

СОМАТОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ: ОСОБЕННОСТИ ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩИХ МЕХАНИЗМОВ КАК ОСНОВА ПРИСПОСОБИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

К.В.Безчасный

ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве», Москва, Россия

Резюме. Цель исследования – сравнительный анализ механизмов психологической защиты и совладающего поведения у сотрудников органов внутренних дел (ОВД), страдающих соматоформными расстройствами, и гражданских пациентов с такой же патологией.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 93 сотрудника подразделений органов внутренних дел МВД России по г.Москве, страдающие соматоформными расстройствами. В группу сравнения вошли 38 гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами. Диагностику заболеваний проводили по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10 (F.45). В контрольную группу были включены 75 практически здоровых лиц.

Результаты исследования и их анализ. Выявлено, что сотрудники ОВД чаще используют конструктивные механизмы совладания и значительно реже обращаются к неадаптивным вариантам психологической защиты, чем гражданские пациенты. Сделан вывод, что такое поведение позволяет им лучше справляться с внештатными ситуациями и легче преодолевать трудности, связанные с психоэмоциональным перенапряжением.

Ключевые слова: внештатные ситуации, гражданские пациенты, защитно-совладающие механизмы, приспособительное поведение, психоэмоциональное перенапряжение, соматоформные расстройства, сотрудники органов внутренних дел

Конфликт интересов

Авторы статьи подтверждают отсутствие конфликта интересов

Для цитирования: Безчасный К.В. Соматоформные расстройства у сотрудников органов внутренних дел: особенности защитно-совладающих механизмов как основа приспособительного поведения // Медицина катастроф. 2019. №4. С. 33–37, <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-4-33-37>

Original article

© ARCDM Zashchita

SOMATOFORM DISORDERS IN EMPLOYEES OF INTERNAL AFFAIRS: FEATURES OF PROTECTIVE COPING MECHANISMS – THE BASIS OF ADAPTIVE BEHAVIOR

K.V.Bezchasny

Occupational Health Facility, the Ministry of Internal Affairs for the City of Moscow, Moscow, Russian Federation

Abstract. The results of a comparative study of the mechanisms of psychological protection and coping behavior in employees of Internal Affairs, suffering from somatoform disorders, and of civilian patients with the same pathology are presented. It was found that the Internal Affairs personnel more often use constructive coping mechanisms and much less often turn to non-adaptive options of psychological protection than civilian patients. It is concluded that this behavior allows them to better cope with emergency situations and to easier overcome the difficulties associated with psycho-emotional overstrain.

Key words: adaptive behavior, civilian patients, emergency situations, Internal Affairs Employees, protective coping mechanisms, psycho-emotional overstrain, somatoform disorders

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest

For citation: Bezchasny K.V. Somatoform Disorders in Employees of Internal Affairs: Features of Protective Coping Mechanisms – the Basis of Adaptive Behavior. *Meditsina katastrof* = Disaster Medicine. 2019; (4): 33–37 (In Russ.), <https://doi.org/10.33266/2070-1004-2019-4-33-37>

Контактная информация:

Безчасный Константин Васильевич – кандидат медицинских наук, врач-психиатр ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по г. Москве»

Адрес: Россия, 129085, Москва, ул. Бочкова, 8

Тел.: +7 (495) 615-88-01

E-mail: kv2005spb@mail.ru

Contact information:

Konstantin V. Bezchasny – Cand. Sci. (Med.), Consultant Psychiatrist of MIA Occupational Health Facility for the City of Moscow

Address: 8, Bochkov str., Moscow, 129085, Russia

Phone: +7 (495) 615-88-01

E-mail: kv2005spb@mail.ru

Актуальность исследования механизмов совладания со стрессом у лиц, страдающих соматоформными расстройствами, определяется значительной распространенностью таких нарушений, их преимущественно психогенным характером, обуславливающим необходимость проведения целенаправленных психотерапевтических мероприятий [1, 2]. Рассматривая соматоформные расстройства с точки зрения приспособительного поведения, нужно отметить, что указанные патологии имеют свои особенности, что нашло отражение в работах последних лет [3, 4]. Только тогда диагностика соматоформных расстройств становится более полной и точной, а терапия – максимально эффективной, когда они приобретают патогенетически обоснованный характер и учитывают не только клинические проявления, но и внутренние закономерности возникновения и развития указанных патологий.

Цель исследования – сравнительный анализ репертуара защитно-приспособительных механизмов у сотрудников органов внутренних дел (ОВД) и гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами.

Материалы и методы исследования. В исследовании приняли участие 93 сотрудника подразделений органов внутренних дел МВД России по г.Москве, страдающие соматоформными расстройствами. В группу сравнения вошли 38 гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами. Диагностику заболеваний проводили по Международной классификации болезней 10-го пересмотра – МКБ-10 (F.45). В контрольную группу были включены 75 практически здоровых лиц.

В ходе исследования использовался следующий психологический инструментарий:

- Методика для исследования копинг-поведения Е.Нейм (1988) [5].
- Методика для определения основных копинг-стратегий Р.Лазаруса [6].
- Методика для определения механизмов психологической защиты Келлермана-Плутчика.

Все полученные данные были обработаны статистическими методиками с помощью пакета прикладных статистических программ SPSS-22,0. Оценка данных осуществлялась с помощью параметрического (t-критерий Стьюдента) и непараметрического (медианный критерий для независимых выборок) критериев. Для корреляционного анализа использовался критерий (r) Пирсона. Статистически значимыми считались результаты не ниже уровня $p < 0,05$. Использование дискриминантного анализа позволило проверить гипотезу о характерных особенностях механизмов защитно-совладающего поведения – как в группах исследования в целом, так и внутри них.

Результаты исследования и их анализ. Сравнение механизмов совладания со стрессом и характеристика поведения в группах показали, что в группе сотрудников ОВД наблюдалась стилистика реагирования, позволяющая успешнее преодолевать трудности за счет использования ресурсов своего патологического состояния и «выгоды» от заболевания. В целом сотрудники ОВД, страдающие соматоформными расстройствами, практически в равной степени со здоровыми пользовались адаптивными вариантами, что относится, прежде всего, к поведенческим механизмам совладания – $\chi^2=26,36$; d.f.=28; $p=0,553$. В этой группе спектр использования различных вариантов достаточно широк, что указывает на имеющиеся у них возможности к адаптации. При этом у больных по сравнению со здоровыми выявлено преобладание адаптивных вариантов совладания, что свидетельствует о готовности пациентов к изменению не устраивающего их положения «больных людей».

Несколько иная картина наблюдалась в группе гражданских пациентов: среди вариантов когнитивных стратегий совладающего поведения отмечено преобладание неадаптивных форм (26%), из которых чаще встречались «диссимуляция» (8%) и «растерянность» (18%), реже – «игнорирование» (2,6%) и «смирение» (2,6%), а из адаптивных вариантов – «установка собственной ценности» (16%), что отражает уровень самооценки, «проблемный анализ» (13,2%) и «сохранение самообладания» (13,2%). В 24% случаев отмечалось относительно адаптивное поведение «относительность» (18%) и «придача смысла» (8%). Причем более широкий разброс вариантов был присущ страдающим вегетативной дисфункцией по кардиальному типу. Были получены статистически значимые внутригрупповые различия – $\chi^2=72,8$; d.f.=27; $p=0,001$. При этом лямбда симметричная составила 0,013; $p=0,008$, а коэффициент групповой сопряженности – 0,371. В группе гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами, среди вариантов эмоционального совладания со стрессом было отмечено преобладание конструктивных форм (50%), из которых чаще встречались «оптимизм» (39,5%) и «протест» (10,5%). В 18,5% случаев встречались относительно адаптивные формы в виде «пассивной кооперации» (8%), т.е. такого поведения, которое направлено на снижение напряжения, связанного с проблемами, эмоциональным реагированием, или на передачу ответственности по разрешению трудностей третьим лицам и «эмоциональной разрядкой» (10,5%). В 29,3% случаев у пациентов отмечались такие неконструктивные формы, как «подавление эмоций» (16%), «покорность» (8%) и «самообвинение» (5,3%), т.е. варианты, характеризующиеся подавленным эмоциональным состоянием, состоянием безнадежности, недопущением других чувств, переживанием злости и возложением вины на себя и других. Были получены статистически значимые различия внутри этой группы: $\chi^2=80,55$; d.f.=21; $p=0,01$; чаще всего такие варианты использовались страдающими вегетативной дисфункцией по кардиальному типу.

В группе здоровых была выявлена несколько иная конфигурация механизмов совладания: реже использовались «подавление эмоций» (6,7%) и «пассивная кооперация» (2,7%), и практически не использовались «эмоциональная разрядка» и «самообвинение», что говорит о нехарактерном для них стереотипе – накапливать и перерабатывать эмоциональное напряжение и не испытывать вследствие этого чувства вины – $\chi^2=65,05$; d.f.=35; $p=0,002$.

Среди поведенческих вариантов здоровые отдавали предпочтение адаптивным стратегиям (56%): «обращение» (25%), «сотрудничество» (19%) и «альтруизм» (12%). Реже выбирались неадаптивные стратегии поведения – «активное избегание» (8%) и «отступление» (6,7%), предполагающие отказ от решения проблем. Остальные выбирали относительно-адаптивные стратегии совладания, адаптивность которых зависит от значимости ситуации – «отвлечение» (16%), «компенсация» (6,7%) и «конструктивная активность» (4%). Однако это не носило статистически значимых различий: $\chi^2=46,4$; d.f.=35; $p=0,094$. Согласно данным непараметрического показателя (медианный критерий для независимых выборок), для группы сотрудников ОВД, страдающих соматоформными расстройствами, распределение по когнитивным, эмоциональным и поведенческим вариантам совладающего поведения являлось одинаковым в основных подгруппах соматоформных расстройств и значимых различий получено не было. В то же время среди гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами, распределение по когнитивным и эмоциональным стратегиям

было неодинаковым между группами на уровне статистически значимых, а среди поведенческих вариантов различий не было, $p=0,379$.

Анализ структуры психологической защиты сотрудников ОВД, страдающих соматоформными расстройствами, выявил статистически значимые различия между больными вегетативной дисфункцией по кардиальному типу и больными вегетативной дисфункцией по желудочно-кишечному типу по защитным механизмам «вытеснение» – $(23,1 \pm 1,87)$; $SD=14,29$ и «отрицание» – $(41,95 \pm 1,98)$; $SD=15,12$. Это может рассматриваться, прежде всего, как «маркер» недостаточного осознания существующих проблем и свидетельствовать о более активном выключении из сознания определенных факторов и событий, несущих психологический дискомфорт при их признании. Эти защитные механизмы рассматриваются как стремление избежать новой информации, несовместимой со сложившимися представлениями о себе. Защита проявляется в игнорировании потенциально тревожной информации, уклонении от нее. При отрицании внимание переориентируется таким образом, что человек перестает «замечать» те сферы жизни и грани событий, которые чреватые для него неприятностями и могут его травмировать. Если в чем-то нельзя признаться самому себе, то наилучшим выходом остается – не заглядывать в «этот страшный и темный угол». Подобная перенастройка приводит к тому, что информация об опасном событии полностью исключается из последующей обработки. Здесь существенно то, что в отличие от других защитных механизмов «отрицание» осуществляет селекцию сведений, а не их трансформацию из неприемлемых в приемлемые. Кроме того, «отрицание» чаще всего является реакцией на внешнюю опасность, а «вытеснение» – на внутреннюю.

«Отрицание» как механизм психологической защиты реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности, в связи с чем считается наименее адаптивным механизмом, затрудняющим осознание внутриличностных проблем. «Вытеснение» связано с избеганием внутреннего конфликта путем активного выключения из сознания (забывания) не информации о случившемся, а только истинного, но неприемлемого мотива своего поведения. «Вытеснение» – наиболее эффективный вид защитного механизма, так как способно справиться с самыми мощными импульсами, с которыми не справляются другие формы защиты. Таким образом, эта категория больных склонна к отвержению, неприятию собственных эмоционально-неприемлемых мыслей и их предотвращению с помощью развития противоположных этим желаний установок при снижении значимости для себя причин, вызвавших психотравмирующую ситуацию. Другими словами, преобладание у больных вегетативной дисфункцией по кардиальному типу таких механизмов, как «вытеснение» и «отрицание», говорит в пользу их склонности к «сокрытию» от самих себя («вытесняя» и «отрицая» ее) информации о своем заболевании. Напряженность этих защитных механизмов связана с более успешной адаптацией к состоянию болезни, прогностически более благоприятными вариантами течения заболевания, а также с тем, что активация именно этих механизмов может служить средством психопрофилактики. Косвенно это находит подтверждение в том, что выраженность этих механизмов не сопровождается повышением тревоги – как личностной, так и ситуационной. Возможно, это связано с более «выраженным» течением вегетативной дисфункции, оформленной вегетативными кризисами, сопровождающимися тревожно-фобической симптоматикой, которая воспри-

нимается больными достаточно тягостно и переносится далеко неспокойно, что делает их несколько агрессивными. Полученные результаты свидетельствуют об узком спектре приспособительного реагирования на заболевание у страдающих вегетативной дисфункцией по кардиальному типу, проявляющемся преимущественно в виде гиперсоциализированного стиля поведения и своеобразной «односторонности» использования механизмов психологической защиты при личностном реагировании на ситуацию болезни.

В то же время больными вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного типа отличалось частое использование таких механизмов, как «регрессия» – $(21,01 \pm 4,66)$; $SD=15,46$ и «гиперкомпенсация» – $(20,9 \pm 4,56)$; $SD=15,13$, что свидетельствует о более дезадаптивном профиле психологической защиты, связанном с возвращением к ранним, инфантильным формам поведения и реагирования, затрудняющим осознание внутриличностных проблем. Эти защитные механизмы дают им возможность в стрессовой ситуации реализовать свои импульсы, что препятствует осознанию ситуации. Слабость эмоционально-волевого контроля, чувство детской незащищенности побуждают личность с таким профилем защиты самостоятельно провоцировать конфликтные ситуации. Это также характеризует взаимосвязь с инфантильной установкой на зависимое поведение, получение помощи и поддержки извне.

На их фоне больные соматизированным расстройством выглядели куда более «взрослее»: используя механизмы «вытеснение» – $(22,0 \pm 3,3)$; $SD=15,07$, «отрицание» – $(37,28 \pm 4,2)$; $SD=18,8$, «проекция» – $(40,0 \pm 5,0)$; $SD=22,4$ и «компенсация» – $(26,5 \pm 3,7)$; $SD=16,6$, они представляли собой лиц, чей защитный профиль характеризовал их как людей, отличающихся высокой критичностью, социальностью, требовательностью к окружающим, нормативностью, пунктуальностью. В то же время, при более внимательном рассмотрении можно было увидеть и некоторые особенности такой конфигурации: наличие механизма «проекции» косвенно свидетельствует о высокой критичности и требовательности больных к окружающим, что позволяет им оправдывать свое поведение и исходящие из неприемлемых для сознания желания, установки и мотивы, а также справляться с чувством неполноценности. Наличие механизма «компенсации» помогает им справляться с внутренним напряжением путем фантазий и мечтаний, целью которых является исправление или восполнение чувства собственной недостаточности и нивелирование чувств, связанных с этим переживанием. Такая защитная реакция характерна для личностей инфантильного круга с низкой самооценкой и может рассматриваться как форма защиты от комплекса неполноценности, при котором заимствованные от других ценности и установки применяются в стилистике реагирования, но не становятся частью самой личности.

Частое использование механизма «отрицания» указывает на то, что у ближайшего окружения отрицаются нежелательные, внутренне неприемлемые черты, собственные или негативные чувства к субъекту переживаний. «Отрицание» как защитный механизм реализуется при различных конфликтах и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия окружающей действительности. Больные склонны к отвержению, неприятию собственных эмоционально-неприемлемых мыслей и предотвращению их с помощью развития у себя противоположных этим желаниям установок при снижении значимости для себя причин, вызвавших психотравмирующую ситуацию. Это позволяет характеризовать таких

больных как недостаточно осознающих и отрицающих вызывающие тревогу обстоятельства, которые очевидны для окружающих. Указанные данные свидетельствуют о достаточно широком спектре приспособительного реагирования на заболевание у больных соматизированным расстройством, проявляющиеся преимущественно в виде сверхнормативного стиля поведения – не только в ситуации болезни, но и в рамках социального функционирования. Очевидно, что наличие такой конфигурации защитных механизмов отражает слабость самой системы защиты, указывая на ее низкую адаптивность, затрудняющую осознание внутриличностных проблем.

Больные ипохондрическим расстройством отличались частым использованием «отрицания» – ($36,35 \pm 10,47$); $SD=20,9$, в то время как больные вегетативной дисфункцией желудочно-кишечного типа чаще использовали «проекцию» – ($33,34 \pm 6,7$); $SD=22,36$ и «гиперкомпенсацию» – ($20,9 \pm 4,56$); $SD=15,13$, что свидетельствует о более дезадаптивном профиле психологической защиты, связанном с возвращением к формам поведения, затрудняющим осознание внутриличностных проблем. Механизм «гиперкомпенсации» отличается гипертрофированным чувством социальной ответственности и справедливости, повышенной нормативностью, пунктуальностью, подавлением интересов и желаний, которые социально не одобряются и не приветствуются. Сверхнормативность, высокое стремление соответствовать общепринятым стандартам поведения, педантичность, выраженное чувство социальной ответственности, а также склонность все негативные моменты в себе приписывать окружающим значительно снижают репертуар компенсаторно-приспособительных механизмов, что влечет за собой искажение адаптационных процессов. Несмотря на отсутствие статистически значимых различий (различия носили характер тенденции) при использовании механизмов «отрицания» ($t=0,311$; $p=0,768$), «проекции» ($t=-0,578$; $p=0,576$) и «гиперкомпенсации» ($t=-2,027$; $p=0,074$) больных ипохондрическим расстройством отличало более адаптивное восприятие своего заболевания и понимание того, как совладать со психотравмирующей ситуацией, что сближало их с группой здоровых лиц ($t=1,500$; $p=0,136$), хотя значимых различий получено не было.

Корреляционный анализ показал, что напряженность большинства защитных механизмов, за исключением «вытеснения» ($r=-0,102$; $p=0,029$), положительно коррелировала между различными формами соматоформных расстройств у сотрудников ОВД. Результаты дискриминантного анализа позволили определить основные пути и содержание интрапсихической переработки тревоги в исследованных группах. Обращало на себя внимание редкое использование механизма защиты «рационализация», что не позволяло полностью ассимилировать тревогу в конструктивный тип личностного реагирования. Факт блокирования перехода тревоги в стилистику реагирования на болезнь следует рассматривать как существенное звено формирования внутренней картины болезни у сотрудников ОВД, страдающих соматоформными расстройствами. При этом, вероятно, такой тип психологической защиты, являясь с точки зрения активности личности скорее адаптивным, в целом всё же не достигает необходимого для личности уровня совладания с болезнью и приспособительного поведения, хотя и отражает некоторые взаимосвязи и факторы. В качестве примера можно указать на то, что ни один из больных не стремился к повторным обследованиям, не стремился лечиться в общесоциальных стационарах, более того, даже избегал госпитализаций, т.е. проявлялась своеобразная транс-

формация защитных механизмов, которые приобретали характер замещения или отрицания болезни с проявлениями «гиперкомпенсации» и «ухода в работу».

Исследование структуры механизмов психологической защиты практически здоровых лиц показало, что они чаще, чем сотрудники ОВД, пользовались такими защитными механизмами, как «отрицание», «проекция», «компенсация», «гиперкомпенсация», т.е. наименее адаптивными стратегиями, затрудняющими осознание межличностных и внутриличностных проблем. Хотя эти различия и не были статистически значимыми они наглядно отражали особенность конфигурации защитных механизмов, встроенных в систему приспособительного поведения сотрудников ОВД.

В структуре психологической защиты гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами, было выявлено, что внутригрупповых различий она не носила. Следует отметить результаты, полученные у больных вегетативной дисфункцией по кардиальному типу, и у больных вегетативной дисфункцией по желудочно-кишечному типу. «Замещение» – ($41,95 \pm 1,98$); $SD=15,12$ – может рассматриваться в качестве «маркера» недостаточного осознания существующих проблем и более активного выключения из сознания событий, несущих психологический дискомфорт при их признании. Одними из основных механизмов психологической защиты оставались «компенсация» и «гиперкомпенсация», а также связанные с ними формы поведения. Защита носила пассивный оборонительный характер, приобретая патологические формы и укрепляя пациентов в роли больных. Стремясь подавить тревогу и страх за свое здоровье, больные, прежде всего, обращались за помощью к врачам-интернистам, проходили многочисленные обследования и получали симптоматическое лечение, которое приносило им облегчение на небольшой промежуток времени или не давало никакого эффекта вообще. Оставались стойкие характерологические проявления, заключающиеся в склонности к сомнениям, мнительности и тревожности по любому поводу; в легкости возникновения невротических реакций с астеническими расстройствами в виде повышенной раздражительности и вегетативных дисфункций.

Ограничительное поведение приводило больных к еще большей дезадаптации, что способствовало расширению круга навязчивостей: появлялись навязчивые представления и защитные действия. Больные, испытывая страх за здоровье, как правило, продолжали работать, выполнять свои домашние обязанности. У них формировалось ипохондрическое состояние, а фобический синдром носил монотематический характер, т.е. навязчивые защитные действия были объединены единой фобулой. При этом у больных сохранялось критическое отношение к своим болезненным переживаниям и имелось желание скорее от них избавиться, но попытки самостоятельно преодолеть свои страхи и опасения не приносили успеха. У большинства гражданских пациентов появлялась своеобразная «фобобия» – страх возникновения вегетативного криза и сопровождающего его острого страха смерти. Дезадаптивный характер внутренней картины болезни определялся ограниченным репертуаром конструктивных стратегий совладающего поведения в сочетании с расширенным репертуаром дезадаптивных вариантов совладания. Учитывая стрессогенный характер заболевания, вполне закономерно, что такой стиль совладания со стрессом приводил к накоплению у больных неразрешенных проблем и связанной с ними тревоги – это формировало образ болезни как «источника всех бед». С одной стороны, недостаточность навыков

планирования у этих пациентов могла лежать в основе их неспособностям совмещать следование медицинским рекомендациям с профессиональной деятельностью, активным отдыхом, общением, творчеством и т.п., что приводило не только к нарушению социального функционирования, но и к переоценке препятствий, создаваемых болезнью, к стремлению оправдать неудачи болезнью, к формированию представлений о невозможности жить полноценной жизнью при заболевании соматоформной патологией. С другой стороны, недостаточное владение навыками переосмысления, снижения значимости ситуации, т.е. изменения отношения к ней в том случае, когда нельзя изменить ее саму, очевидно, препятствовало принятию самого факта болезни и накладываемых ею ограничений, приводило к катастрофизации пациентами последствий своего заболевания.

Анализ результатов исследования показал, что в целом группа больных, страдающих соматоформными расстройствами – и сотрудники ОВД, и гражданские пациенты – использовала достаточно широкий спектр способов совладания со стрессом. Наиболее часто применяемыми стратегиями в подгруппе гражданских пациентов являлись стратегии «принятие ответственности» – $t=1,864$; $p=0,065$; «бегство, избегание» – $t=3,421$; $p=0,001$ и «конфронтация» – $t=2,964$; $p=0,004$, что связано с высоким риском нарушений компенсаторно-приспособительных механизмов. Для этой группы больных, пытающихся в затруднительных ситуациях снизить тревогу путем ухода от решения проблем, импульсивными поступками или самообвинением, оказалось характерной более выраженная, чем у сотрудников ОВД, соматоформная симптоматика. Характерная особенность совладающего поведения сотрудников ОВД заключалась в том, что они практически не прибегали к стратегии «бегство, избегание», а, напротив, активно включались в решение возникших проблем.

Таким образом, полученные данные позволяют говорить о том, что специфика приспособительного поведения определяется не только внутренними, личностными, упроченными в процессе профессиональной деятельности, но и внешними, средовыми факторами. В распределении предпочитаемых стратегий совладающего поведения у сотрудников ОВД и гражданских пациентов, страдающих соматоформными расстройствами, есть много общего. Вместе с тем, сотрудники ОВД отдают большее предпочтение «планированию решения проблем», чем «принятию ответственности», тогда как для гражданских пациентов, напротив, характерно обратное соотношение – они более склонны, по сравнению с сотрудниками ОВД, использовать стратегии «бегство, избегание» и «конфронтация», что говорит об их низком приспособительном потенциале.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом. Теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2011. 191 с.
2. Коцюбинский А.П. Аутохтонные непсихотические расстройства. СПб.: СпецЛит, 2015. 495 с.
3. Безчасный К.В., Марилев В.В. Особенности формирования групп риска повышенной заболеваемости соматоформными расстройствами среди сотрудников ОВД РФ (в связи с задачами психогигиены) // Медицинский вестник МВД. 2018. №3. С. 71–75.
4. Литвинцев С.В. Некоторые проблемные и дискуссионные вопросы психосоматических соотношений и соматоформных расстройств с позиций клинической психиатрии // Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева. 2018. №3. С. 80–89.
5. Heim E. Coping und Adaptivität: Gibtesgeeignete oder ungeeignetes Coping? // Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin iche Psychologie. 1988. No. 1. Pp. 7–8.
6. Lazarus R.S., Colien J. Environmental Stress. Human behavior and the environmental current theory and research. N.Y.: Plenum, 1997. 282 p.

Материал поступил в редакцию 03.12.18; статья поступила после рецензирования 03.06.19; принята к публикации 04.09.19
The material was received 03.12.18; the article after peer review procedure 03.06.19; the Editorial Board accepts the article for publication 04.09.19

Выводы

1. Расширение репертуара проблемно- и эмоционально-фокусированных стратегий совладающего поведения у гражданских пациентов общесоматической сети, страдающих соматоформной патологией; оптимизация их стратегий совладания с текущими трудностями и тревогой; помощь в планировании по совмещению процедур контроля заболевания с повседневной деятельностью; помощь в принятии факта болезни и переосмыслении жизненной ситуации, созданной болезнью – важные задачи психопрофилактической (психогигиенической) работы с этим контингентом. Вполне возможно, что коррекция малоэффективного стиля совладания со стрессом и формирования навыков рационального разрешения текущих трудностей, связанных с заболеванием, может способствовать как улучшению компенсаторно-приспособительного функционирования в условиях болезни, так и повышению качества их жизни.

2. Среди сотрудников ОВД наиболее часто используемыми стратегиями совладания с трудностями в группах больных вегетативной дисфункцией по кардиальному и желудочно-кишечному типу являлись активные проблемно-сфокусированные стратегии: поиск социальной поддержки, планирование решения проблемы, положительная переоценка. Таким образом, при возникновении проблемной ситуации больные предпочитали решать ее как самостоятельно, так и с помощью поддержки извне. Статистически значимых внутригрупповых различий получено не было, но можно предположить, что для больных этих подгрупп характерно стремление к поиску поддержки у окружающих в трудных ситуациях, надежда на сочувствие, значимую помощь, советы и рекомендации. Очевидно, что во многом указанные тенденции отражают способ приспособления к болезни, ограничивающей повседневное социальное функционирование. Выраженные вегетативные проявления в виде приступов с тревожно-фобической симптоматикой могут приводить к переживанию чувства беспомощности и повышенной потребности в поддержке. В то же время подобный стиль совладания может приводить и к неоправданному использованию пациентами заболевания с целью ухода от ответственности, недооценки собственных возможностей, нередко способствующей формированию ограничительного поведения. Активные варианты совладающего поведения, ориентированные на решение проблемы, ведут к уменьшению симптоматики, тогда как «бегство, избегание», «дистанцирование», направленные на редукцию эмоционального напряжения, наоборот, приводят к ее усилению. В целом высокий удельный вес в структуре совладающего поведения сотрудников ОВД такой стратегии, как «планирование решения проблем», целесообразно рассматривать как элемент системы приспособления в условиях развившегося заболевания.

REFERENCES

1. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. *Sovladanie so stressom. Teoriya i psikhodiagnostika* = Controlling with stress. Theory and psychoactivator. St. Petersburg, Rech' Publ., 2011. 191 p. (In Russ.).
2. Kocubinskiy A.P. *Autokhtonnye nepсихотicheskie rasstroystva* = Autochthonous unpsychotic disorders. St. Petersburg, Speclit Publ., 2015. 495 p. (In Russ.).
3. Bezchasnyy K.V., Marilov V.V. Features of forming of high-risk of enhanceable morbidity somatoform disorders groups among employees of law enforcement bodies of the Russian Federation. *Meditsinskiy vestnik MVD* = MIA Medical Bulletin. 2018; (3): 71–75 (In Russ.).
4. Livintsev S.V. Some problem and debatable questions of psychosomatic correlations and somatoform disorders from positions of clinical psychiatry. *Obzrenie psikhologii i meditsinskoj psikhologii im. V.M.Bekhtereva*. 2018; (3): 80–89 (In Russ.).
5. Heim E. Coping und Adaptivität: Gibtesgeeignete oder ungeeignetes Coping?. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizin iche Psychologie*. 1988; (1): 7–8.
6. Lazarus R.S., Colien J. *Environmental Stress. Human behavior and the environmental current theory and research*. N.Y., Plenum, 1997, 282 p.