

На правах рукописи

Ярославская Мария Александровна

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СТРАТЕГИИ АДАПТАЦИИ К
ЗАБОЛЕВАНИЮ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ
НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ**

**Специальность: 19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук**

Москва-2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Научный руководитель: **Сирота Наталья Александровна** – доктор медицинских наук, профессор; заведующий кафедрой клинической психологии, декан факультета клинической психологии ГОУ ВПО «МГМСУ Минздравсоцразвития РФ»

Научный консультант: **Зинченко Юрий Петрович** – доктор психологических наук, профессор, член-корреспондент РАО; заведующий кафедрой методологии психологии, декан факультета психологии ФГОУ ВПО «МГУ имени М.В.Ломоносова»

Официальные оппоненты: **Гульдан Виктор Викторович** – доктор психологических наук; руководитель психологической лаборатории ФГУ «Московского областного центра социальной и судебной психиатрии» Минздравсоцразвития России

Дозорцева Елена Георгиевна - доктор психологических наук, профессор; руководитель лаборатории психологии детского и подросткового возраста отдела социальных и судебно-психиатрических проблем несовершеннолетних ФГУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России

Ведущая организация: Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «**Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова**» Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Защита состоится _____ 20__ года в _____ часов на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория _____.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова

Автореферат разослан _____ 20__ года.

Ученый секретарь диссертационного совета

Е.Ю. Балашова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Хронические неспецифические заболевания легких (ХНЗЛ) – это группа хронических заболеваний бронхо-легочной системы неспецифической природы, включающая в себя бронхиальную астму (БА) и хроническую обструктивную болезнь легких (ХОБЛ). Хроническая обструктивная болезнь легких и бронхиальная астма – серьезная проблема здравоохранения. ХНЗЛ в силу своей большой распространенности и значимости в прогностическом плане являются важной медицинской проблемой. ХНЗЛ имеют значительные психологические и социальные последствия для больных, что обуславливает внимание специалистов различных областей медицины и психологии, а также необходимость разработки комплексного медико-психологического подхода в лечении. В настоящее время ХОБЛ занимает четвертое место в мире в структуре причин смертности и в ближайшие десятилетия прогнозируется увеличение как распространенности, так и смертности от этого заболевания (Дворецкий Л.И., Сергеева Е.В., 2008). Помимо вышеописанного, считается, что у женщин, страдающих ХОБЛ, состояние здоровья хуже, чем у мужчин (Antonelli-Incalzi R. et al., 2003), и эта тенденция будет продолжаться, поскольку число случаев госпитализации и смертности от ХОБЛ среди женщин, как ожидается, удвоится в течение следующих 15 лет (Association Pulmonaire du Canada, 2001). За прошедшие годы распространенность заболевания БА увеличилась во всем мире (Centers for Disease Control and Prevention Surveillance Summaries, 2001; ISAAC, 1998; Mannino D.M. et al., 1998; Schachter L.M., 2005). Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что от 4% до 10% населения планеты страдают БА различной степени тяжести (Овчаренко С.И., 2002).

В последние десятилетия становится все более актуальной задача определения механизмов саморегуляции психической деятельности в норме и патологии, ресурсов организма человека и его личности для успешного преодоления последствий различных заболеваний, сохранения или

повышения способности к выполнению различных видов деятельности (Виноградова М.Г., Тхостов А.Ш., 2010; Выготский Л.С., 2003; Зейгарник Б.В., Братусь Б.С., 1980; Зинченко Ю.П., 2003; Леонтьев А.Н., 1945, 1973, 1977; Николаева В.В., 1987; Николаева В.В., Арина Г.А., 1995, 2003; Разумов А.Н., Бобровницкий И.П., 2002; Сирота Н.А., 1994; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994; Соколова Е.Т., Николаева В.В., 1995; Тхостов А.Ш., Зинченко Ю.П., 2001; Тхостов А.Ш., 2002; Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., 1999; Чазова А.А., 1998; Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2008). В связи с этим, становится крайне важным определение особенностей способов и ресурсов совладающего с болезнью поведения как психологических феноменов адаптации (дезадаптации) у больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Несмотря на многочисленные исследования влияния психологических факторов на возникновение и течение болезни, наименее изученной проблемой остаются способы совладания с заболеванием у больных хронической патологией.

Проблему психологической адаптации к дистрессу хронической болезни можно рассматривать в контексте интенсивно развивающихся исследований совладающего поведения (coping behavior) как формы психической активности, направленной на преодоление дистресса хронической болезни и овладение ситуацией. Эффективное преодолевающее поведение позволяет изменить неудовлетворительные отношения в системе человек – среда, адекватно регулировать эмоции (Бодров В.А., 2006; Крюкова Т.Л., 2004, 2008; Поддьяков А.Н., 2008; Русина Н.А., 2008; Сергиенко Е.А., 2008; Сирота Н.А., 1994; Ялтонский В.М., 1995; Lazarus RS, Folkman S., 1984).

За рубежом исследования совладающего поведения при хронических неспецифических заболеваниях легких проводятся достаточно широко (Alberto J., Joyner B., 2008; Andenaes R. et al, 2006; Barton C. et al., 2003; Fley G. et al., 2006; Kaptein A.A. et al., 2010; Kim D.H. et al., 2010; Kiviruusu O., Huurre T., Aro H., 2007; Lavoie K.L. et al., 2010; Lima L. et al., 2010; Marsac

M.L., Funk J.B., Nelson L., 2007; McCathie H.C.F. et al., 2002; Medinas Amorós M.M. et al., 2009; Morales-Asencio J.M. et al., 2010; Murdock K.K. et al., 2010; Protudjer J.L. et al., 2009; Rydström I. et al., 2005).

Отечественные исследования совладающего поведения больных с ХНЗЛ единичны и фрагментарны (Ахмедова О.С., 2008; Горская Е.А., 2005; Кохан Е.Д., 2008). ХНЗЛ являются дистрессом, эффективность адаптации к которому существенно влияет на течение заболевания, его прогноз, качество жизни и социальное функционирование пациента. Те способы, при помощи которых больной пытается справиться со своим заболеванием, могут либо способствовать неблагоприятному протеканию заболевания, либо препятствовать ему. Важно определить эти способы, так как некоторые из них опасны и саморазрушительны для пациента, а другие помогают ему успешно совладать со сложным заболеванием. Категоризация способов совладания с болезнью может существенно расширить теоретические представления о психологических феноменах адаптации к ситуации заболевания, стать полезной основой для дальнейших научных разработок в области психологии совладающего поведения, а также позволит учитывать их при оказании специализированной медико-психологической помощи и реализовать на практике индивидуальный подход к лечению (Adams R.J. et al., 2004; Hesselink A.E. et al., 2004; Lewandowska K. et al. 2009; Scharloo M. et al., 2000).

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования являются: культурно-историческая концепция развития психики Выготского Л.С. (2003); концепция высших психических функций человека Лурия А.Р. (1969); теоретические положения, представленные в работе, развитые в концепции внутренней картины болезни и психологии телесности (Николаева В.В. 1976, 1987; Николаева В.В., Арина Г.А., 1995, 2003; Зайцев В.П., Белякова Н.А., 1982; Резникова Т.Н., Смирнов В.М., 1976, 1983; Тхостов А.Ш., 2002); концепция общего адаптационного синдрома Г.Селье; зарубежный (Aspinwall L.G., 1997; Bolger N., 1990; Carver C., 1989, 1997;

Folkman S., 1984, 1991; Greenglass E., 2002; Lazarus R.S., 1983, 1984, 1991; Mattlin J., 1990; Moskowitz J.T., 2004; Taylor S.E., 1997) и отечественный подходы к психологическому совладанию со стрессовыми ситуациями (Анцыферова Л.Н., 1994; Бодров В.А., 2008; Василюк Ф.Е., 1984; Крюкова Т.Л., 2001, 2008; Никольская И.М., Грановская Р.М., 2006; Русина Н.А., 2008; Сергиенко Е.А., 2008; Ялтонский В.М., Сирота Н.А., 2008).

Цель исследования – изучение способов и ресурсов совладающего со стрессом болезни поведения как психологических стратегий адаптации у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Объект исследования – психологические стратегии адаптации к ситуации болезни при хронических неспецифических заболеваниях легких.

Предмет исследования - способы и ресурсы совладающего со стрессом болезни поведения больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Задачи исследования:

1. Провести методологический анализ существующих клинико-психологических представлений о бронхиальной астме и хронической обструктивной болезни легких, адаптивном и дезадаптивном совладающем поведении и его особенностях при заболеваниях внутренних органов;
2. На группах больных с бронхиальной астмой, хроническими обструктивными заболеваниями легких и контрольной группе условно здоровых лиц исследовать стратегии совладающего поведения.
3. Исследовать источники и типы восприятия социальной поддержки как ресурса совладающего поведения.
4. Исследовать степень истощения личностных ресурсов стрессоустойчивости как ответ на возникшую проблему болезни.
5. Исследовать уровни эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личностных достижений как факторов психологического выгорания больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

Теоретическая гипотеза исследования. Психологическая адаптация к хроническому заболеванию и ее преодоление зависит от особенностей совладающего поведения пациента.

Эмпирические гипотезы:

1. Больные бронхиальной астмой и пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких, используют различные стили совладающего поведения.
2. У больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких наблюдается несбалансированность функционирования когнитивных, поведенческих и эмоциональных стратегий совладающего поведения.
3. У больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких наблюдается деформация системы восприятия социальной поддержки и как следствие - социальных отношений в целом.

Характеристика выборки.

В исследовании приняли участие 180 человек в возрасте от 30 до 60 лет. Мужчины и женщины, участвующие в исследовании, сопоставимы по полу и возрасту. Клиническую оценку больных, в соответствии с критериями МКБ-10, проводила кандидат медицинских наук, профессор кафедры факультетской терапии и профболезней Московского государственного медико-стоматологического университета, пульмонолог Городской клинической больницы № 70 г. Москвы Попкова Анна Михайловна. Основная группа включает в себя 120 пациентов, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Большинство больных находилось на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы.

Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ – 10 J45.0 – J45.9), средний возраст составил – $47,2 \pm 10,2$.

Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз - хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) (шифр по МКБ – 10 J44.1), средний возраст – 52,7±6,1.

Группу сравнения составили 60 условно здоровых лиц, не имеющих заболеваний дыхательных путей, средний возраст составил – 42,8±8,7.

Критерии включения в исследуемые группы.

Основная группа: возраст от 30 до 60 лет; наличие в анамнезе хронических неспецифических заболеваний легких, диагностировавшихся по МКБ-10 (класс – болезни органов дыхания; блок – хронические болезни нижних дыхательных путей; установленный диагноз – бронхиальная астма или хроническая обструктивная болезнь легких). Было получено информированное согласие больных на участие в исследовании. Группа сравнения: возраст от 30 до 60 лет; отсутствие в анамнезе хронических неспецифических заболеваний легких. Было получено информированное согласие испытуемых на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: возраст испытуемого меньше 30 лет, либо больше 60 лет; признаки формального отношения к исследованию (некорректное заполнения бланков опросников); психические расстройства органического генеза, сопровождающиеся снижением когнитивных функций, расстройства интеллекта; черепно-мозговые травмы, эпилепсия и судорожные состояния в анамнезе; состояние алкогольного опьянения и признаки хронической алкогольной интоксикации; сложная структура тревожного синдрома, включающая фобические, ипохондрические и деперсонализационные расстройства; выраженные расстройства личности; шизофрения, биполярное расстройство, а так же беременность, период кормления грудью, участие испытуемого в других исследованиях.

Методы исследования:

Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг стратегий применялись методика «Проактивное совладающее поведение» (L.G. Aspinwall, R. Schwarzer, S. Taubert, 1999, адаптация

Е.С. Старченковой в модификации В.М. Ялтонского, 2009), копинг–опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) R.S Lazarus, S. Folkman, адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством Л.И. Вассермана. Для изучения восприятия социальной поддержки, степени ее использования, оценки эффективности применялись следующие методики: шкала восприятия социальной поддержки MSPSS, (G.D. Zimet, 1988; адаптация В.М. Ялтонского, Н.А. Сирота, 1991), опросник социальной поддержки F-SOZU -22 (G. Sommer, T. Fydrich, 1993; А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, Г.А. Петрова, 2003). Оценка параметров синдрома эмоционального выгорания проводилась российской версией опросника «Профессиональное выгорание» («ПВ») (Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова). Для исследования степени выраженности персональных ресурсов для функционирования в стрессовых и затруднительных ситуациях использован опросник «Потери и приобретения персональных ресурсов» (ОППР) Н.Е. Водопьянова, М.В. Штейн. Так же использованы клинико-биографические и анамнестические методы.

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечены применением научно обоснованных методов исследования, достаточным объемом выборки, сочетанием количественного и качественного анализа полученных данных, корректной статистической обработкой данных.

Личный авторский вклад в работу.

Проведен теоретический анализ отечественных и зарубежных работ, посвященных исследованию психического, соматического состояния и психологических особенностей у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. Подробно изучена взаимосвязь феноменов адаптации, стресса и совладающего поведения в медицинской психологии. Проанализированы результаты исследований совладающего поведения у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. В основу диссертации положены авторские материалы, собранные в 2008 – 2010 гг. в отделениях Городской клинической больницы № 70 г. Москвы и

Центральной клинической больнице № 1 ОАО «РЖД» г. Москвы. В работе доказано, что больные бронхиальной астмой и пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких, используют различные механизмы адаптации в связи с проблемными и стрессовыми ситуациями, в частности, с заболеванием. Больные бронхиальной астмой для совладания с трудными жизненными ситуациями и заболеванием используют в большей степени эмоционально–ориентированные стратегии. Для больных хронической обструктивной болезнью легких в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются проблемно–ориентированные.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые определены роль и значение использования тех или иных форм совладающего поведения у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в процессе адаптации и дезадаптации. Использование эмоционально-ориентированных копинг–стратегий, с одной стороны, позволяет больному бронхиальной астмой дать выход накопившимся негативным эмоциям, снизить степень эмоциональной вовлеченности, снизить внутреннее напряжение; с другой стороны – преобладание реагирования на стрессовые ситуации по типу уклонения (копинг «бегство – избегание», копинг «дистанцирование») и частое использование стратегии «конфронтация», а так же редкое обращение к стратегиям «проактивное преодоление», «стратегическое планирование», «рефлексивное преодоление», способствуют развитию эмоционального истощения, растрате индивидуальных ресурсов, уводят пациента от продуктивного решения возникших трудностей, приводя тем самым к превышению адаптивных возможностей индивидуума. Использование проблемно-ориентированных копинг–стратегий, с одной стороны, позволяет больному хронической обструктивной болезнью легких успешно производить оценку поставленных целей и создавать условия для их более успешного достижения, сознательно и ответственно подходить к соблюдению медицинских назначений в

сохранении и поддержании собственного здоровья, самочувствия. С другой стороны, преобладание проблемно–ориентированных стратегий и редкое обращение к эмоционально-ориентированным стратегиям провоцирует возрастание накопления негативных переживаний, внутреннего напряжения, чрезмерное сосредоточение на стрессовой ситуации, что ведет к эмоциональному истощению, растрате индивидуальных ресурсов, снижает энергетические и функциональные резервы организма.

Теоретическая значимость работы состоит в исследовании влияния социальных и внутренних ресурсов, особенностей совладающего поведения больных ХНЗЛ на течение заболевания. Это позволяет расширить современные научные представления о роли психических факторов в возникновении, протекании и лечении хронических соматических заболеваний; разрабатывать обоснованные теоретические модели для психологической коррекции и психотерапевтического воздействия.

Практическая значимость работы.

Полученные в результате проведенного исследования данные могут быть использованы в построении профилактических и медико-психологических разделов программ лечения и реабилитации, оценки их эффективности в системе оказания помощи и улучшения качества жизни больных ХНЗЛ. Изучение психологических механизмов адаптации к заболеванию больных ХНЗЛ позволяет индивидуализировать подход к лечению, более точно определить «мишени» для психотерапии и выявить сохранные психологические личностно-средовые ресурсы для совладания с болезнью. Результаты работы позволят выработать рекомендации по развитию навыков адаптивного совладающего с болезнью поведения больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких. Результаты исследования могут использоваться в практической работе клинических психологов, врачей–терапевтов, врачей–пульмонологов, врачей–психиатров, применяться в учебном процессе вузов, осуществляющих подготовку и

последипломное дополнительное образование клинических психологов и врачей лечебного профиля.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Больные бронхиальной астмой при совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием проявляют поведенческую пассивность, слабую эмоциональную регуляцию, характеризующуюся, преимущественно, аффективными вспышками, стремлением перекладывать ответственность и вину за состояние здоровья, свои поступки на ближайшее окружение.
2. У больных хронической обструктивной болезнью легких выявляется чрезмерное обращение к стратегиям совладающего поведения, ориентированным на самообладание, взвешенный рациональный подход в решениях проблемных ситуаций, сдерживание, сокрытие и подавление эмоций, а так же недостаточное использование механизмов отстранения, отвлечения, редкое обращение к социальной поддержке.
3. Больные бронхиальной астмой и пациенты, страдающие хронической обструктивной болезнью легких, для совладания со стрессовыми ситуациями используют различные психологические стратегии адаптации. Больные бронхиальной астмой для совладания с трудными жизненными ситуациями и заболеванием используют в большей степени эмоционально–ориентированные стратегии. Для больных хронической обструктивной болезнью легких в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются проблемно–ориентированные.
4. Выявленные в результате исследования психологические особенности адаптации больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких могут рассматриваться как мишени психотерапевтического воздействия и значимые компоненты социально–психологической реабилитации.

Внедрение результатов исследования.

Полученные результаты используются при разработке профилактических и реабилитационных программ, а так же в медико-

психологическом сопровождении больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких в Центральной клинической больнице № 1 ОАО «РЖД» г. Москвы; Городской клинической больнице № 70 г. Москвы. Они так же внедрены в педагогическую деятельность кафедры клинической психологии ГОУ ВПО «Московский государственный медико-стоматологический университет» Министерства здравоохранения и социального развития РФ.

Апробация результатов работы.

Апробация работы состоялась на совместном заседании кафедры клинической психологии; кафедры психологического консультирования, психокоррекции и психотерапии; кафедры факультетской терапии и профболезней ГОУ ВПО МГМСУ 01.12.2010 г. (протокол № 5). Отдельные аспекты работы доложены на XVI и XVII Международных научных конференциях студентов, аспирантов и молодых учёных «Ломоносов» (Москва, 2009, 2010); на научной конференции «Ломоносовские чтения» (Москва, 2010); на научно-практическом конгрессе «Здоровье нации и образование» (Москва, 2010); на научных конференциях «Новейшие технологии в клиническую практику» в Центральной клинической больнице № 2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД (Москва, 2009, 2010); на XXXII, XXXIII Итоговых конференциях молодых ученых ГОУ ВПО МГМСУ (Москва, 2010, 2011).

Основное содержание диссертационного исследования отражено в 12 публикациях, из них 4 – в изданиях, рекомендованных ВАК Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации.

Диссертационная работа изложена на 194 страницах машинописного текста; состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, списка литературы (включающего 273 источника, из них 148 – зарубежных авторов). Работа иллюстрирована 25 рисунками и 36 таблицами.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновывается актуальность выбранной темы, теоретико-методологическая основа, объект и предмет исследования; формулируются гипотеза, цель и задачи исследования; обсуждается научная новизна, теоретическое и практическое значение исследования; приводятся положения, выносимые на защиту.

В **главе 1 «Обзор литературы»** дается теоретический анализ проблемы. Проводится разграничение диагнозов бронхиальной астмы (БА) и хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ). Рассматриваются научные психологические и медицинские гипотезы о влиянии различных факторов на возникновение и течение заболеваний БА и ХОБЛ. Изучаются различные подходы к концептуализации феноменов внутренней картины болезни, адаптации, стресса, совладающего поведения. Проводится анализ работ отечественных и зарубежных исследователей по проблеме совладающего поведения у больных хроническими заболеваниями.

В **главе 2 «Материалы и методы исследования»** обоснована экспериментальная процедура, дана характеристика групп испытуемых, описаны использованные автором методики.

В **главе 3 «Результаты исследования»** представлены данные исследований способов и ресурсов совладающего со стрессом болезни поведения как психологических стратегий адаптации у больных ХНЗЛ.

Результаты исследования стратегий совладающего поведения.

По шкале «проактивное преодоление» у больных БА получены достоверно наименьшие значения ($37,7 \pm 5,5$), в сравнении с пациентами, имеющими диагноз ХОБЛ, для которых средние показатели составили $40,9 \pm 3,6$ ($P=0,000$); и группой сравнения – $40,7 \pm 6,03$ ($P=0,002$) (диаграмма № 1). При сопоставлении результатов выборок здоровых испытуемых и лиц, страдающих ХОБЛ, достоверных различий не было выявлено ($P>0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что группа сравнения и больные

ХОБЛ более успешно производят оценку поставленных целей и активнее создают условия для их более удачного достижения.

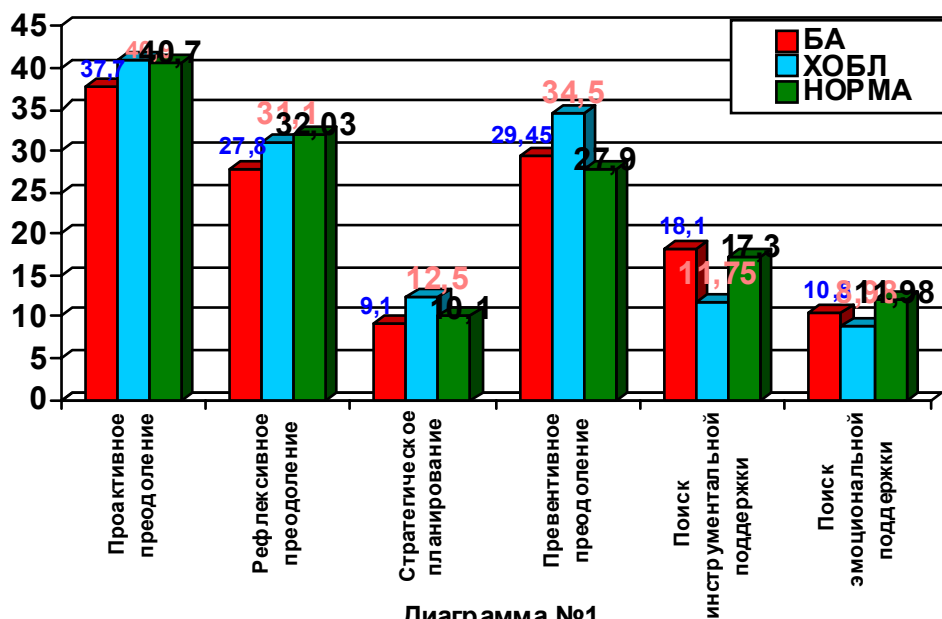


Диаграмма №1
Средние показатели предпочтительности стратегий преодолевающего поведения для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики "Проактивное совладающее поведение"

Наибольшие показатели по шкале «рефлексивное преодоление» получены в группе здоровых испытуемых ($32,03 \pm 6,4$), что указывает на более частое обращение к данной стратегии при решении затруднительных ситуаций и проблем в сравнении с больными, страдающими ХНЗЛ. Так же достаточные значения получены у пациентов, страдающих ХОБЛ, для них средний балл составил $31,1 \pm 4,1$. Не было получено достоверных различий при сравнении результатов здоровых испытуемых и больных ХОБЛ. Недостаточно развита стратегия «рефлексивное преодоление» у больных БА, для них средние значения составили $27,8 \pm 4,9$, в сравнении с пациентами, страдающими ХОБЛ ($P=0,000$), и здоровыми испытуемыми ($P=0,000$). По шкале «стратегическое планирование» у больных ХОБЛ получен самый высокий балл – $12,5 \pm 2,05$; в сравнении с пациентами, страдающими БА $9,1 \pm 2,1$ ($P=0,000$), и группой сравнения $10,1 \pm 2,95$ ($P=0,000$). Больные БА, в сравнении со здоровыми испытуемыми, достоверно реже ($P=0,002$) обращаются к стратегическому планированию. Получены достоверно более высокие показатели ($34,5 \pm 3,8$) по шкале «превентивное преодоление» у

пациентов, страдающих ХОБЛ, в сравнении со здоровыми испытуемыми $27,9 \pm 5,6$ ($P=0,000$) и больными БА $29,45 \pm 4,75$ ($P=0,000$). Наименьшие показатели получены по шкале «поиск инструментальной поддержки» у больных ХОБЛ, для них общий балл составил $- 11,75 \pm 2,2$ в сравнении с пациентами, страдающими БА $- 18,1 \pm 4,1$ ($P=0,000$) и здоровыми испытуемыми $- 17,3 \pm 5,1$ ($P=0,000$). При сопоставлении данных групп сравнения и больных БА, полученные значения находились не в зоне значимости. Низкие показатели по шкале «поиск эмоциональной поддержки» получены у группы ХОБЛ, средние значения для которой составили $- 8,98 \pm 2,5$. Это достоверно меньше в сравнении с больными, для них средний балл составляет $- 10,5 \pm 1,9$ БА ($P=0,000$) и группой сравнения $- 11,98 \pm 3,7$ ($P=0,000$). Различия между пациентами, страдающими БА, и группой сравнения, не значимы.

Больные БА достоверно чаще прибегают к использованию копинг-стратегии «конфронтация» в сравнении с пациентами, страдающими ХОБЛ ($P=0,000$), и группой сравнения ($P=0,007$) (диаграмма № 2). Средние показатели для группы БА составили $53,7 \pm 11,4$; лиц с ХОБЛ $- 37,9 \pm 6,6$; здоровых испытуемых $- 47,1 \pm 10,4$. У пациентов, страдающих ХОБЛ, достоверно наименее выражена копинг-стратегия «конфронтация» по отношению к группам БА ($P=0,000$) и сравнения ($P=0,000$), средние значения составили менее 40 Т баллов. Недостаточное обращение к стратегии «конфронтация», может приводить к накоплению негативных эмоций, возрастанию эмоционального напряжения, ухудшению навыков по отстаиванию своих желаний, мнения, интересов.

Достоверно реже обращаются к стратегии «дистанцирование» больные ХОБЛ: для них средние показатели варьируют в пределах $38,03 \pm 6,2$, т.е. менее 40 Т баллов, в сравнении с пациентами, имеющими диагноз БА ($P=0,000$), для них значения равны $53,9 \pm 9,25$, и группой сравнения баллы которых составили $46,6 \pm 9,4$ ($P=0,000$). Недостаточное использование копинг-стратегии «дистанцирование» больными ХОБЛ может приводить к

затруднениям в снижении субъективной значимости проблемы, стрессовой ситуации, таким образом приводит к возрастанию эмоционального напряжения, чрезмерному сосредоточению на конфликте. Здоровые испытуемые достоверно реже ($P=0,000$) обращаются к стратегии «дистанцирование», в сравнении с пациентами, страдающими БА. Таким образом, больные БА чаще других групп прибегают в стрессовых ситуациях к дистанцированию.

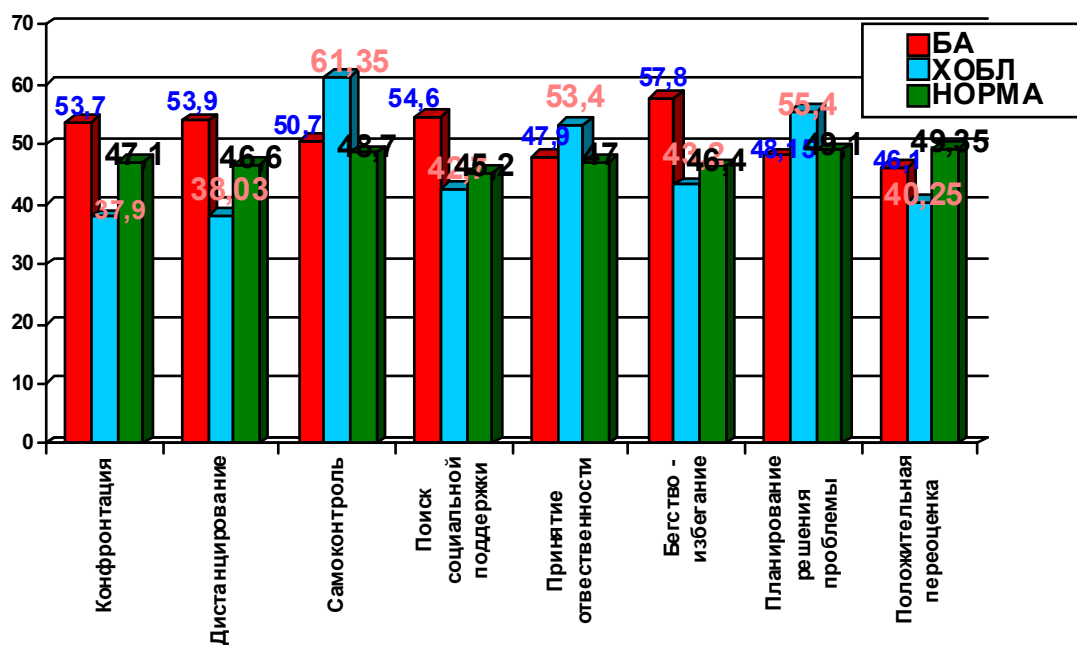


Диаграмма №2

Средние показатели предпочтительности стратегий преодолеляющего поведения для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики "WCQ"

Достоверно чаще копинг-стратегию «самоконтроль» используют больные ХОБЛ: средние показатели составили $61,35 \pm 6,2$, что превышает интервал в 60 Т баллов и находится на первой ранговой позиции в использовании стратегий, в сравнении с лицами, у которых диагностирована БА ($P=0,000$) – для них значения варьируются в пределах $50,7 \pm 8,4$, и группы сравнения – $48,7 \pm 10,25$ ($P=0,000$). Частое обращение больных ХОБЛ к стратегии «самоконтроль», с одной стороны, дает возможность избегания эмоциогенных импульсивных, аффективно-насыщенных поступков, рационального подхода к проблемным ситуациям, контролированию своего поведения, внешних проявлений эмоций, но, с другой – в связи с тем, что

данный стиль поведения используется, возможно, слишком часто, он ведет к подавлению эмоций, нарастанию эмоционального напряжения, которое остается «неотреагированным» и трансформируется в телесный эквивалент, что усложняет и утяжеляет течение заболевания. Не найдено надежных различий в обращении к копинг-стратегии «самоконтроль» между больными БА и группой сравнения.

Средние баллы по шкале «поиск социальной поддержки» для пациентов с БА составили $4,6 \pm 7,45$; пациентов, страдающих ХОБЛ – $42,7 \pm 4,9$; группы сравнения – $45,2 \pm 10,7$. Больные БА достоверно активнее используют стратегию «поиск социальной поддержки» в сравнении с больными ХОБЛ ($P=0,000$) и группой сравнения ($P=0,000$). Вероятно, это связано с осознанием необходимости получения медицинской помощи, ограничением деятельности больных в период обострения заболевания, а так же с осознанием потребности в социальной поддержке. Достоверных различий в использовании стратегии между больными ХОБЛ и нормой не выявлено.

Достоверно чаще к стратегии «принятие ответственности» обращаются больные ХОБЛ, в сравнении с пациентами, страдающими БА ($P=0,003$), и группой сравнения ($P=0,002$). Средние значения для группы ХОБЛ составили $53,4 \pm 8,3$; лиц, имеющих диагноз БА – $47,9 \pm 9,02$; здоровых испытуемых – $47 \pm 10,7$. Активное использование копинг-стратегии «принятие ответственности» больными ХОБЛ, вероятно, связано с осознанием важности своевременного приема лекарств, соблюдения медицинских назначений, а так же с попытками предотвращения ограничения дееспособности, вследствие ухудшения собственного здоровья, что влечет за собой попадание в зависимую позицию от ближайшего окружения, возникновение чувств беспомощности, неполноценности, вины перед родственниками за свое состояние. Надежных различий в использовании стратегии «принятие ответственности» у пациентов, страдающих БА и группы сравнения, не выявлено.

Средние показатели по шкале «бегство – избегание» для больных БА составили $57,8 \pm 8,4$, что достоверно выше ($P=0,000$) значений пациентов, страдающих ХОБЛ, полученные баллы для которых варьируют в пределах $43,2 \pm 5,1$, и здоровых испытуемых – $46,4 \pm 9,9$. Указанная стратегия находится на первой ранговой позиции по частоте использования у лиц, имеющих диагноз БА, т.е. является ведущей, что свидетельствует о склонности отрицать наличие проблем и уходить от их решения, не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшении своего состояния. Группа сравнения достоверно чаще ($P=0,05$) больных ХОБЛ использует стратегию «бегство – избегание». Таким образом, у больных ХОБЛ получены достоверно более низкие результаты, в сравнении со здоровыми испытуемыми и пациентами, страдающими БА, что указывает на попытки активного противостояния пациентов заболеванию, стрессовой ситуации, поиск альтернативных способов решения трудностей.

Достоверно наиболее высокие оценки по шкале «планирование решения проблемы» получены у больных ХОБЛ, средний балл составил – $55,4 \pm 6,02$ ($P=0,000$), в сравнении с пациентами, страдающими БА – $48,15 \pm 9,4$, и группой сравнения – $49,1 \pm 9,7$ ($P=0,000$). Полученные результаты свидетельствуют о том, что лица, имеющие диагноз ХОБЛ, оказавшись в трудной ситуации, чаще руководствуются рациональным подходом, менее склонны к импульсивным действиям, стараются подавлять эмоциональные реакции. Достоверных различий у пациентов, страдающих БА, и здоровых испытуемых, не было выявлено; у обеих выборок значения укладываются в интервал 40–60 Т-баллов, что указывает на умеренное обращение к стратегии «планирование решения проблемы».

Пациенты, страдающие ХОБЛ, достоверно реже используют стратегию «положительная переоценка» в сравнении с больными БА ($P=0,000$) и лицами из группы сравнения ($P=0,000$). Средние показатели варьируют в пределах $46,1 \pm 10,5$ – для группы БА; $40,25 \pm 5,3$ – больных ХОБЛ; $49,35 \pm 9,97$ – здоровых испытуемых. Полученные данные свидетельствуют о том, что

пациенты с ХОБЛ реже обращаются к мысленному моделированию своих высказываний, поступков, а так же произошедших ситуаций, чаще больных БА и лиц из группы сравнения, оценивают произошедшее с ними как негативное, более склонны к формированию депрессивных реакций, пессимистическому взгляду на жизнь. Надежных различий в обращении к копинг-стратегии «положительная переоценка» между больными БА и здоровыми испытуемыми не выявлено.

Исследование социальной поддержки.

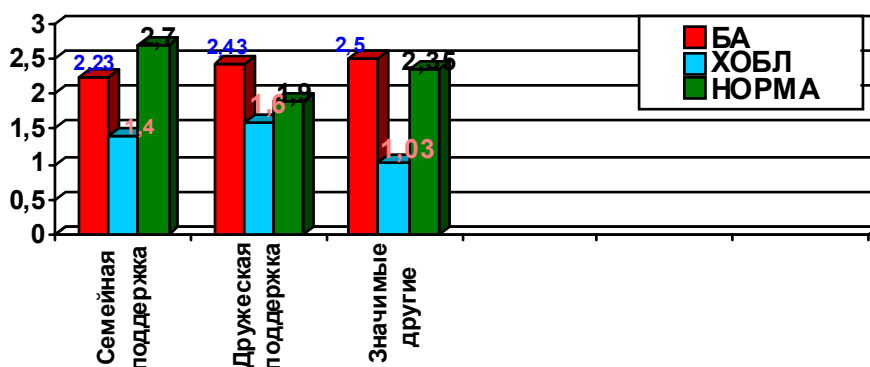


Диаграмма №3
Методика "MSPSS"

Средние показатели по шкалам: "семейная поддержка", "дружеская поддержка" и "значимые другие" для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых

Как видно из диаграммы № 3, наибольшие значения по шкале «семейная поддержка» выявлены у группы сравнения, баллы для которых составили – $2,7 \pm 1,4$ при максимальных значениях по шкале в 4 балла, что, скорее, соответствует средним показателям. Так же следует отметить, что ресурс «семейная поддержка» находится на первой ранговой позиции в использовании здоровыми испытуемыми, что говорит о преобладании ресурса у выборки над всеми остальными видами поддержки. У больных БА выявлены достоверно более низкие показатели в сравнении с группой сравнения ($P=0,05$). Средние значения для пациентов, страдающих БА, составили – $2,23 \pm 1,14$. У группы ХОБЛ показатели достоверно ниже, чем у здоровых испытуемых ($P=0,000$) и больных БА ($P=0,000$). Средний балл для больных ХОБЛ варьирует в пределах $1,4 \pm 1,2$, что соответствует низким значениям.

Средние значения по шкале «дружеская поддержка» для больных БА составили $2,43 \pm 1,3$; для пациентов с ХОБЛ – $1,6 \pm 1,1$; здоровых испытуемых – $1,9 \pm 1,6$. Данные результаты для всех обследованных групп, в целом, указывают на низкое восприятие дружеской поддержки. Надежные различия ($P=0,000$) получены при сравнении результатов группы БА и ХОБЛ. Можно предположить, что пациенты, страдающие ХОБЛ, в сравнении с больными БА, реже обращаются к ближайшему окружению за рекомендациями по разрешению ситуации, чаще ощущают одиночество, имеют ограниченную возможность в получении эмоциональной поддержки. Следует отметить, что для больных ХОБЛ баллы по шкале «дружеская поддержка» наиболее высокие среди всех шкал по методике, что указывает на ведущий тип поддержки. Достоверных различий при сравнении значений выборок здоровых испытуемых с больными ХНЗЛ не выявлено.

Достоверно наименьшие значения по шкале «значимые другие» получены у группы ХОБЛ, в сравнении с больными БА ($P=0,000$) и здоровыми испытуемыми ($P=0,000$). Средние значения для пациентов, страдающих ХОБЛ, составили $1,03 \pm 1,1$; БА – $2,5 \pm 1,5$; группы сравнения – $2,35 \pm 1,4$. Т.е. для здоровых испытуемых и лиц, страдающих БА, восприятие поддержки находится на среднем уровне. У больных ХОБЛ отмечается низкое восприятие поддержки со стороны значимых других. Для большинства пациентов, имеющих диагноз БА, социальные контакты со значимыми другими представляются наиболее значительными источниками взаимодействия в их жизни, в сравнении с семейной и дружескими видами поддержки. Не найдено надежных различий в результатах групп сравнения и БА.

Достоверно более высокие значения по шкале «эмоциональная поддержка» обнаружены в группе здоровых испытуемых в сравнении с больными БА ($P=0,000$) и ХОБЛ ($P=0,000$) (диаграмма № 4). Вместе с тем пациенты, страдающие ХОБЛ, меньше ощущают эмоциональную поддержку в сравнении с испытуемыми, имеющими диагноз БА ($P=0,05$). Средние показатели по шкале для пациентов, страдающих БА, составили $26,6 \pm 6,05$; больных ХОБЛ – $24,6 \pm 3,85$; группы сравнения – $34,5 \pm 7,9$. Можно

предположить, что больные ХНЗЛ, в большей степени пациенты, страдающие ХОБЛ, субъективно чаще ощущают одиночество, в большей степени испытывают дефицит заботы, внимания, эмоциональной вовлеченности со стороны близких людей. Достоверно более низкие значения по шкале «инструментальная поддержка» получены у больных ХОБЛ – $13,23 \pm 3,04$, в сравнении с результатами пациентов, страдающих БА – $16,55 \pm 2,5$ ($P=0,000$), и группы сравнения – $15,8 \pm 3,5$ ($P=0,000$). При сравнении результатов больных БА и здоровых испытуемых не обнаружено надежных различий. Т.о. участники исследования из группы ХОБЛ в наименьшей степени ощущают наличие инструментальной поддержки, что может способствовать ухудшению практических навыков совладания со стрессом. У здоровых испытуемых, средние значения по шкале «социальная интеграция» составили – $28,2 \pm 4,7$, что достоверно выше показателей больных БА – $25,1 \pm 3,6$ ($P=0,000$) и ХОБЛ – $26,5 \pm 3,2$ ($P=0,005$). Надежных различий при сравнении результатов пациентов с БА и ХОБЛ не было найдено ($P>0,05$). Таким образом, лица, имеющие ХНЗЛ, склонны испытывать дефицит социальных связей.

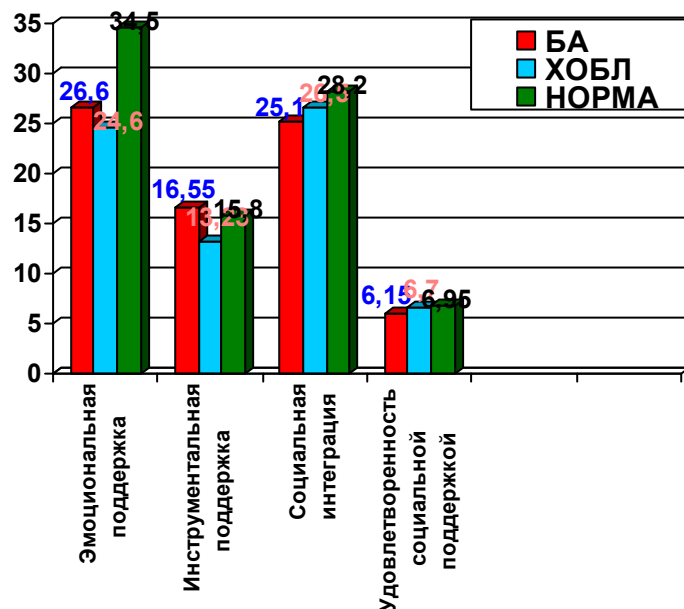


Диаграмма №4
Средние значения для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученные по методике "F - Sozu - 22"

Достоверно более высокие баллы получены у здоровых испытуемых ($6,95 \pm 2,35$) по шкале «удовлетворенность социальной поддержкой», в сравнении с больными БА – $6,15 \pm 2,15$ ($P=0,021$). Для пациентов, страдающих ХОБЛ, средние показатели находятся в пределах – $6,7 \pm 2,03$. Надежных различий при сравнении результатов групп БА и ХОБЛ не найдено. Достоверных различий в сравнении результатов здоровых испытуемых и больных ХОБЛ не выявлено.

Исследование ресурсности личности.

Высокий уровень активности психологических ресурсов получен у группы здоровых испытуемых, средний балл составил $1,5 \pm 0,8$, что достоверно выше в сравнении с больными БА – $0,93 \pm 0,41$ ($P=0,000$) и пациентами, страдающими ХОБЛ – $0,8 \pm 0,2$ ($P=0,000$) (диаграмма № 5), для которых характерен средний уровень ресурсности; причем у лиц, страдающих ХОБЛ, значения расположены на границе среднего и низкого уровней. У выборки ХОБЛ получены достоверно более низкие значения, в сравнении с показателями для группы БА ($P=0,05$), что указывает на их меньшую удовлетворенность материальными средствами, нематериальными конструктами, внешними и внутренними – интраперсональными переменными.

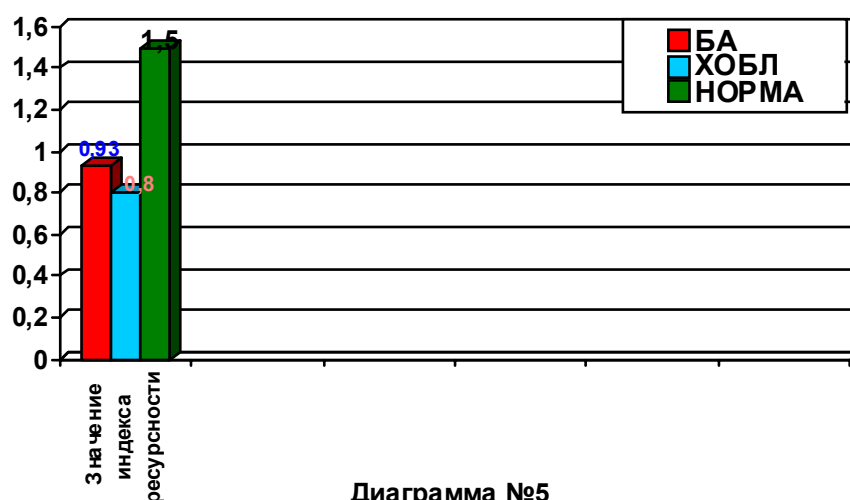


Диаграмма №5

Средние показатели индекса ресурсности для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики "ОППР"

Исследование уровней эмоционального истощения.

Как видно из диаграммы №6, средний уровень эмоционального истощения выявлен в группах здоровых испытуемых, средние показатели составили – $21,5 \pm 8,7$ и больных БА – $23,8 \pm 6,8$, что может являться ответной реакцией психики на чрезмерную рабочую нагрузку (первичный источник напряжения и перенапряжения). Высокий уровень эмоционального истощения обнаружен у пациентов, страдающих ХОБЛ, средние значения находятся в пределах $25,5 \pm 5,97$, что достоверно выше значений, полученных для группы здоровых испытуемых ($P=0,002$). Высокие показатели по шкале у больных ХОБЛ могут указывать на истощенность эмоциональных ресурсов. При сравнении результатов больных БА и ХОБЛ не найдено достоверных различий. Также не найдено надежных различий при сравнении значений здоровых испытуемых и лиц с БА.

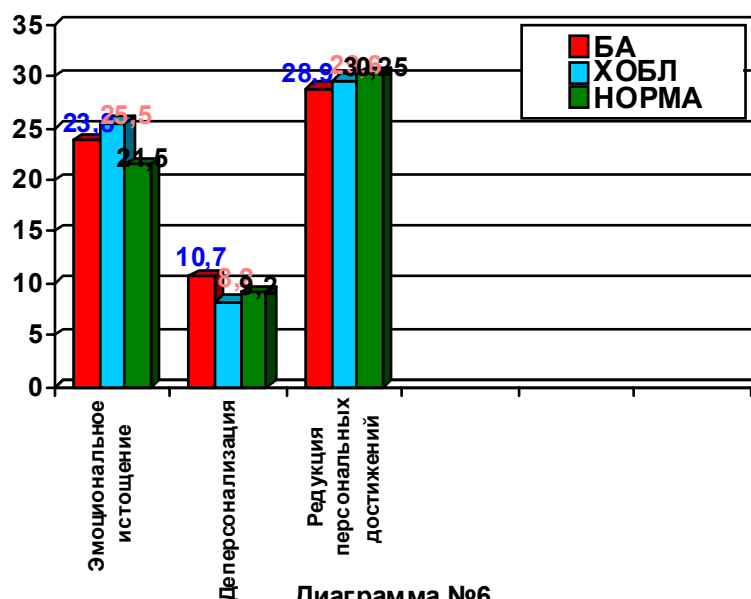


Диаграмма №6
Средние показатели по шкалам "эмоциональное истощение", "деперсонализация", "редукция персональных достижений" для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики "ПВ"

Для больных БА средние показатели по шкале «деперсонализация» варьируют в пределах – $10,7 \pm 3,98$, что соответствует высокому уровню, это достоверно выше значений, полученных для пациентов, страдающих ХОБЛ – $8,2 \pm 4,3$ ($P=0,000$), и здоровых испытуемых – $9,2 \pm 5,5$ ($P=0,05$). Не найдено

надежных различий при сравнении результатов больных ХОБЛ и здоровых лиц.

По шкале «редукция персональных достижений» не найдено надежных различий при сравнении результатов больных ХНЗЛ и здоровых лиц ($P > 0,05$). Средние значения для больных БА составили – $28,9 \pm 5,2$; ХОБЛ – $29,6 \pm 3,75$; здоровых испытуемых – $30,25 \pm 7,35$ (диаграмма № 6). Т.о. все испытуемые склонны ощущать снижение чувства компетентности в своей работе, уменьшение ценности своей деятельности, негативное самовосприятие в профессиональном плане.

Глава 4 «Результаты клинико-биографического психосоматического интервью и анализ корреляционных связей данных методик». Анализ корреляционных связей копинг-стратегий «конфронтация» и «бегство – избегание» по методике «Ways of Coping Questionnaire» у больных ХНЗЛ показал, что чем чаще субъект прибегает к отреагированию негативных эмоций с помощью применения враждебности и агрессии, тем выраженнее у него склонность отрицать наличие проблем и уходить от их решения, не признавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшения своего состояния. В отличие от пациентов, страдающих БА и ХОБЛ, у группы сравнения корреляционные связи между копинг-стратегиями «конфронтация» и «бегство – избегание» не находились в зоне значимости. Анализ корреляционных связей полученных результатов больных ХНЗЛ и группы сравнения по методике восприятие социальной поддержки «MSPSS» и опроснику социальной поддержки «F-SOZU – 22», свидетельствует о том, что чем в большей степени происходит социальное взаимодействие индивидуума, чем более разнообразные социальные сети, чем выше восприятие таких параметров как: любовь, забота, принятие, понимание и уважение от значимых близких людей, – тем выше эффективность межличностного общения, тем в большей степени удовлетворены потребности в эмоциональной поддержке, в получении информативного совета, действенной помощи, обратной связи, исходящей от других людей,

социальной интеграции и, как следствие, возрастает удовлетворенность социальной поддержкой в целом. Анализ корреляционных связей, полученных результатов больных ХНЗЛ и группы сравнения по методикам «Профессиональное выгорание» и «Потери и приобретения персональных ресурсов» показал, что чем более выражено эмоциональное перенапряжение, истощение, чувство усталости, ощущение опустошенности и чем формальнее, обезличеннее межличностные контакты, негативные переживания и установки по отношению к окружающему социуму, тем ниже психологический ресурсный резерв организма индивидуума.

Глава 5 «Обсуждение результатов исследования». Дается детальное описание психологических стратегий адаптации к заболеванию больных с хроническими неспецифическими заболеваниями легких.

В **Заключении** подводятся основные итоги, обсуждается значимость психологических исследований, связанных с проблемой хронических неспецифических заболеваний легких.

Выводы:

1. Психологические стратегии адаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой и больных хронической обструктивной болезнью легких различны. Больные бронхиальной астмой при совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием используют в большей степени эмоционально–ориентированные стратегии. Для больных хронической обструктивной болезнью легких в ситуациях стресса и заболевания наиболее предпочтительными стратегиями совладания являются проблемно–ориентированные.
2. Больные бронхиальной астмой при совладании с трудными жизненными ситуациями и заболеванием проявляют поведенческую пассивность, слабую эмоциональную регуляцию, характеризующуюся, преимущественно, аффективными вспышками, стремлением перекладывать ответственность и вину за состояние здоровья, свои поступки на ближайшее окружение.

3. У больных хронической обструктивной болезнью легких отмечается чрезмерное обращение к копинг стратегиям, ориентированным на самообладание, взвешенный рациональный подход в решениях проблемных ситуаций, сдерживание, сокрытие и подавление эмоций, а так же недостаточное использование механизмов отстранения, отвлечения, редкое обращение к социальной поддержке.
4. Исследование социальной поддержки показало, что больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких и здоровые испытуемые испытывают дефицит социальной поддержки. В меньшей степени ощущают наличие социальной поддержки больные хронической обструктивной болезнью легких.
5. Больные хроническими неспецифическими заболеваниями легких определяют недостаточность своих социальных связей, отрицая их наличие, либо отмечая их количественную скудность.
6. Активное социальное взаимодействие, разнообразные социальные сети, высокий уровень восприятия таких параметров, как любовь, забота, принятие, понимание и уважение от значимых близких людей, эффективное межличностное общение, положительно влияют на удовлетворенность социальной поддержкой.
7. Здоровые испытуемые, в отличие от больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких, продемонстрировали сбалансированность совладания с жизненными разочарованиями и достижениями, наиболее высокий адаптационный потенциал личности и наименьшую стрессовую уязвимость.
8. Уровень психологического ресурсного резерва организма больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких напрямую зависит от степени выраженности эмоционального напряжения, истощения, ощущения опустошенности, а так же от особенностей взаимодействия с социальным окружением.

Основное содержание диссертационной работы отражено в 12 научных публикациях (общий объем – 2,2 п.л., авторский вклад – 1,7 п.л.).

Публикации в рецензируемых журналах, утвержденных ВАК Министерства образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:

1. Ярославская, М.А. Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Российский медицинский журнал. – 2010. – Т.11. – №12. – С. 23-32. – 0,4/0,2п.л.
2. Ярославская, М.А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Журнал «Пульмонология». – 2010. – Т.5. – №6. – С. 18-26. – 0,4/0,2п.л.
3. Ярославская, М.А. Распространенность и особенности протекания синдрома выгорания у медицинских работников / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Журнал «Медицина труда и промышленная экология». – 2010. - №4. – С.11-22. – 0,4/0,2п.л.
4. Ярославская М.А. Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких / М.А. Ярославская // Вестник Московского Университета. Серия 14. «Психология». – 2011. - №1. - С. 125 -137. - 0,17 п.л.

Научные публикации в других изданиях:

5. Ярославская, М.А. Копинг – стратегии больных бронхиальной астмой как механизмы адаптации / дезадаптации к заболеванию / М.А. Ярославская //

- Новейшие технологии в клиническую практику (сборник научных работ).
Под ред. М. Р. Калинина, О.Э. Луцевича /Департамент Здравоохранения
ОАО РЖД, ГОУ ВПО МГМСУ, ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД,
Москва. – 2009. – С. 238-239. – 0,13 п.л.
6. Ярославская, М.А. Копинг – стратегии больных бронхиальной астмой как механизмы адаптации / дезадаптации к заболеванию / М.А. Ярославская // Труды XXXII Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. Под ред. И.Ю. Лебедеенко. – М.: ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава». – 2010. – С. 459-460. – 0,13 п.л.
7. Ярославская, М.А. Психологические особенности адаптации медицинских и социальных работников в проблемных ситуациях [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2010. – N 2. – URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 23.08.2010 г). Код доступа: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_3_4/nomer/nomer02.php – 0,3/0,17 п.л.
8. Ярославская, М.А. Исследование восприятия видов социальной поддержки больными хроническими неспецифическими заболеваниями легких / М.А. Ярославская // Новейшие технологии в клиническую практику (сборник научных работ). Под ред. М. Р. Калинина, профессора О.Э. Луцевича /Департамент Здравоохранения ОАО РЖД, ГОУ ВПО МГМСУ, ЦКБ №2 им. Н.А. Семашко ОАО РЖД, Москва. – 2010. – С. 425-434. – 0,12 п.л.
9. Ярославская, М.А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких. / М.А. Ярославская // Ежемесячный научно-практический журнал «Психотерапия». – 2010. – №12. – С. 27-39. - 0,14 п.л.
10. Ярославская, М.А. Психологические особенности реагирования в «ситуации болезни» пациентов, страдающих хроническими

неспецифическими заболеваниями легких. / Ярославская М.А. // Труды XXXII Итоговой конференции молодых ученых МГМСУ. Под ред. И.Ю. Лебедеко. – М.: ГОУ ВПО «МГМСУ Росздрава». – 2010. – С.461-462. – 0,13 п.л.

11. Yaroslavskaya, M.A. The research of proactive coping behavior in patients with chronic non-specific lung disease / N.A. Sirota, M.A. Yaroslavskaya // Psychology in Russia state of the art. – 2010 . – PP. 86-96. – 0,2/0,17 п.л.

12. Ярославская, М.А. Внутренняя картина болезни в контексте субъективной реальности болеющего индивидуума [Электронный ресурс] / Н.А. Сирота, М.А. Ярославская // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. – 2011. – № 2(7). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 17.01.2011 г). Код доступа: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2011_2_7/nomer/nomer04.php. – 0,3/0,16 п.л.