

## Влияние субъективных теорий болезни на совладающее поведение (копинг)

*Х.-В. Гессманн*

*директор Психотерапевтического института Бергерхаузен, Дуйсбург; Германия,  
профессор кафедры педагогического образования института педагогики и психологии;  
Костромской государственной университет имени Н.А. Некрасова, Кострома, Россия,  
info@pib-zentrum.de*

*Перевод на русский язык*

*Е.А. Шеронов*

*аспирант Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова,  
Кострома, Россия*

В данной публикации представлен взгляд на проблематику субъективных теорий болезни в контексте совладающего поведения. В работе скомпилированы результаты современных исследований копинга, раскрыт вопрос влияния субъективных теорий болезни на совладание с заболеванием и здоровье пациента, представлено исследование различий совладающего поведения пациентов с риском инфаркта и онкологических больных. Публикация рекомендована для специалистов, интересующихся психологическими причинами развития физиологических заболеваний и особенностями совладающего поведения больных.

**Ключевые слова:** болезнь, здоровье, субъективная теория болезни, совладающее поведение (копинг), стресс, онкологические заболевания, атрибуция, когнитивный диссонанс.

Совладающее поведение рассматривается с разных точек зрения: с (нео) биохевиористской (Levine, Weinberg, Ursin, 1978), с точки зрения психологии личности (Вугне, 1961) или с позиций неопсихоанализа (Наан, 1977) [10, с. 54]. Однако, существуют не только различные теоретические подходы, но и различные определения и концептуальные уточнения. «Для определения, концептуализации и описания копинг процессов до сих пор преобладает ... транзакционная модель стресса Лазаруса (1981)» [15, с. 105]. Модель содержит психодинамические

(например, отказ) и социально-психологические аспекты (например, когнитивные аспекты, такие, как «Каузальная атрибуция» и «Когнитивный диссонанс»).

С точки зрения Фолкмана и Лазаруса (Folkman, Lasarus, 1989) копинг означает «постоянно меняющиеся когнитивные и поведенческие усилия с целью удовлетворить требования стрессовых ситуаций» [33, с. 136]. Стресс, совладание и здоровье следует рассматривать в том контексте, в котором Шварцер иллюстрирует модель патогенеза. Психологический стресс основан на когни-

тивной оценке: 1. Взаимодействие человек — окружающая среда рассматривается как вызов или как угроза травмы (= событие восприятия); 2. Происходит восприятие ресурсов, проводя аналогию с личными, социальными и материальными ресурсами. Решающими являются личные ресурсы, которые отвечают компетенции ожидания. Если ресурсы оцениваются как недостаточные для удовлетворения потребностей, то создается напряжение. Вследствие этого выбираются неадекватные стратегии совладания, которые связаны с упорством, с отрицательными эмоциями и рискованным поведением, а также с определёнными физиологическими процессами, которые в конечном итоге могут привести к возникновению заболевания. «Борьба, успешная или нет, может сокрушить или ослабить организм в долгосрочной перспективе и, следовательно, повысить уязвимость ... что может оставить след на здоровье человека» [33, с. 137]. Вопрос в том, следует ли рассматривать совладающее поведение как полезное или как вредное, однако, не может быть решен [3, с. 19]. «Лазарус различает проблемно-ориентированный и эмоционально-ориентированный копинг. В первом случае поведение направлено на решение проблемы, во втором — к облегчению симптомов стресса» [33, с. 130]. Что такое успешная копинг стратегия и как она должна оцениваться в конкретной ситуации? В каче-

стве попытки классифицировать совладающее поведение по содержанию выступает работа Фолкмана и Лазаруса (1980) «Ways of Coping Checklist» (Список способов совладания) [12]. Он представляет собой довольно произвольный список 68 копинг стратегий с точки зрения проблемной или эмоциональной ориентации. Очередная попытка Качели и Стеффенс (Kachele, Steffens, 1988) представляет собой трехмерную модель для классификации копинг стратегий, где первым измерением является поведенческий уровень [20]. Здесь исследователи задаются вопросом, является ли спор о стрессовом событии «открытым», т. е. является ли это наблюдаемым поведением или это скрытый внутри-психический процесс. Второе измерение — «общительность», имеет дело с участием социальной сферы. Эта переменная простирается от социальной изоляции до активного поиска, включая промежуточные показания. И, наконец, третье измерение относится к ориентации внимания. Здесь [10, с. 62—65] имеется в виду возможность поворота или объезда угрожающих раздражителей. Хасенбринг (Hasenbring, 1988) предлагает двумерную модель, которая содержит переменные пассивного / активного внимания против пассивного / активного избегания. На основе эмпирических исследований существующих стратегий выживания онкологических больных была выявлена следующая модель:

	<b>актив</b>	<b>пассив</b>
<b>Обращение внимания</b>	Поиск информации	Стоицизм / фатализм
	Анализ проблемы	Размышление
	Положительные фантазии	Преследование
	Смысл	Пассивное подчинение
	Конструктивная валидность	Постоянные жалобы

	Поиск соц. поддержки	
<b>Отвлечение внимания</b>	Когнитивная	Отсутствие желаний
	Отвлекающие мероприятия	Избегание мероприятий
	Поиск контактов	Социальная изоляция
	Несоблюдение	Несоблюдение
	Юмор	

«Климатическая» концепция [22; 26], описывая копинг стратегии, выражается следующим высказыванием: «Я всё могу сам, я отличный управленец. Я сам влияю на свою жизнь, а изменения я воспринимаю как вызов.» [35, с. 139]. Турке (Thurke, 1991) был в состоянии продемонстрировать, что даже пациенты с ревматоидным артритом, связанные прогрессивным заболеванием, смогли научиться самообладанию, которое оказалось полезным в процессе преодоления стресса [35]. Особенное значение здесь играют такие внутренние психологические факторы, как радость, позитивное мышление и эмоциональная стабильность. «Экстремальные страхи противодействуют болезни, чтобы сохранить положительный образ самого себя, чтобы сохранить или создать и укрепить собственный потенциал» [35, с. 171]. Исследование Бухгольца (Buchholtz, 1991) показали, что семья положительно влияет на заболевание психически больного [4]. Аналогом этому служит Субъективная теория патогенеза (перегрузка, трудности в межличностных отношениях, гиперопека). Странники теории выделяют общение, расширение окружающей среды, заботу, сокращение ухода и зависимости как положительное влияние.

Исследования Шварцера (Schwarzer, 1992) показывают следующее влияние ожиданий и внутреннего локуса контроля на процесс восстановления: разрабатываются стратегии профилактики забо-

леваний, как правило, воспринимается информация о здоровом образе жизни [30, с. 76]. Тейлор и др. (Taylor et al., 1984) смогли показать, влияние внутренней атрибуции на адаптацию к хроническим заболеваниям [34]. Мрачек и др. (Mrazek et al., 1983) подтвердили это через изучение пациентов с сердечной недостаточностью [37].

После острого сердечного приступа центральное место в лечении и реабилитации должна занимать субъективная атрибуция [32]. Если все причины заболевания объективно зависят только от неконтролируемых обстоятельств, то, действительно, у пациента нет необходимости изменять свою жизнь или конкретные поведенческие модели. Только те, кто хотя бы частично видит причину сердечного приступа в самом себе, готовы к таким переменам. [30, с. 76].

Литт (Litt, 1988) обнаружил, что вследствие высокого ожидания от своей компетентности повышается порог болевой чувствительности и болевая выносливость [33, с. 35]. Зиглер (Ziegler, 1986) продемонстрировал успешное преодоление заболевания у пациентов, причиной которого было расстройство внутреннего органа. Он обнаружил у этих людей симптомы депрессии и тревоги, а также незначительные физические недуги и высокий уровень ожиданий от борьбы с заболеванием. В «психосоматическом» понятии причины, однако, он видел элементы депрессии и тревоги. Зиг-

лер интерпретирует высокий показатель депрессии как выражение вины. Хасенбринг (Hasenbring, 1988) утверждает, однако, что депрессия и тревога может быть связана с плохим физическим состоянием и поэтому приобретает столь первостепенное значение. Фрей и др. (Freu et al., 1983) обнаружили, что у пациентов, которые оценивают своё стрессовое событие как неизбежное, наблюдается более быстрое заживление ран и, следовательно, их пребывание в больнице заметно сокращается. С другой стороны, чувство вины приводит к ухудшению. Хасенбринг (Hasenbring, 1988) указывает, что внутренняя атрибуция не должна быть связана с чувством вины, которое может быть интерпретировано как принятие ответственности [15]. Модель патогенеза Шварцера отражается здесь очень ясно. Внутренняя атрибуция понимается здесь в том смысле, что когнитивные процессы рассматриваются (в зависимости от оценки ситуации и восприятия собственных ресурсов) как причина болезни, а также принимается ответственность за свое собственное состояние, что, в итоге, может привести к изменению осознания ситуации. На основе исследования ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом Лучетти (Lucchetti, 1991) пришёл к выводу о том, что принятие своей болезни имело большее значение [25]. Здесь идёт речь не об упадке сил, а об интеграции болезни в свою жизнь. В теории принятие (в том числе и гомосексуализма) не вызывает ни вины, ни склонности к самоосуждению [25, с. 150—151]. «Это способствует принятию личной ответственности.» [25, с. 154]. Бухман и соавт. (Buchman et al., 1985) высказались аналогично. Индивидуальный подход, ориентирован-

ный на самостоятельность имеет ведущее значение, в то время как социально-ориентированный подход, внешняя причинная обусловленность и делегация компетенций, которыми полна профессиональная сфера, имеет больший спрос на медицинские услуги [5, с. 156].

После выступления Дорнхайм (Dornheim, 1983) становится ясно, что активное преодоление стресса не в последнюю очередь зависит от того, как определяется заболевание в социальном контексте. Примером может выступить ишемическая болезнь сердца или рак. Информатизация и стигматизация приводят к сокрытию заболевания и изоляции самого пациента.

Итак, «сокрытие является «нормальной» практикой в случаях серьёзных заболеваний» [7, с. 197]. Господин Пол описывает свою ситуацию: «..., мой отец проходит лечение в нашем районном отделении, но правду от него скрывают. Ему говорят, что это простое воспаление ..., в то время как у него обнаружили рак.» [7, с. 137]. Сокрытие полезно в период подтверждения гипотезы, особенно для родственников больного. Это защищает от стигматизации.

*Экстернализацию* следует понимать как защитный механизм, который имеет функцию уменьшения тревоги. Например, бывают случаи, когда говорят не о заболевании раком крови, а просто о заболевании крови, чтобы родственники не испытывали страх перед предрасположенностью к раковым опухолям. Поэтому господин Опп скрывает факт заболевания своей матери раком на том основании, что он обладает противоположным полом. Господин Пол, у отца которого обнаружили рак, считает, что ему просто не повезло. «У каждого есть

риск оказаться в несчастной ситуации, господину Полу не нужно беспокоиться об этом» [7, с. 185].

Страх быть инфицированным возникает вследствие социального отказа от людей, больных раком. Это объясняется, по словам Дорнхайма, реально существующим страхом перед собственной смертью. Тема раковых заболеваний редко вербализируется. Дорнхайм (Dornheim, 1983) высказывается по этому поводу следующим образом:

«Тем не менее, очевидно, что общество, которое потеряло свою веру в продолжение существования после смерти и не в состоянии предсказать продолжительность своей жизни, впало бы в отчаяние и панику, если бы постоянно находилось в осознании этого факта. Избегание мотивации ... возникает из неизвестности и непонимания беспомощности перед смертью, но оно связано с серьёзными и неизлечимыми симптомами заболевания пострадавшего.» [7, с. 251—252].

«Рак и онкологические больные являются такими объектами, которые вызывают скрытую боязнь у окружающих» [7, с. 201].

Все хотят избежать контакта с раком, который оценивается как нечто чужеродное и сверхъестественное. Избегание больных раком, приуменьшение своего страха и риска («им просто не повезло...») по Дорнхайм является ни чем иным как проявлением коллективной борьбы со смертью. Это проецируется наружу и формирует конкретные модели поведения. То, что человек отвергает и отрицает, а именно, в данном случае, внутренний страх смерти, будет проявляться внешне.

Комментарии Дорнхайм основаны только на бессистемном наблюдении, но

до сегодняшнего времени другие авторы размышляют в этом же направлении. Хайм (Heim, 1980) сообщил, что пациент после острого сердечного приступа вставая с постели пытался доказать, что он как огурчик, намереваясь покинуть больницу [17]. Вортман и Дункель-Шеттер (Wortman, Dunkel-Schetter, 1979) имели дело с отражением рака на межличностных отношениях. Они пришли к выводу, что онкологические больные чаще испытывают возмущение, страх, агрессивные чувства и печаль.

Также Ёделет (Jodelet, 1991) ярко описывает способы борьбы населения с психически больными. Выясняется, что «больной» не так уж сильно отличается от них, и это порождает страх. «Безумие» вдруг уже не так далеко от них. Поэтому они прибегают к мерам, которые для них выступают внешней и внутренней защитой: раздельное питание, разные жилые помещения, моется и ест больной человек также отдельно от других. Ребёнок не должен чувствовать себя больным. Введение связанных с заболеванием ограничений лучше отложить до школьного возраста, когда эти ограничения могут быть приняты больным. «Постепенно, ребенок усваивает порядок, который должен бесспорно соблюдаться и рассматривается им как норма. Таким образом, введённые нормы поведения не рассматриваются ребёнком как дискриминация.» [19, с. 280].

Фрейд (1956) в своей работе «Тотем и табу» сравнивает табу первобытных народов с нашими обычаями и моральными запретами. Даже в примитивных племенах табу являются поучительными. Это «набор запретов, которые олицетворяют первобытное общество ...» [14, с. 29]. Главным и основным является

ся запрет на прикосновение. Относительно больных и усопших также было табу. Имя умершего не должно было произноситься (также, как и слово «рак» не произносится открыто в наши дни!), все, что связано с мертвым должно быть забыто. По Фрейдю за этими нормами часто скрываются враждебные чувства. Тем не менее, они выражаются и проецируются на мёртвого так, что он становится демоном. Аналогичное происходит в случаях психически больных и больных раком, описанных в сельской местности в центральной части Франции. Запреты представляют собой проекции собственных страхов и, следовательно, задача заключается в избавлении от этих проекций.

Предполагается, что скрининг-тест на наличие раковой опухоли может привести к осложнению уже существующего заболевания или активизировать раковые клетки. Поэтому, постарайтесь защитить себя от того, что, в конечном счёте, может привести к заболеванию. Ёделет (Jodelet, 1991) пишет о страхе заражения:

Эта вера в «магию» заразиться психическим заболеванием остается актуальной и сегодня. ... В психиатрических учреждениях были собраны многочисленные заявления, свидетельствующие об аллергии персонала, об отказе принимать пищу вместе с пациентом, о вынужденных мерах по дезинфекции посуды и мебели. Эти явления являются подтверждением наличия субъективных страхов и убеждений, которые противостоят ряду современных и либеральных дискурсов. [19, с. 287—289]

Можно сделать вывод, что самоизоляция больных, в основном является результатом сложного взаимодействия, в котором участвуют все заинтересованные

стороны со своими страхами перед раком и психическими заболеваниями. То есть, следует понимать, что «взаимодействие общих социальных структур ... является объектом изучения» [36, с. 258—259]. Веррес (Verres, 1986) предполагает, что врачи и психотерапевты должны стремиться содействовать адаптации не только больных, но и всех членов семьи, чтобы противодействовать изоляции и открытому столкновению между пациентом и его коллегами.

Дорнхайм (Dornheim, 1983) описывает, как госпожа Якоб жаловалась на то, что она не может пить из одного стакана со своей тёткой, у которой рак, словно она ей чужая. Поскольку рак воспринимается в первую очередь как нечто страшное, потому что он имеет неизвестное происхождение и, более того, остается абсолютно вне собственного контроля, можно предположить, что госпожа Якоб воспринимает объект «рак» менее угрожающим, чем объект «чужой» (незнакомец). Таким образом, страх контакта с «незнакомцем» переносится на ситуацию взаимодействия с больным раком. [7, с. 161].

Господин Пауль описывает подобную ситуацию. Он боялся, что может заразиться раком ротовой полости, которым страдал его сосед, так как бактерии могут перемещаться по воздуху. Однако, заразиться от своего отца, страдающим раком простаты, он не боялся, так как причина болезни в этом случае по его словам «лежит глубоко внутри» [7, с. 159]. Опять же, Дорнхайм видит рационализацию страха заражения, так как «глобальная тревога по поводу рака невыносима» [7, с. 161]. Она пишет:

Лайтаузер (Leithauser, 1976) пишет, что отличительный шаблон «внутри-нару-



жи», с помощью которого происходит «обыденное осознание», встречается в практике довольно часто. Такая модель обычно проявляется в сочетании с другим мифом, где «хорошие» объекты в основном являются чем-то «внутренним», а «плохие» — «внешним». [7, с. 161].

«Рак полости рта соседа является более опасным, чем «внутренний» рак простаты отца, потому что это находится глубоко внутри» [7, с. 162].

В дальнейшем концептуальные сходства и различия совладания объясняются копинг-терминологией. Теории и стратегии совладания (например, отказ частично будут раскрыты в психоаналитической доктрине о защитных механизмах. Оригинальная психоаналитическая концепция, согласно Фрейд (1894) предполагает, что защитные механизмы служат для того, чтобы «сдерживать свои желания, которые не являются по определённому причинам приемлемыми. Эти желания будут вытесняются в бессознательное посредством репрессий защитных механизмов таким образом, что человек ничего не узнает о них» [20, с. 3]. В своем эссе «Торможение, симптом и тревога» Фрейд расширил понятие. Защитные механизмы являются «общим термином для всех методов, которые эго используют для защиты от того, что может привести к неврозу» [13, с. 196]. Лихтенберг и Слап (Lichtenberg, Slap, 1971) расширили эту концепцию, чтобы понять, как «аффективно-когнитивная система регулирования обеспечивает баланс интрапсихическому в условиях внутреннего конфликта» [1, с. 3]. С этими взглядами связана теория совладающего поведения Лазаруса (Lazarus, 1966), которая, как уже говорилось, тесно связана с концепцией стресса. Некоторые авто-

ры (например, Кохэн и Лазарус, 1980), не делают различий между этими двумя понятиями. Они понимают защитные механизмы, как совладание с интрапсихическим [1, с. 4]. Другие, однако, видят четкие различия между защитными механизмами и копинг-стратегиями. Под защитными механизмами подразумеваются бессознательные реакции, которые происходят в неконтролируемых ситуациях и выполняют ограничивающую функцию. Они также могут быть названы когнитивно-эмоциональными реакциями. «Познание используются для преодоления или защиты от болезненных ощущений [18; 20]. Парадигма — это защитный механизм рационализации» [8, с. 139]. Копинг-стратегия, однако, имеет вид осознанной реакции в неконтролируемой ситуации [1, с. 4—6]. При этом когнитивно-эмоциональный и поведенческий уровень также задействуется. Оба понятия (защитные механизмы и копинг-стратегии) объединяет то, что «они имеют дело с, независимо от вида, внутренним или внешним стрессом или конфликтом ... Они служат как для предотвращения, сокращения и ликвидации угрозы для личности, для избегания отрицательной самооценки и поддержания чувства собственного достоинства, так и для сохранения значимых межличностных отношений» [1, с. 1—7].

Субъективные теории не только оказывают влияние на совладающее поведение, когда болезнь уже присутствует, но даже прежде, чем проявятся первые симптомы, в качестве профилактических мер. «Профилактика включает в себя меры по предотвращению неблагоприятных психических и физических состояний» [31, с. 80]. Каплан (Caplan, 1964), один из основателей идеи профи-

лактики выделяет первичную и вторичную профилактику. Разница заключается в том, что действие выполняется перед или во время возможного отклонения. В течение вторичной профилактики задействуют все скрининг меры для предотвращения прогрессирования заболевания.

Для профилактики здоровья должны учитываться следующие переменные: 1. степень угрозы собственного здоровья, 2. убежденность, что определенные действия приведут к желаемому эффекту (действие-результат) и 3. убежденность возможности выполнения этих действий (самоэффективность и компетентность). Исходя из поставленных целей профилактики, требуется внутренний локус контроля, так как это «наиболее важное требование для самостоятельной конструктивной деятельности» [36, с. 28].

Веррес (Verres, 1986) утверждает, что субъективные теории не развиваются параллельно с медицинскими достижениями по профилактике болезней. Например, в случае исследования рака с помощью скрининг методов существует значительное расхождение между самим тестом и фактическим использованием таких вмешательств для борьбы с раком. Следует иметь в виду, что скрининг не является защитой от болезни. С помощью этого метода можно определить наличие или отсутствие заболевания, что всегда связано с тревогой. Кроме того, «субъективные теории болезни ... всегда содержат традиционные элементы знания и веры» [36, с. 13]. В частности, это связано с вопросом качества личной жизни и субъективным опытом, включая самооценку [36, с. 13].

Проанализировав субъективные теорий об ишемической болезни сердца и

раке, можно сделать следующие выводы: личное отношение «не повезло» или нарекания на судьбу, как наказание виновного может вызвать состояние, которое приводит к отсутствию активного отношения к здоровью. Преступная мысль о заражении приводит к избегающему поведению, при котором профилактические меры, такие как скрининг рака, даже не рассматриваются. Восприятие болезни как следствие невезения или воли судьбы показывает отсутствие каких-либо ожиданий. «Такой человек, как правило, пессимистично видит своё будущее и субъективно чувствует риск заболевания, находясь, по его мнению, в неконтролируемой ситуации» [36, с. 30—31]. Риль-Эмде и соавторы (Riehl-Emde et al., 1989) исследовали пациентов, которые в качестве причины заболевания рассматривали в первую очередь «загрязнение окружающей среды». Часто такие пациенты имеют симптомы депрессии. Убеждение, что некоторые виды деятельности, такие как диета, физические упражнения и т. д. способствуют восстановлению, может способствовать профилактике. Если рассматривать болезнь как психологическое событие, то превентивные меры в первую очередь относятся не к внешней деятельности, а к внутренней. Однако, существует возможность, что депрессивная реакция является тем, что Риль-Эмде и соавторы (Riehl-Emde et al., 1989) подтвердили на основе своих исследований. Наконец, следует отметить, что продление жизни медицинским путём, часто не поддерживается населением [36, с. 255].

Страх перед раком может являться как мотивационным, так и демотивационным фактором для скрининга. В частности это зависит от меры доверия к



терапевтическому вмешательству. Если терапия воспринимается пациентом как слишком радикальная или даже агрессивная (из-за обширного хирургического вмешательства, лучевой и химиотерапии), то скрининг рака также избегается. Веррес (Verres, 1986) выступает за увеличение меры влияния самого пациента на терапевтическое вмешательство:

Может ли пациент в настоящее время при медицинской диагностике реально ожидать, что в случае диагноза рака, он будет иметь возможность участвовать в определении дальнейшего терапевтического вмешательства на каждом этапе? ... В этом случае, возможно, уменьшилась бы тревожность пациента. Развитая здесь теория такова: привлекательность теста на предмет рака может значительно возрасти в долгосрочной перспективе только тогда, когда при лечении ответственность в равной мере будет разделяться между врачом и пациентом. [36, с. 255]

Таким образом, профилактика здоровья понимается, как «результат сложного взаимодействия между личными мотивами, ситуационными факторами и изменениями текущих когнитивных оценок» [36, с. 26].

Ряд исследователей (Ferring (1987), Kroode, Oosterwijk и Steverink (1989)) изучали то, что вызывает познания о болезни у больных раком по сравнению с пациентами с сердечной недостаточностью. Вы видите, что у онкологических больных возникает дополнительный стресс, когда они спрашивают о причине своей болезни, потому что сама медицина не может дать четкого объяснения причин. Для пациентов имеющих риск инфаркта каузальная атрибуция вполне определена [6].

«До сих пор является спорным, какие реакции на определённые заболевания являются специфичными для тех или иных групп больных» [2, с. 94]. Эта проблема раскрывается в сравнительных исследованиях. «Есть потребность провести сравнительные исследования для выяснения этих вопросов, так как существует трудность в выборе стратегии терапии на различных стадиях и формах заболевания» [2, с. 95]. Вторая проблема заключается в том, что выводы сделанные в отдельных случаях многофакторного заболевания распространяются на всех носителей заболевания. Например, результаты научных исследований на тему заболевания раком молочной железы распространяются на носителей и других форм рака. Бойтель (Beutel, 1988) выдвигает следующие требования для сравнительных исследований: обязательно должны быть приняты во внимание социально-демографические данные, длительность заболевания, время с момента установления диагноза, тяжесть или прогноз заболевания и назначенные методы лечения. Эти требования обычно остаются незамеченными, что вызывает сомнения в надёжности результатов сравнительных исследований. По данным МакКоркле и Квинт-Бенолиель (McCorkle, Quint-Benoliel, 1983) больные раком более склонны к депрессии, чем пациенты с пороком сердца [27]. Чем меньше мы можем контролировать заболевание, тем ниже наша ответственность за своё же здоровье. Больные раком больше, чем другие пациенты склонны к объяснению причин своего заболевания как неконтролируемых факторов (неудача, судьба) [28]. По данным Левин и Циглер (Levine, Zigler, 1975) больные раком чаще, чем сердечники отрицают серьёзность и необратимость своего заболевания [24]. Последние сравни-

тельные исследования Клауэра и соавторов (Klauser et al., 1989) также обнаружили особенно сильную «защиту от угроз» у онкологических больных, которые также были убеждены, что они лучше, чем другие пациенты смогут справиться с болезнью [21]. Мутни и Кох (Muthny, Koch, 1984), однако, обнаружили наличие внутреннего локуса контроля у больных раком [28]. Далее Хасенбринг (Hasenbring, 1988) пришёл к выводу о том, что «отрицание болезни представляет собой адаптивную стратегию, как избегание слишком большого беспокойства» [15, с. 108]. Финн и др. (Finn et al., 1974) обнаружили, что пациенты страдающие раком и пациенты с риском инфаркта в равной степени являются тревожными [11], Файфай и его соавторы (Feifei et al., 1973) также не обнаружили различий в страхе смерти у сердечников и у онкологических больных [9]. Как видно из упомянутых здесь примеров, исследования относятся, в первую очередь, к вопросу о каузальной атрибуции и

локусе контроля, так как они являются основным предметом субъективных теорий и значительно влияют на совладание с болезнью. Вопрос в том, влияют ли причины заболевания и степень контроля пациента над заболеванием на копинг-стратегию? Неренц и Левенталь (Nerenz, Leventhal, 1982) считают, что различия существуют, потому что субъективные теории о причинах и контроле заболевания порождают выбор конкретных стратегий совладания [29]. Хайм и Хасенбринг (Heim (1985), Hasenbring (1987)) полагают, что сама постановка вопроса «Почему я получил эту болезнь?» может являться копинг-стратегией [16, с. 79]. «Подводя итог, важно отметить, что знания о специфике совладания с болезнью не достаточно обширны и должны быть дополнены сравнительными исследованиями (особенно в отношении возраста, пола, длительности и степени тяжести заболевания), данные которых могут составить основу значимого клинического исследования» 23, с. 147].

#### ЛИТЕРАТУРА

1. *Beutel M.* Coping und Abwehr — Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte // Krankheitsverarbeitung / F.A. Muthny (Hrsg.). Berlin: Springer, 1990. S. 1—12.
2. *Beutel M.* Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. // Bewältigung und Abwehr / H. Kächele, W. Steffens (Hrsg.). Berlin: Springer, 1988. S. 89—104.
3. *Broda M.* Anspruch und Wirklichkeit — Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarus-Gruppe // Krankheitsverarbeitung / F. A. Muthny (Hrsg.). Berlin: Springer, 1990. S. 13—23.
4. *Buchholtz A.* Alltagskonzepte psychischer Krankheit. Subjektive Theorien von Angehörigen // Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit / U. Flick (Hrsg.), Heidelberg: Asanger, 1991. S. 127—143.
5. *Buchman M., Karrer D., Meier R.* Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Verlag Paul Haupt. 1985. 223 p.
6. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study / Affleck G., Tennen H., Croog S., Levine S. // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55, № 1. P. 29—35.
7. *Dornheim J.* Krankheit im dörflichen Alltag. Tübingen: Ludwig-Uhland-Institut der Universität Tübingen, im Auftrag der Tübinger Vereinigung für Volkskunde. 1983.

8. *Faller H.* Subjektive Krankheitstheorie, Coping und Abwehr — Konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde. // *Krankheitsverarbeitung / F. A. Muthny (Hrsg.)*. Berlin: Springer. 1990. S. 131—142.
9. *Feifel H., Freilich, J., Hermann L.J.* Death fear in dying heart and cancer patients // *Journal of psychosomatic research*. 1973. Vol. 17, № 3. P. 161—166.
10. *Filipp S.H., Klauer T.* Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung // *Bewältigung und Abwehr / H. Kachele & W. Steffens (Hrsg.)*. Berlin: Springer. 1988. S. 51—68.
11. *Finn F., Mulcahy R., Hickey N.* The psychological profiles of coronary and cancer patients. *Irish journal of medical science*. 1974. № 43. P. 176—178.
12. *Folkman S., Lazarus R.S.* An analysis of coping in a middle-aged community sample // *Journal of health and social behavior*. 1980. № 21. P. 219—239.
13. *Freud S.* Hemmung, Symptom und Angst // *Hysterie und Angst*. 1926. № 6. S. 227—305.
14. *Freud S.* Totem und Tabu. Frankfurt am Main: Fischer, 1956. 147 s.
15. *Hasenbring M.* Krankheitsverarbeitung bei Stress // *Bewältigung und Abwehr / H. Kachele, W. Steffens (Hrsg.)*. Berlin: Springer, 1988. S. 105—132.
16. *Hasenbring M.* Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept // *Krankheitsverarbeitung / F.A. Muthny (Hrsg.)*. Berlin: Springer, 1990. S. 78—87.
17. *Heim E.* Krankheit als Krise und Chance. Stuttgart: Kreuz Verlag. 1980. 237 s.
18. *Hoffmann S.O.* Die psychoanalytische Abwehrlehre — aktuell, antiquiert oder obsolet? // *Forum Psychoanal*. 1987. № 3. S. 22—39.
19. *Jodelet D.* Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktionen. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger. 1991. S. 269—292.
20. *Kachele H., Steffens W.* Bewältigung und Abwehr. Berlin: Springer, 1988. 265 s.
21. *Klauer T., Ferring D., Philipp S.H.* Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Eine vergleichende Analyse dreier diagnostischer Gruppen. *Klin. Psychol*. 1989. № 18. S. 144—158.
22. *Kobasa S.C.* The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health // *Social psychology of health and illness / J.S. Sanders, J. Suls (Eds.)*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1982. P. 3—32.
23. *Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische erfassung und empirische ergebnisse / Muthny F.A. (Hrsg.)*. Heidelberg: Springer, 1990. 184 p.
24. *Levine J., Zigler E.* Denial and self-image in stroke, lung cancer and heart disease patients // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. Vol. 43, № 6. P. 751—757.
25. *Lucchetti S.* Zwischen Herausforderung und Bedrohung. Subjektive Krankheitstheorien bei HIV-Infektion und Aids // *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit / U. Flick (Hrsg.)*. Heidelberg: Asanger. 1991. S. 144—159.
26. *Maddi S.R.* Issues and interventions in stress mastery // *Personality and disease / H.S. Friedman (Ed.)*. New York: Wiley, 1990. P. 121—154.
27. *Mc Corkle R., Quint-Benoliel J.* Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life-threatening disease // *Social Science & Medicine*. 1983. Vol. 17, P. 431—438.

28. *Muthny F.A., Koch U.* Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohliche Erkrankungen — ein Vergleich von Brustkrebs — und Dialysepatientinnen // *Psychother. Med. Psychol.* 1984. Vol. 34. S. 261—304.
29. *Nerenz D.R., Leventhal H., Love, R.R.* Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy // *Cancer.* 1982. Vol. 50, P. 1020—1027.
30. *Niketta R.* Theoretische Ansätze kognitiver Kontrolle und das Locus of Control-Konzept // *Interne/externe Kontrollüberzeugung* / R. Mielke (Hrsg.). Bern: Hans Huber, 1982. S. 76—100.
31. *Perrez M., Baumann U.* Lehrbuch Klinische Psychologie: Intervention. Bd. 2. Toronto: Hans Huber, 1991. 450 p.
32. *Rotter J.B.* Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement // *Psychological Monographs: General and Applied.* 1966. Vol. 80, № 1. P. 1—28.
33. *Schwarzer R.* Psychologie des Gesundheitsverhalten. Göttingen: Hogrefe, 1992. 449 p.
34. *Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V.* Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer // *Journal of personality and social psychology.* 1984, Vol. 46, № 3. P. 489—502.
35. *Thurke M.* Chronische Polyarthritits: Vorstellungen junger Rheumatikerinnen zu Verursachung und Verlauf // *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit.* Heidelberg: Asanger / U. Flick (Hrsg.). 1991. S. 160—175.
36. *Verres R.* Krebs und Angst: Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Heidelberg: Springer, 1986. 428 p.
37. Zur subjektiven Wahrnehmung des Herzinfarkts und seiner Ursachen / Mrazek J., Rittner V., Seer P., Weidemann H. // *Öff Gesundheitswes.* 1983. Vol. 45, P. 71—77.

## Subjective Illness theory and coping

*H.-W. Hessmann*

*Ph.D in psychology, director of the Psychotherapy Institute Bergerhausen, Duisburg, Germany; professor of the chair of educational psychology at the Institute of pedagogy and psychology in Kostroma State University named after N.A.Nekrasov N.A., Kostroma, Russia, info@pib-zentrum.de*

*Translated into Russian by*

*E.A. Sheronov*

*post-graduate student, Kostroma State University named after N.A. Nekrasov, Kostroma, Russia*

The article presents a view of a problem of subjective illness theory in context of coping behavior. The article compiles the results of the latest studies of coping; discloses the way subjective illness theory affects the illness coping and patient's health; presents the study of differences in coping behaviour of patients at risk of heart attack and oncology. The article is recommended for specialists, concerned with psychological reasons of pathogenic processes and coping strategies of patients.

**Keywords:** illness, health, subjective illness theory, coping, stress, oncological disease, attribute, cognitive dissonance.

### REFERENCES

1. *Beutel M.* Coping und Abwehr — Zur Vereinbarkeit zweier Konzepte. Krankheitsverarbeitung / F.A. Muthny (Hrsg.). Berlin: Springer, 1990. S. 1—12.
2. *Beutel M.* Spezifische und generelle Aspekte der Verarbeitung chronischer Erkrankungen. Bewältigung und Abwehr / H. Kächele, W. Steffens (Hrsg.). Berlin: Springer, 1988. S. 89—104.
3. *Broda M.* Anspruch und Wirklichkeit — Einige Überlegungen zum transaktionalen Copingmodell der Lazarus-Gruppe. Krankheitsverarbeitung / F.A. Muthny (Hrsg.). Berlin: Springer, 1990. S. 13—23.
4. *Buchholtz A.* Alltagskonzepte psychischer Krankheit. Subjektive Theorien von Angehörigen. Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit / U. Flick (Hrsg.), Heidelberg: Asanger, 1991. S. 127—143.
5. *Buchman M., Karrer D., Meier R.* Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Stuttgart: Verlag Paul Haupt. 1985. 223 p.
6. Causal attribution, perceived benefits, and morbidity after a heart attack: An 8-year study / Affleck G., Tennen H., Croog S., Levine S. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987. Vol. 55, no 1. pp. 29—35.
7. *Dornheim J.* Krankheit im dörflichen Alltag. Tübingen: Ludwig-Uhland-Institut der Universität Tübingen, im Auftrag der Tübinger Vereinigung für Volkskunde. 1983.

8. *Faller H.* Subjektive Krankheitstheorie, Coping und Abwehr — Konzeptuelle Überlegungen und empirische Befunde. *Krankheitsverarbeitung / F. A. Muthny (Hrsg.)*. Berlin: Springer. 1990. S. 131—142.
9. *Feifel H., Freilich J., Hermann L.J.* Death fear in dying heart and cancer patients. *Journal of psychosomatic research*. 1973. Vol. 17, no 3. pp. 161—166.
10. *Filipp S.H., Klauer T.* Ein dreidimensionales Modell zur Klassifikation von Formen der Krankheitsbewältigung. *Bewältigung und Abwehr / H. Kachele & W. Steffens (Hrsg.)*. Berlin: Springer. 1988. S. 51—68.
11. *Finn F., Mulcahy R., Hickey N.* The psychological profiles of coronary and cancer patients. *Irish journal of medical science*. 1974. no 43. pp. 176—178.
12. *Folkman S., Lazarus R.S.* An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*. 1980. no 21. pp. 219—239.
13. *Freud S.* Hemmung, Symptom und Angst. *Hysterie und Angst*. 1926. no 6. S. 227—305.
14. *Freud S.* Totem und Tabu. Frankfurt am Main: Fischer, 1956. 147 s.
15. *Hasenbring M.* Krankheitsverarbeitung bei Stress. *Bewältigung und Abwehr / H. Kachele, W. Steffens (Hrsg.)*. Berlin: Springer, 1988. S. 105—132.
16. *Hasenbring M.* Zum Stellenwert subjektiver Theorien im Copingkonzept. *Krankheitsverarbeitung / F.A. Muthny (Hrsg.)*. Berlin: Springer, 1990. S. 78—87.
17. *Heim E.* Krankheit als Krise und Chance. Stuttgart: Kreuz Verlag. 1980. 237 s.
18. *Hoffmann S.O.* Die psychoanalytische Abwehrlehre — aktuell, antiquiert oder obsolet? *Forum Psychoanal.* 1987. no 3. S. 22—39.
19. *Jodelet D.* Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktionen. In U. Flick (Hrsg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit*. Heidelberg: Asanger. 1991. S. 269—292.
20. *Kachele H., Steffens W.* *Bewältigung und Abwehr*. Berlin: Springer, 1988. 265 s.
21. *Klauer T., Ferring D., Philipp S.H.* Zur Spezifität der Bewältigung schwerer körperlicher Erkrankungen: Eine vergleichende Analyse dreier diagnostischer Gruppen. *Klin. Psychol.* 1989. no 18. S. 144—158.
22. *Kobasa S.C.* The hardy personality: Toward a social psychology of stress and health. *Social psychology of health and illness / J.S. Sanders, J. Suls (Eds.)*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum. 1982. pp. 3—32.
23. *Krankheitsverarbeitung: Hintergrundtheorien, klinische erfassung und empirische ergebnisse / Muthny F.A. (Hrsg.)*. Heidelberg: Springer, 1990. 184 p.
24. *Levine J., Zigler E.* Denial and self-image in stroke, lung cancer and heart disease patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1975. Vol. 43, no 6. pp. 751—757.
25. *Lucchetti S.* Zwischen Herausforderung und Bedrohung. Subjektive Krankheitstheorien bei HIV-Infektion und Aids. *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit / U. Flick (Hrsg.)*. Heidelberg: Asanger. 1991. S. 144—159.
26. *Maddi S.R.* Issues and interventions in stress mastery. *Personality and disease / H.S. Friedman (Ed.)*. New York: Wiley, 1990. pp. 121—154.
27. *Mc Corkle R., Quint-Benoliel J.* Symptom distress, current concerns and mood disturbance after diagnosis of life-threatening disease. *Social Science & Medicine*. 1983. Vol. 17, pp. 431—438.



28. *Muthny, F.A., Koch U.* Psychosoziale Situation und Reaktion auf lebensbedrohliche Erkrankungen — ein Vergleich von Brustkrebs — und Dialysepatientinnen. *Psychother. Med. Psychol.* 1984. Vol. 34. S. 261—304.
29. *Nerenz D.R., Leventhal H., Love, R.R.* Factors contributing to emotional distress during cancer chemotherapy. *Cancer.* 1982. Vol. 50, pp. 1020—1027.
30. *Niketta R.* Theoretische Ansätze kognitiver Kontrolle und das Locus of Control-Konzept. *Interne/externe Kontrollüberzeugung / R. Mielke (Hrsg.).* Bern: Hans Huber, 1982. S. 76—100.
31. *Perrez M., Baumann U.* Lehrbuch Klinische Psychologie: Intervention. Bd. 2. Toronto: Hans Huber, 1991. 450 p.
32. *Rotter J.B.* Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied.* 1966. Vol. 80, no 1. pp. 1—28.
33. *Schwarzer R.* Psychologie des Gesundheitsverhalten. Göttingen: Hogrefe, 1992. 449 p.
34. *Taylor S.E., Lichtman R.R., Wood J.V.* Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology.* 1984, Vol. 46, no 3. pp. 489—502.
35. *Thurke M.* Chronische Polyarthritits: Vorstellungen junger Rheumatikerinnen zu Verursachung und Verlauf. *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit.* Heidelberg: Asanger / U. Flick (Hrsg.). 1991. S. 160—175.
36. *Verres R.* Krebs und Angst: Subjektive Theorien von Laien über Entstehung, Vorsorge, Früherkennung, Behandlung und die psychosozialen Folgen von Krebserkrankungen. Heidelberg: Springer, 1986. 428 p.
37. Zur subjektiven Wahrnehmung des Herzinfarkts und seiner Ursachen / *Mrazek J., Rittner V., Seer pp., Weidemann H.* *Öff Gesundheitswes.* 1983. Vol. 45, pp. 71—77.