревога», «неуверенность в себе»). Рассогласования представлений у больных и ухаживающих за ними родственников более выражены по московской выборке, нежели по ташкентской, и затрагивают в основном ядерные структуры, что, на наш взгляд, отражает больший традиционализм, свойственный узбекской культуре.

К кросскультурным инвариантам в использовании стратегий совладания с болезнью как трудной жизненной ситуацией можно отнести практический отказ тяжелобольных и ситуативно больных от стратегии «решение проблем» и преобладание стратегии «избегание». Также общей для обеих подвыборок является достаточно выраженное использование стратегии «позитивная переоценка», характерная для больных респондентов и не зависящая от объективной тяжести заболевания, но не свойственная ухаживающим за ними родственникам. Также и для московской, и для ташкентской выборок оказалось, что репертуар стратегий совладания у родственников значимо меньше, нежели

у больных, и не зависит от тяжести заболевания.

Что касается кросскультурных различий в предпочтении тех или иных стратегий совладания, то ташкентскую выборку в целом отличает значимое преобладание такой стратегии копинга в ситуации болезни, как «поиск социальной поддержки», а московскую – «самоконтроль», и эти различия можно считать закономерным проявлением особенностей коллективистической и индивидуалистической культур.

Финансирование

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

Примечания

[1] Автор благодарит своих дипломниц – Карнюшкину Алену и Сангову Сабрину, выпускниц факультета психологии филиала МГУ имени М.В.Ломоносова в г.Ташкенте, за весомый вклад в организацию и проведение данного исследования.

[2] В силу характера заявленной темы мы позволим себе не останавливаться на описании результатов, касающихся содержания и структуры представлений опрошенных о здоровье.

Литература

Бовина И.Б. Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект Пресс, 2007.

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

Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: СПбГУ, 2009.

Крюкова Т.Л. Методы измерения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Костромской государственный университет, 2007.

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

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

Рассказова Е.И., Гордеева Т.О. Копинг-стратегии в психологии стресса: подходы, методы и перспективы исследований. Психологические исследования, 2011, 3(17), 4. <http://psystudy.ru>

Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники. Медицинская психология в России, 2013, 5(22). <http://mpgj.ru>

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

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,

Carter P.A. Caregivers' descriptions of sleep changes and depressive symptoms. *Oncological Nursing Forum*, 2002, Vol. 9, 1277–1283.

Charmaz K. Experiencing chronic illness. In: G. Albrecht, R. Fitzpatrick, S. Scrimshaw [Eds.]. *The handbook of Social Studies in Health and Medicine*. London: Sage, 2000.

Coristine M., Crooks D., Grunfeld E. Caregiving for women with advanced breast cancer. *Psychooncology*, 2003, Vol. 12, 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. Annual meeting of the International Communication Association. Marriott; Chicago, 2009. <http://citation.allacademic.com>

Поступила в редакцию 24 августа 2016 г. Дата публикации: 14 октября 2016 г.

[Сведения об авторе](#)

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

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Белинская Е.П. Представления о болезни и стратегии совладания с ней: кросскультурный анализ. *Психологические исследования*, 2016, 9(49), 8. <http://psystudy.ru/>

Стиль ГОСТ

Белинская Е.П. Представления о болезни и стратегии совладания с ней: кросскультурный анализ // *Психологические исследования*. 2016. Т. 9, № 49. 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/2016v9n49/1339-belinskaya49.html>

[К началу страницы >>](#)