

## Жизнестойкость, психопатологическая симптоматика и качество жизни больных дисциркуляторной энцефалопатией

В.В. Мисютина

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

**Резюме.** В статье представлен краткий обзор представлений о психологической жизнестойкости как личностной переменной, опосредующей влияние стрессогенных факторов, в том числе хронических, на соматическое и душевное здоровье. Изложены результаты исследования взаимосвязи жизнестойкости в целом и отдельных ее компонентов с уровнем качества жизни и степенью выраженности психопатологической симптоматики у больных дисциркуляторной энцефалопатией. На основе представленных данных жизнестойкость рассматривается в качестве адаптационного ресурса данной группы больных.

**Ключевые слова:** жизнестойкость, качество жизни, адаптационные ресурсы.

### Hardiness, psychopathological symptoms and quality of life among patients with discirculatory encephalopathy

V.V. Misyutina

Saint-Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute

**Summary.** Article provides brief review on psychological hardiness as a personality structure, which functions as a resistance resource in the encounter with stressful conditions, including chronic stressful conditions, and buffers negative effect of stress on mental and physical health. Interrelations between psychological hardiness, level of quality of life and intensity of psychopathological symptoms among patients with discirculatory encephalopathy have been studied, and hardiness has been shown to be an adaptational resource for these patients.

**Key words:** hardiness, quality of life, adaptational resources.

#### Введение

Жизнестойкость представляет собой одну из психодиагностических мишеней, относимых к группе новых, неклассических мишеней психодиагностики [4]. Понятие *hardiness*, введенное Сьюзен Кобейса и Сальваторе Мадди [6], переводится с английского как «крепость, выносливость». На русском языке это понятие принято обозначать как «жизнестойкость». С. Мадди определяет жизнестойкость как интегральную личностную черту, ответственную за успешность преодоления личностью жизненных трудностей. Выраженность жизнестойкости характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность и не снижая успешность деятельности. Жизнестойкость также определяется как ключевая личностная переменная, опосредующая влияние стрессогенных факторов, в том числе хронических, на соматическое и душевное здоровье.

Необходимо отметить, что понятие жизнестойкости не тождественно понятию копинг-стратегий, поскольку копинг-стратегии — это приемы, алгоритмы действия, привычные и традиционные для личности, в то время как жизнестойкость — черта личности, установка на выживаемость. Кроме того, копинг-стратегии могут принимать как продуктивную, так и непродуктивную форму, даже вести к регрессу, в то время как жизнестойкость — черта личности, позволяющая справляться с дистрессом

эффективно и всегда в направлении личностного роста [1].

Д.А. Леонтьев и Е.И. Рассказова определяют жизнестойкость как систему убеждений человека о себе, мире, отношениях с миром [5]. Это диспозиция, включающая в себя три сравнительно автономных компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска.

*Вовлеченность* (commitment) определяется как «убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное для личности» [8]. Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности. В противоположность этому отсутствие подобной убежденности порождает чувство отвергнутости, ощущение себя «вне» жизни.

*Контроль* (control) представляет собой убежденность в том, что борьба позволяет повлиять на результат происходящего, пусть даже это влияние не абсолютно и успех не гарантирован. Противоположность этому — ощущение собственной беспомощности. Человек с сильно развитым компонентом контроля ощущает, что сам выбирает собственную деятельность, свой путь.

*Принятие риска* (challenge) — убежденность человека в том, что все то, что с ним случается, способствует его развитию за счет знаний, извлекаемых из опыта, — неважно, позитивного или негативного. Человек, рассматривающий жизнь

как способ приобретения опыта, готов 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.

Выраженность этих компонентов и жизнестойкости в целом препятствует возникновению внутреннего напряжения: жизнестойкие убеждения, с одной стороны, влияют на оценку ситуации — благодаря готовности активно действовать и уверенности в возможности влиять на ситуацию она воспринимается как менее травматичная. С другой стороны, жизнестойкость способствует активному преодолению трудностей. Она стимулирует заботу о собственном здоровье и благополучии (например, ежедневная зарядка, соблюдение диеты и т.п.), за счет чего напряжение и стресс, испытываемые человеком, не перерастают в хронические и не приводят к психосоматическим заболеваниям.

В качестве имеющего непосредственное отношение к теме данного исследования необходимо отметить исследование Ли [7], в котором изучалась взаимосвязь жизнестойкости и субъективно воспринимаемого уровня здоровья у взрослых. Оказалось, что те респонденты, которые показали более высокий уровень выраженности черт жизнестойкости, ощущают себя более здоровыми психически и социально, но не физически.

В отечественной психологии жизнестойкость стала изучаться относительно недавно. Тест жизнестойкости был адаптирован для применения в нашей стране, и на русскоязычной выборке было показано, что жизнестойкость отрицательно коррелирует с депрессивностью, отдельными симптомами посттравматического стрессового расстройства и использованием неадаптивных копинг-стратегий [5], что подтверждает данные зарубежных исследований [9].

Важно отметить, что жизнестойкость и ее компоненты — это не просто индивидуальные черты, а стратегии жизнедеятельности, то есть активно выбранные способы отношения к самому себе и к миру, которые можно развивать, тренировать, формировать. На основе концепции жизнестойкости С. Мадди был разработан тренинг жизнестойкости, который показал свою эффективность в снижении психического напряжения (тревожности, депрессии, межличностной тревожности, соматизации) и физического напряжения (артериальное давление). В связи с этим жизнестойкость, как потенциальная мишень психокоррекционных мероприятий, представляет особый интерес для исследования ее в качестве адаптационного ресурса больных хроническими заболеваниями, позволяющего им эффективнее адаптироваться к ситуации болезни. В частности, хроническое течение и преобладание депрессивных и тревожных психопатологических симптомов у больных дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) является предпосылкой для исследования жизнестойкости

среди больных данной группы. В отечественной классификации под термином ДЭ понимается синдром хронического прогрессирующего многоочагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся клиническими неврологическими, нейропсихологическими и/или психическими нарушениями и обусловленный хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или повторными эпизодами острых нарушений мозгового кровообращения в виде дисгемии, транзиторной ишемической атаки или инсульта [3].

Предполагается, что на начальных этапах ДЭ у эмоциональных расстройств и «сосудистой» симптоматики существуют общие механизмы формирования и усиления друг друга. Физическое страдание порождает определенные эмоциональные и поведенческие реакции, а те в свою очередь вносят лепту в развитие болезненного состояния. Верно и обратное: все психологические расстройства и проблемы протекают с участием физических процессов и могут переходить в соматические расстройства [2]. Таким образом, поиск психологических адаптационных ресурсов и коррекция эмоционального состояния больных ДЭ важны не только с точки зрения коррекции эмоциональных расстройств самих по себе, но как одного из факторов, ухудшающих прогноз основного заболевания, увеличивающего риск ранней инвалидизации. Жизнестойкость может служить одним из психологических ресурсов, позволяющих более эффективно справиться со стрессами длительно текущего заболевания, а стресс является не только фактором риска, но и триггером манифестации клинической симптоматики цереброваскулярной патологии.

**Цель исследования:** изучить взаимосвязь жизнестойкости и ее компонентов, степени выраженности психопатологической симптоматики и уровня КЖ больных ДЭ.

#### **Материал и методы исследования**

Обследовано 150 пациентов, проходивших лечение на отделении реабилитации психоневрологических больных Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева, а также на 10-м и 11-м неврологических отделениях Покровской больницы Санкт-Петербурга, с верифицированным диагнозом ДЭ 2-й стадии. Среди них 110 женщин (73,3 %) и 40 мужчин (26,7 %) в возрасте от 40 до 86 лет (средний возраст  $64,33 \pm 10,80$ ). Из исследования исключались больные в остром постинсультном периоде. Больным предлагалось заполнить следующие методики: симптоматический опросник SCL-90-R, опросник SF-36 (качество жизни), тест жизнестойкости.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

По результатам корреляционного анализа были выявлены статистически значимые ( $p < 0,01$ ) обратные корреляционные связи между жизнестойкостью и шкалами SCL-90-R, отражающими уровень

проявления психопатологической симптоматики: обратная корреляция между жизнестойкостью и межличностной сензитивностью ( $r=-0,631$ ), жизнестойкостью и депрессивностью ( $r=-0,614$ ), жизнестойкостью и обсессивно-компульсивной симптоматикой ( $r=-0,558$ ), жизнестойкостью и тревожностью ( $r=-0,545$ ). Также статистически значимые ( $p<0,01$ ) обратные корреляционные связи были обнаружены между компонентами жизнестойкости и степенью выраженности психопатологической симптоматики: между вовлеченностью и депрессивностью ( $r=-0,522$ ), вовлеченностью и межличностной сензитивностью ( $r=-0,518$ ), контролем и депрессивностью ( $r=-0,545$ ), контролем и межличностной сензитивностью ( $r=-0,578$ ), контролем и обсессивно-компульсивной симптоматикой ( $r=-0,538$ ). Принятие риска имеет обратные статистически значимые ( $p<0,01$ ), но слабые ( $r<0,5$ ) корреляционные связи со всеми шкалами SCL-90-R.

Похожим образом можно охарактеризовать полученные связи между субферами КЖ (шкалами SF-36) и жизнестойкостью и ее компонентами — слабые по силе, но статистически значимые ( $p<0,01$ ). Прямые корреляционные связи были получены между шкалой психического здоровья и жизнестойкостью ( $r=0,449$ ), вовлеченностью ( $r=0,305$ ), контролем ( $r=0,444$ ) и принятием риска ( $r=0,378$ ); шкалой социального функционирования и жизнестойкостью ( $r=0,293$ ), вовлеченностью ( $r=0,217$ ), контролем ( $r=0,280$ ) и принятием риска ( $r=0,231$ ); шкалой жизнеспособности и жизнестойкостью ( $r=0,315$ ), вовлеченностью ( $r=0,219$ ), контролем ( $r=0,290$ ) и принятием риска ( $r=0,291$ ); шкалой общего здоровья и жизнестойкостью ( $r=0,266$ ), вовлеченностью ( $r=0,246$ ) и принятием риска ( $r=0,225$ ).

Кроме того, с помощью иерархического кластерного анализа полученных показателей по шкалам SF-36 были выделены 3 группы пациентов в зависимости от уровня КЖ: 1-я группа с наиболее высокими, но неравномерными показателями уровня КЖ; 2-я группа со средними показателями КЖ и равномерным профилем; и 3-я группа с равномерно низким профилем КЖ.

Сравнение групп между собой с помощью дисперсионного анализа показало, что существуют статистически значимые различия ( $p<0,01$ ) между группами по степени выраженности жизнестойкости, контроля и принятия риска: более высоким показателям КЖ соответствует большая выраженность жизнестойкости и ее компонентов.

Аналогичный результат дало сравнение групп между собой с помощью дисперсионного анализа по степени выраженности психопатологической симптоматики: в 1-й группе по сравнению с другими группами психопатологическая симптоматика наименее выражена, в большей степени выражена во 2-й группе и максимально выражена в 3-й группе. Статистически значимые различия между группами получены по следующим шкалам симптоматического опросника SCL-90: шкала депрессивности ( $p<0,001$ ) и шкала дополнительных пунктов, «усиливающая» шкалу депрессивности ( $p<0,05$ ); шкала соматизации ( $p<0,05$ ); шкала тревожности ( $p<0,05$ ); шкала фобической тревожности ( $p<0,05$ ); шкала психотизма ( $p<0,05$ ). Также статистически значимые различия получены по общему индексу GSI ( $p<0,01$ ), отражающему глубину и тяжесть наличествующего дистресса и индексу PSI ( $p<0,01$ ), который свидетельствует о том, что пациенты 3-й группы в целом отмечают у себя наличие большего количества (вне зависимости от интенсивности) жалоб и дискомфортных ощущений по сравнению с другими группами. Уровень дистресса и количество жалоб минимальны среди пациентов 1-й группы.

#### Выводы

Выявлено, что среди больных ДЭ высокая степень выраженности жизнестойкости в целом и отдельных ее компонентов соответствует более высоким оценкам уровня КЖ, в частности, наиболее сильные связи обнаружены между жизнестойкостью и такими субферами КЖ, как психическое здоровье и социальное функционирование.

Кроме того, высокие показатели жизнестойкости и ее компонентов соответствуют меньшей степени выраженности психопатологической симптоматики. Пациенты с высоким уровнем жизнестойкости демонстрируют меньшую степень выраженности тревожно-депрессивной симптоматики, а также меньшую глубину и тяжесть дистресса в целом.

Полученные данные не позволяют однозначно определить причинно-следственные связи между описываемыми характеристиками, это требует дальнейшего исследования. Однако можно утверждать, что жизнестойкость как интегральная личностная черта тесно связана с эффективностью адаптации к ситуации хронического цереброваскулярного заболевания и может рассматриваться как адаптационный ресурс больных ДЭ и использоваться в качестве мишени психокоррекционной работы.

#### Литература

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // *Сибирская психология сегодня*. — Сб. науч. тр. Вып. 2. Кемерово: Кузбассвузиздат. — 2004. — С. 82–90.
2. Великанова Л.П., Шевченко Ю.С. Психосоматические расстройства: современное состояние проблемы // *Социальная и клиническая психиатрия*. — 2005. — № 4. — С. 79–91.
3. Дамулин И.В., Яхно Н.Н. Дисциркуляторная энцефалопатия и сосудистая деменция у пожилых // *Рус. мед. журн.* — 1997. — Т. 5, № 20. — С. 45–56.
4. Леонтьев Д.А. Перспективы неклассической психодиагностики [Электронный ресурс] // *Психологические исследования: электрон. науч. журн.* — 2010. — № 4(12). URL: <http://psystudy>.

- ru/index.php/num/2010n4-12/353-leontiev12.html* (дата обращения: 15.02.2012).
5. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости.— М.: Смысл.— 2006.— С. 63.
  6. Kobasa S.C. *Stressful Life Events, Personality and Health: an Inquiry into Hardiness* // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1979. № 37. P. 1–11.
  7. Lee H.J. *Relationship of Hardiness and current life events to perceived health in rural adults* // *Research in Nursing and Health*. 1991. Oct. Vol. 14. № 5. P. 351–359.
  8. Maddi S. *Dispositional Hardiness in Health and Effectiveness* // *Encyclopedia of Mental Health* / H.S. Friedman (Ed.). San Diego (CA): Academic Press, 1998. P. 323–335.
  9. Schellenberg D.E. *Coping and Psychological Hardiness and Their Relationship to Depression in Older Adults* [Электронный ресурс] // *Psychology Dissertations. Paper 124*. 2005. URL: [http://digitalcommons.pcom.edu/psychology\\_dissertations/124](http://digitalcommons.pcom.edu/psychology_dissertations/124) (дата обращения: 18.05.2012).

**Сведения об авторе**

**Мисютина Виктория Викторовна** — медицинский психолог, аспирант отделения внебольничной психотерапии и реабилитации Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. E-mail: [viktoria.misyutina@gmail.com](mailto:viktoria.misyutina@gmail.com)