

Шалина О.С., Котельникова А.В., Янушевич О.О.,
Сорин А.В., Зенцова Н.И.

Совладающее поведение
как фактор формирования качества жизни
у подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями

Shalina O.S., Kotelnikova A.V., Yanushevich O.O.,
Sorin A.V., Zentsova N.I.

Coping Behavior as a Factor
in the Formation of Quality of Life in Adolescents
with Severe Somatic Diseases

ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет),
Москва, Россия

ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», Москва, Россия

Актуальность исследования обусловлена значимостью подросткового периода для личностного развития и социализации, серьезно нарушающих-ся в ситуации тяжелого хронического заболевания. Физические ограничения, социальная депривация и риск стигматизации требуют от подростков мобилизации адаптационных ресурсов, прежде всего эффективных копинг-стратегий, для поддержания качества жизни – изучение же специфики совладающего поведения в контексте разных нозологий остается недостаточно разработанным.

Цель исследования заключалась в определении вклада копинг-поведения в формирование качества жизни подростков с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями.

Методы исследования: психодиагностическими опросниками SF-36 и «Опросник способов копинга» (Е.В. Битюцкая) обследованы 64 подростка (13–17 лет), проходящих лечение в РДКБ РНИМУ им. Н.И. Пирогова по поводу воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК), синдрома раздраженного кишечника (СРК), сахарного диабета 1 типа.

Результаты: физическая составляющая качества жизни (КЖ) достоверно ниже у подростков с ВЗК и СД по сравнению с СРК, в то время как социально-психологические аспекты КЖ значимо не различались между группами. Выявлены нозологические различия в структуре копинг-поведения: группа СРК характеризовалась максимальным использованием деструктивных стратегий («самообвинение», «дистанцирование») и конструктивных («самоконтроль», «противостояние»); группа ВЗК – минимальным использованием деструктивных копингов («уход», «дистанцирование») и умеренным – кон-

структивных; группа СД – наиболее сбалансированным и разнообразным репертуаром копинг-стратегий. Корреляционный анализ подтвердил общую закономерность: высокое КЖ положительно связано с конструктивными копинг-стратегиями («плановое решение проблем», «обращение за поддержкой», «позитивная переоценка», «самоконтроль», «противостояние») и отрицательно – с деструктивными («самообвинение», «фантазирование», «дистанцирование», «уход»). Ключевой вклад в КЖ во всех группах вносила стратегия «плановое решение проблем». Уникальность группы СРК проявилась в слабой связи КЖ с копингами и в относительно высоком физическом КЖ, достигаемом, вероятно, за счет механизмов психологической защиты, устраняющих тревогу.

Выводы: Совладающее поведение является значимым фактором КЖ подростков с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями. Эффективность разных копинг-стратегий варьируется в зависимости от нозологии, что обосновывает необходимость разработки дифференцированных программ психологического сопровождения, направленных на обучение конструктивным копинг-стратегиям, прежде всего «плановому решению проблем», с учетом специфики заболевания (особенно для ВЗК и СРК) и задач подросткового возраста.

Ключевые слова: подростковый период, совладающее поведение, копинг-стратегии, качество жизни, воспалительные заболевания кишечника, синдром раздраженного кишечника, сахарный диабет 1 типа

Для цитирования: Шалина, О.С., Котельникова, А.В., Янушевич, О.О., Сорин, А.В., Зенцова, Н.И. Совладающее поведение как фактор формирования качества жизни у подростков с тяжелыми соматическими заболеваниями // Новые психологические исследования. 2026. № 3. С. 135–155. DOI: 10.51217/npsyresearch_2026_06_03_07

Введение

Подростковый возраст – один из самых значимых, неоднозначных и ответственных периодов развития человека. Ведущая деятельность, возможность её максимально полной реализации в адекватной социальной ситуации становится источником психологических новообразований возраста, личностного роста и развития: подросток приобретает автономию, у него продолжает формироваться образ «Я», решаются задачи по определению стратегии профессионального самоопределения и полноценной социальной реализации. Наиболее актуальными ценностями подросткового периода являются ценность достижения и социального успеха (в конкретной деятельности, где проявляется компетентность подростка), ценность саморегуляции и автономности поведения, ценность взаимодействия со значимыми людьми (Лебедева, Леонтьев, 2022).

В ситуации хронически протекающего тяжелого соматического заболевания, угрожающего жизни и здоровью человека, нарушаются как адекватные возрасту социальные связи и взаимоотношения, так и сам процесс реализации ведущей деятельности. Несмотря на значительные достижения современной медицины и устойчивое снижение детской и подростковой смертности от таких серьезных заболеваний, как воспалительные заболевания кишечника, сахарный диабет 1 типа и т.п., обеспечение полноценного социально-психологического благополучия пациентов сильно ограничено (Суменко и др., 2017). Обострения состояния могут сопровождаться физической болью, страхом смерти, угрозой инвалидности и социальной депривацией, так как молодые люди вынуждены проводить значительное время в медицинских учреждениях (Настас и др., 2020). Кроме того, физические ограничения, накладываемые заболеваниями, также создают дополнительные барьеры для полноценного участия подростков в социальной жизни. С психологической точки зрения, в данном случае принципиально важным представляется тот факт, что субъективное качество жизни подростка, страдающего тяжелым соматическим заболеванием, определяется не самим фактом наличия болезни, а именно возникновением иных, детерминированных соматическим статусом, рамок социальной ситуации развития и возможностей для реализации ведущей деятельности, адекватной возрасту (Лобанов и др., 2018). Нормотипичный подросток сталкивается в повседневной жизни с разными трудностями и фрустрациями, а подросток с тяжелыми, хронически протекающими, соматическими заболеваниями сталкивается с особыми, зачастую критическими, вызовами, требующими наличия серьезных адаптационных ресурсов, направленных на устранение риска развития нарушений психического здоровья, стигматизации со стороны сверстников и общества (Баканов и др., 2016). К числу этих ресурсов относятся, прежде всего, осознанные способы переработки стрессовых и тревожных переживаний – так называемые копинг-стратегии (Zimmer-Gembeck et al., 2011; Белашина, Капитонова, 2024). Совладающее поведение подростков достаточно подробно описано в литературе, однако в условиях постоянно меняющегося информационного пространства и развития новых форм коммуникации требует дальнейшего изучения.

Ситуация тяжелого, хронически протекающего, соматического заболевания в подростковом периоде имеет ряд особенностей, детерминирующих специфику совладающего поведения. В целом, в детском возрасте еще не сформирована психологическая картина болезни,

внимание сфокусировано в большей степени на внешних проявлениях болезни и технологии лечения: медицинские процедуры, особый режим, связанный заболеванием и лечением, страхи. В определенный момент у детей может проявиться кризис осознания своего заболевания, который, в свою очередь, может способствовать развитию негативных последствий, переживаний и неадаптивных способов психологической защиты. В подростковом возрасте зачастую формируются защитные механизмы по типу «ухода в прошлое», когда прошлое представляется и оценивается как некий эталон счастливого периода жизни. Также может совершаться «уход» от болезни в фантазии, мечты. В этом случае заболевание воспринимается как временная трудность и преграда на жизненном пути. При этом подростки или их семья зачастую направляют свое внимание только на органическую природу заболевания, забывая о социальных и психологических факторах (Vernier-Massouille et al., 2008).

Однако опыт длительного переживания заболевания вносит изменения в адаптационные возможности человека, структуру и функционирование так называемой «чувственной ткани сознания», болезнь глубоко и прочно встраивается в жизнь, затрудняя дифференциацию субъективных состояний и когнитивных репрезентаций (Тхостов, Елшанский, 2011); отсутствие четко определенных, прогнозируемых и предсказуемых границ чередования фаз рецидивов и ремиссий искажает восприятие временной, в том числе и автобиографичной, перспективы, порождая препятствия в реализации имплицитной потребности контролировать и планировать жизненные события (Ялтонский, Абросимов, 2014); необходимость, зачастую длительная, пребывания в медицинских стационарах создает особую социальную ситуацию развития (Настас и др., 2020); нозологические особенности протекания заболевания, его физические проявления также соотносятся со спецификой совладания и адаптации к болезни (Зюзина и др., 2024).

Фокусом настоящего исследования является специфика совладающего поведения как фактора формирования качества жизни подростков с хроническими, сложными и потенциально инвалидизирующими соматическими заболеваниями. Модельными нозологическими группами выбраны хронические воспалительные заболевания кишечника (ВЗК) и сахарный диабет 1-го типа (СД). Эти нозологические группы различаются по симптоматике, патогенезу и протоколам лечения, но объединены отнесённостью к аутоиммунным заболеваниям, высоким риском инвалидизации, необходимостью следовать постоянному и атипичному для возраста режиму поддержания здоровья и

рядом серьёзных ограничений в повседневной активности. В третью нозологическую группу (группу сравнения) вошли пациенты с синдромом раздраженного кишечника (СРК). Данное заболевание является хроническим, значимо отражается на социальном функционировании пациента, отличается сложным патогенезом, но при этом не является инвалидизирующим в отличие от первых групп.

Цель исследования: определить вклад копинг-поведения в формирование качества жизни подростков с хроническими соматическими заболеваниями.

Выборка

Исследование проводилось на базе РДКБ ФГАОУ ВО РНИМУ имени Н.И. Пирогова. На основании добровольного согласия в исследование были включены 64 подростка с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями, распределенные на три группы:

- основную группу, с условным названием «ВЗК» (воспалительные заболевания кишечника), составили 32 человека – 15 юношей и 17 девушек в возрасте от 13 до 17 лет с диагнозом «Болезнь Крона» (K50 по МКБ-10);
- первая группа сравнения с условным названием «СРК» (синдром раздраженного кишечника – K58 по МКБ-10) состояла из 16 человек (4 юноши и 12 девушек в возрасте от 14 до 17 лет);
- вторая группа сравнения – условное название «СД» (сахарный диабет 1 типа – E10 по МКБ-10) – состояла из 16 человек (7 юношей и 9 девушек в возрасте от 12 до 17 лет).

Методы

Для измерения качества жизни использован рекомендованный международными протоколами опросник оценки качества жизни SF-36 (Новик, Ионова, 2007). Опросник состоит из 36 вопросов, объединенных в 8 шкал, отражающих психическую и физическую составляющие: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH). Максимальное значение, которое могут принимать описанные шкалы, составляет 100 баллов, минимальное – 0 баллов, при этом высокие значения соответствуют высокому качеству жизни.

Копинг-стратегии изучались с помощью методики «Опросник способов копинга» в адаптации Е.В. Битюцкой (Битюцкая, 2014). Опросник состоит из 66 вопросов, группирующихся в девять шкал: «планомерное решение проблемы», «обращение за поддержкой к социальному окружению», «позитивная переоценка», «противостояние», «самоконтроль», «самообвинение», «фантазирование и надежда на внешние силы», «дистанцирование», «уход, избегание». Интерпретация полученных результатов производится путем оценки выраженности данных по шкалам: чем больше балл, тем более выражена данная копинг-стратегия.

Математико-статистическая обработка данных проводилась в программном пакете «Статистика 10.0». Использовались данные описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение), анализ соответствия распределения эмпирических данных кривой нормального распределения по d-критерию Колмогорова-Смирнова, процедура нормализации данных, анализ значимости различий в уровне выраженности количественной переменной в несвязанных выборках по критерию Крускала-Уоллиса и Манна-Уитни, дисперсионный анализ по Фридману, корреляционный анализ по Спирмену. Выявленные закономерности считали значимыми при достижении уровня статистической достоверности $p \leq 0,05$.

Результаты

В связи с тем, что распределение эмпирических данных статистически достоверно отличалось от нормального распределения (уровень статистической достоверности d-критерия Колмогорова-Смирнова $p > 0,05$), выбор инструментов математико-статистической обработки данных осуществлялся среди непараметрических критериев.

Для решения первой задачи (описание и сравнение структуры качества жизни у подростков различных нозологических групп) был использован анализ значимости различий в уровне выраженности метрической переменной в независимых группах по H-критерию Крускала-Уоллиса. Результаты представлены в табл. 1.

Как видно из представленных данных, значимые различия в характеристиках качества жизни были зафиксированы по шкалам «физическое функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «боль», «жизненная активность»; по шкалам «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «психическое здоровье» и «общее состояние здоровья» значимых различий не выявлено.

Таким образом, различия в качестве жизни наблюдаются преимущественно для тех параметров, в генезе которых превалирует физическая составляющая, а для шкал, отражающих психосоциальные характеристики качества жизни, достоверных различий не обнаружено.

Таблица 1. Сопоставление характеристик качества жизни у пациентов различных нозологических групп

Характеристики качества жизни	Н (2, n = 64)	Р	М ± SD		
			ВЗК (n = 32)	СРК (n = 16)	СД (n = 16)
Физическое функционирование (PF)	8,9	0,01	56,7 ± 20,8	73,1 ± 7,5	59,1 ± 19,9
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	12,0	0,002	31,7 ± 27,4	61,3 ± 25,2	45,6 ± 37,5
Интенсивность боли (BP)	7,1	0,03	43,5 ± 28,9	57,1 ± 21,2	63,7 ± 21,3
Жизненная активность (VT)	6,8	0,03	40,6 ± 17,2	51,9 ± 11,2	37,8 ± 15,9
Социальное функционирование (SF)	1,5	0,46	56,8 ± 21,1	51,3 ± 17,6	59,9 ± 22,0
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	3,1	0,21	41,3 ± 23,9	53,8 ± 26,7	43,8 ± 35,6
Психическое здоровье (MH)	1,5	0,47	46,1 ± 16,0	52,7 ± 19,1	49,0 ± 20,7
Общее состояние здоровья (GH)	3,3	0,19	50,7 ± 20,9	61,3 ± 15,9	57,9 ± 21,1

Привлечение данных описательной статистики и дальнейшее попарное сравнение с использованием U-критерия Манна-Уитни позволило сделать заключение о том, что максимальный вклад в выявленные различия вносят показатели группы СРК: значения по шкале «физического функционирования» достоверно превышают ВЗК ($U = 122,0$, $p = 0,003$) и СД ($U = 71,5$, $p = 0,003$); по шкале «ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием» – достоверно превышают соответствующие показатели группы ВЗК ($U = 99,0$, $p = 0,0003$); по шкале «жизненной активности» – превышают показатели групп ВЗК ($U = 158,5$, $p = 0,03$) и СД ($U = 198,0$, $p = 0,01$). Качество жизни, обусловленное наличием болевого синдрома, достоверно различается при сопоставлении групп ВЗК и СД ($U = 144,5$, $p = 0,01$) – у группы ВЗК оно ожидаемо ниже.

Таким образом, можно сказать, что по показателям качества жизни наиболее благополучными являются подростки-пациенты с СРК. Не-

смотря на переживание интенсивной боли, показатели качества жизни по шкалам, характеризующим физическую составляющую КЖ, в этой группе значимо выше.

Кажется парадоксальным отсутствие различий между группами по социально обусловленным показателям качества жизни. Получается, что несмотря на различия в соматическом статусе и риске инвалидизации, все подростки с хроническими соматическими заболеваниями не чувствуют себя исключенными из социума, из повседневной общественной жизни.

Задача по исследованию выраженности стратегий совладающего поведения (копинг-стратегий), по данным «Опросника способов копинга», у респондентов каждой нозологической группы решалась в два этапа. На первом с применением анализа значимости различий в уровне выраженности метрической переменной в независимых группах по Н-критерию Крускала-Уоллиса были изучены нозологические различия в копинг-поведении. Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2. Представленность копинг-стратегий у пациентов различных нозологических групп

Копинг-стратегии	Н (2, n = 64)	Р	M ± SD		
			ВЗК (n = 32)	СПК (n = 16)	СА (n = 16)
Планомерное решение проблем	0,16	0,92	10,2 ± 4,0	9,9 ± 2,3	9,3 ± 4,1
Обращение за поддержкой к социальному окружению	1,7	0,42	11,3 ± 3,2	11,3 ± 4,3	9,3 ± 4,5
Позитивная переоценка	1,8	0,41	8,4 ± 3,1	8,3 ± 2,2	11,6 ± 3,9
Противостояние	5,3	0,07	9,3 ± 3,6	11,6 ± 2,8	9,5 ± 4,2
Самоконтроль	6,7	0,04	9,6 ± 3,6	11,9 ± 2,5	9,9 ± 3,5
Самообвинение	15,1	0,001	6,7 ± 2,3	9,8 ± 2,0	9,1 ± 2,7
Фантазирование и надежда на внешние силы	0,01	0,99	8,2 ± 4,3	8,1 ± 2,7	9,9 ± 4,8
Дистанцирование	10,3	0,006	6,4 ± 2,6	10,1 ± 3,5	10,2 ± 3,6
Уход, избегание	5,3	0,07	7,2 ± 3,1	9,8 ± 3,4	10,1 ± 3,9

Как видно из представленных в табл. 2 данных, статистически достоверные различия в выраженности копинг-стратегий у пациентов различных нозологических групп отмечались по шкалам «самоконтроль», «самообвинение», «дистанцирование»; на уровне статистической тенденции ($p = 0,07$) – по шкалам «противостояние» и «уход, избегание».

Привлечение данных описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение) и дальнейшее попарное сравнение по критерию Манна-Уитни позволяет сделать следующее заключение:

- в группе пациентов с ВЗК все анализируемые копинг-стратегии («уход, избегание», «дистанцирование», «самообвинение», «самоконтроль», «противостояние») используются минимально и статистически достоверно отличаются от группы ВЗК от СРК, где перечисленные стратегии используются максимально: ($U_{\text{УХОД}} = 152,0$, $p = 0,02$; $U_{\text{ДИСТАНЦИРОВАНИЕ}} = 111,0$, $p = 0,001$; $U_{\text{САМООБВИНЕНИЕ}} = 81,0$, $p = 0,00001$; $U_{\text{САМОКОНТРОЛЬ}} = 158,5$, $p = 0,03$; $U_{\text{ПРОТИВОСТОЯНИЕ}} = 159,5$, $p = 0,03$);

- выраженность копинг-стратегий в группе СД занимает промежуточное положение: по всем выделенным копинг-стратегиям группа СД приближена к группе ВЗК ($p > 0,05$), отличаясь от группы СРК меньшей выраженностью «самообвинения» ($U_{\text{СРК}} = 76,0$, $p = 0,05$), «самоконтроля» ($U_{\text{СРК}} = 64,0$, $p = 0,05$) и «противостояния» ($U_{\text{СРК}} = 78,5$, $p = 0,06$); при этом выраженность копинг-стратегий «дистанцирование» и «уход, избегание» не отличается от соответствующих показателей в группе СРК.

Второй этап был посвящен исследованию структуры копинг-поведения в группах. Сопоставительный анализ выраженности копинг-стратегий в группах проводился с привлечением данных описательной статистики (среднее значение). Поскольку разброс балльных оценок в рамках шкал «Опросника способов копинга» различен, предварительно была проведена процедура нормализации данных с учетом того, что минимально возможное количество баллов по каждой шкале – 0, максимальное зависит от количества пунктов шкалы (от 12 баллов при 4-х пунктах до 21 балла при 7-ми пунктах). Использовалась формула: $x' = (x - \min) / (\max - \min)$, где « x' » – нормализованный балл, « x » – эмпирическое значение («сырой» балл). К полученным данным далее был применен дисперсионный анализ по Фридману: шкалы «Опросника способов копинга» в данном случае рассматривались как зависимые признаки. Результат оказался статистически достоверен для группы ВЗК: Хи-квадрат ($n = 32$, $df = 8$) = 49,9, $p < 0,0001$; СРК – Хи-квадрат ($n = 16$, $df = 8$) = 21,1, $p < 0,007$. В группе СД статистически достоверных различий не зафиксировано: Хи-квадрат ($n = 16$, $df = 8$) = 4,5, $p = 0,81$. Графическая иллюстрация представлена на рис. 1.

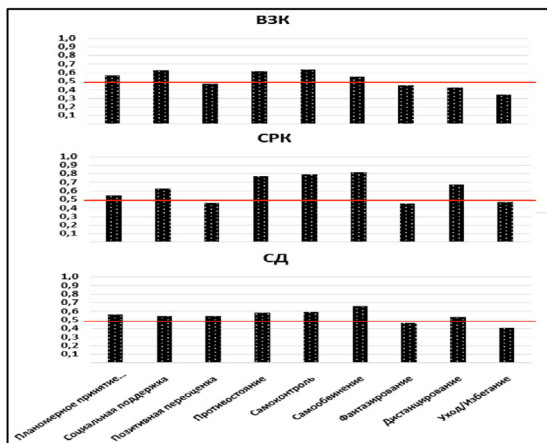


Рис. 1. Структура копинг-поведения
в разных нозологических группах

При анализе полученных данных обращают на себя внимание следующие факты:

- в группе СД структура копинг-поведения характеризуется однородностью ($p > 0,05$) и умеренностью: используются разнообразные копинг-стратегии, степень их выраженности не превышает границ средних значений (красная линия на рисунке 1);
- структура копинг-поведения в группе СРК характеризуется существенными отклонениями в сторону высоких значений ($p \leq 0,05$) по таким деструктивным копинг-стратегиям, как «противостояние», «самоконтроль», «самообвинение», «дистанцирование», при умеренном использовании копинг-стратегии «обращение за поддержкой к социальному окружению»;
- структура копинг-поведения в группе ВЗК так же, как и в группе СРК, не является однородной ($p \leq 0,05$), однако это достигается посредством низкой выраженности использования таких стратегий, как «дистанцирование» и «уход, избегание» при умеренном использовании «противостояния», «самоконтроля» и «обращения за поддержкой к социальному окружению».

Задача по анализу вклада копинг-стратегий в формирование качества жизни у пациентов различных нозологических групп решалась с использованием корреляционного анализа по Спирмену. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3. Связь показателей качества жизни и копинг-стратегий у пациентов различных нозологических групп

Копинг-стратегии		PF	RP	BP	VT	SF	RE	MH	GH
ВЗК	Планомерное решение проблем		0,50**	0,52**	0,55***	0,48**	0,39*		
	Обращение за поддержкой к социальному окружению								0,50**
	Позитивная переоценка				0,39*				
	Фантазирование и надежда на внешние силы							-0,37*	
	Дистанцирование		-0,37*						
СРК	Планомерное решение проблем								0,53*
	Противостояние		0,58*						
	Самообвинение	-0,59*							-0,53*
СА	Планомерное решение проблем							0,55*	
	Обращение за поддержкой к социальному окружению				0,50*				
	Позитивная переоценка		0,50*		0,47				
	Противостояние				0,46				
	Самоконтроль				0,44				
	Самообвинение			-0,55*				0,66***	
	Фантазирование и надежда на внешние силы	-0,74***	0,62**	-0,65***	-0,65**	-0,57*			
	Дистанцирование				-0,52*			-0,77***	
	Уход, избегание	-0,57*	-0,57*	-0,68**	-0,60**	-0,56*		-0,74***	

Примечание: PF – физическое функционирование; RP – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; BP – интенсивность боли; GH – общее состояние здоровья; VT – жизненная активность; SF – социальное функционирование; RE – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; MH – психическое здоровье. В таблице представлены только статистически достоверные значения коэффициентов корреляции – «*» – на уровне $p \leq 0,05$, «**» – на уровне $p \leq 0,01$, «***» – на уровне $p \leq 0,001$, неотмеченные коэффициенты достоверны на уровне статистической тенденции ($p = 0,06$); выделение тоном применено для удобства визуального разграничения результатов в нозологических группах.

Как видно из данных, представленных в табл. 3, для всех нозологических групп характерно наличие отрицательных взаимосвязей характеристик КЖ со шкалами, отражающими выраженность так называемых деструктивных копинг-стратегий («самообвинение», «фантазирование и надежда на внешние силы», «дистанцирование», «уход, избегание»), и положительная – со шкалами, отражающими выраженность конструктивных копинг-стратегий («позитивная переоценка», «планомерное решение проблем», «самоконтроль», «обращение за поддержкой к социальному окружению», «противостояние»). То есть, чем меньше выражен деструктивный копинг и чем ярче выражен конструктивный, тем выше показатели КЖ.

В группе СД копинг-стратегии наиболее разнообразны и соотносятся, прежде всего, с такими характеристиками КЖ, как «Жизненная активность» и «Психическое здоровье». Наиболее существенным в отношении формирования КЖ в целом выступает отказ от использования копинг-стратегий «уход, избегание» и «фантазирование и надежда на внешние силы» и активное использование таких стратегий, как «обращение за поддержкой к социальному окружению», «позитивная переоценка», «противостояние» и «самоконтроль». Получается, что данная структура копинг-поведения является эффективным механизмом обеспечения качества жизни пациентов с СД.

Совладающее поведение пациентов с ВЗК и СРК характеризуется чрезвычайно скудным набором копинг-стратегий, имеющих связи с формированием компонентов качества жизни. Для группы с ВЗК это «планомерное решение проблем» – копинг-стратегия, которая оказалась положительно связана с такими характеристиками качества жизни, как ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, жизненная активность, социальное функционирование и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием. То есть, эффективный продуктивный копинг «планомерное решение проблем» обеспечивает высокое качество жизни по перечисленным показателям. Напротив, выраженные деструктивные копинги «фантазирование и надежда на внешние силы» и «дистанцирование» вносят отрицательный вклад в формирование качества жизни.

Качество жизни пациентов с СРК оказалось практически не связано с совладающим поведением подростков: только показатель «общее состояние здоровья» положительно связан со стратегией «планомерное решение проблем» и отрицательно – с «самообвинением». То есть, эффективный продуктивный копинг «планомерное решение

проблем» обеспечивает высокое качество жизни по этому показателю, тогда как деструктивный копинг «самообвинение» связан с низким показателем КЖ. Можно заключить, что для пациентов с СРК копинг-стратегии не являются действенным механизмом обеспечения качества жизни, в отличие от пациентов других нозологических групп.

Обсуждение результатов

Попытка осмысления результатов анализа вклада совладающих стратегий в формирование КЖ подростков, страдающих тяжелыми хроническими заболеваниями, представляется невозможной без учета психологических последствий исследуемых нозологий, клинические проявления которых существенно различаются.

Для ВЗК характерны болевой синдром, периоды длительной госпитализации, калечащие операции вплоть до выведения наружной стомы. Помимо угрозы инвалидизации и страха смерти, в части эмоциональных переживаний, связанных с пребыванием в социуме, на первый план выходят мучительное переживание чувства неловкости и стыда за свою «нечистоту», обусловленных наличием колостомы, грубо нарушающей интимность протекания естественных физиологических процессов.

Пациенты с СД практически не сталкиваются с болевыми синдромами. А при современном техническом уровне медицины анализы крови и инъекции инсулина стали быстрыми, простыми, практически не ограничивающими в повседневной жизни. Слабость, обмороки при недостаточном контроле метаболических процессов, серьезные ограничения в питании и постоянная дисциплина выходят на передний план проявлений заболевания.

Клиническая картина СРК многообразна. При сложностях определения патогенеза и эффективных стратегий лечения заболевание проявляется нарушением работы ЖКТ, в том числе запорами или диареей, вздутиями кишечника, болями, обильным метеоризмом, неудержимыми и неконтролируемыми позывами к дефекации.

Как было отмечено выше, подростковый возраст – особый период, ведущая деятельность которого – интимно-личностное общение. Это возраст первой настоящей дружбы и влюбленности, принятия групповых норм, социализации и самоопределения в референтных группах. Безусловно, соматический статус становится значимым фактором психологического развития подростка. И если СД ограничивает социальную активность подростков минимально даже при определении инвалидности (необходимость соблюдать диету даже в

компании, периодические госпитализации и т.п.), то ВЗК существенно ограничивают общение пациента не только мучительными физиологическими проявлениями и страхом смерти, но и стыдом за невозможность нормальных физиологических отпавлений. В отличие от этой группы пациентов, подростки с СРК не испытывают страха смерти и не переживают угрозу жизни. Но их соматические особенности крайне заметны в обыденной жизни, носят «неприличный» характер, могут становиться поводом для насмешек окружающих и осложняют взаимопонимание и контакт со сверстниками. Но при этом симптоматика СРК (например, недержание газов) в подростковой среде может становиться и актом провокации, средством привлечения внимания и асоциальной бравлады.

Обращает на себя внимание тот факт, что выявленные в группах СРК и ВЗК копинг-стратегии носят условно деструктивный характер, а показатели качества жизни, обусловленные социально-психологическими параметрами, значимо в группах не различаются – различия наблюдаются именно по показателям физиологического функционирования. То есть, условно «благополучные» показатели качества жизни пациентов с СРК обеспечиваются всё-таки деструктивными копингами, которых, впрочем, на анализируемом этапе жизни достаточно для полноценного функционирования. Но как отмечают исследователи, взрослым пациентам с СРК присущи высокая личностная тревожность (Мнацаканян и др., 2016), агрессивно-зависимый и пассивный типы реагирования и другие психопатологические проявления (Козлова, 2014). Вполне вероятно, что механизмов совладающего поведения, позволяющих сохранять благополучными показатели качества жизни в подростковом возрасте, недостаточно для обеспечения нормативного развития и социализации на более поздних возрастных этапах, и поэтому у взрослых пациентов с СРК специалисты отмечают не столько копинги, сколько работу защитных механизмов.

Выводы

Полученные данные позволяют в значительной мере определить вклад копинг-поведения в качество жизни подростков с тяжелыми хроническими соматическими заболеваниями.

Описанная в научной литературе двухфакторная структура качества жизни (Новик, Ионова, 2006), включающая в себя физическую и социально-психологическую составляющие, в настоящем исследовании эмпирически верифицирована на выборке подростков с тяжелыми, хронически протекающими, соматическими заболеваниями; при

этом влияние нозологических различий на качество жизни в обследованных группах обнаружено только для физической составляющей, социально-психологические аспекты КЖ достоверно не различаются, что, вероятнее всего, обусловлено сосредоточением всех имеющихся ресурсов на выполнении основных задач возрастного периода: приобретение навыков межличностного общения и адекватной социализации в рамках референтной группы, группы сверстников.

Физическая составляющая качества жизни соотносится с клинико-психологическими характеристиками исследованных нозологий: переживанием интенсивного чувства страха, связанного с угрозой жизни (для ВЗК и СД); развитием ограничительного социального поведения по причине либо стыда, вызванного неконтролируемыми физиологическими проявлениями заболевания (для ВЗК и СРК), либо наличия физических запретов на реализацию некоторых видов деятельности (ВЗК, СД); наличием болевого синдрома (для ВЗК и СРК). Таким образом, группы ВЗК и СД характеризуются низким КЖ в части «Ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием», «Жизненной активности» и «Интенсивности боли» (для ВЗК). Физическая составляющая КЖ в группе СРК находится в границах условной нормы и принадлежит промежутку от 51,9 до 73,1 по стобальной шкале.

Копинг-стратегии вносят вклад в формирование КЖ обследованной выборки подростков: высокое КЖ соотносится с активным использованием конструктивных копинг-стратегий («планомерное решение проблем», «обращение за поддержкой к социальному окружению», «позитивная переоценка», «противостояние», «самоконтроль») и неиспользованием деструктивных копингов («самообвинение», «фантазирование и надежда на внешние силы», «дистанцирование», «уход, избегание»). При этом основной вклад в формирование высокого качества жизни вносит копинг-стратегия «планомерное решение проблем»: выявлена положительная корреляция практически со всеми субшкалами, характеризующими качество жизни.

Структура копинг-стратегий различается в группах в зависимости от нозологии в части совладания с физиологическими проявлениями заболевания и его влияния на КЖ:

- в группе СД репертуар используемых копинг-стратегий многообразен и, с точки зрения количественной представленности, велик (практическая рекомендация для организации психологического сопровождения подростков с данной нозологией – сосредоточить фокус внимания на предпочтительном использовании подростками конструктивных **копингов**);

- группа с ВЗК минимально использует деструктивные копинг-стратегии «уход, избегание», «дистанцирование», «фантазирование и надежда на высшие силы», максимально – такие конструктивные копинги, как «противостояние», «самоконтроль», «обращение за поддержкой к социальному окружению»; однако основной вклад в формирование высокого КЖ этой группы вносит такая копинг-стратегия, как «планомерное решение проблем» (выявлена положительная корреляция практически со всеми субшкалами, характеризующими КЖ) – в практической плоскости указанный результат позволяет определить в качестве точки приложения психокоррекционных усилий при организации психологического сопровождения пациентов с ВЗК обучение копинг-стратегии «планомерное решение проблем»;
- структура совладающего поведения в группе СРК характеризуется преимущественным использованием таких деструктивных копинг-стратегий, как «самообвинение» и «дистанцирование» наряду с конструктивными стратегиями «самоконтроля» и «противостояния». При этом репертуар копинг-стратегий, используемых в группе СРК, достаточно скуден, а их вклад в формирование качества жизни ограничен. Вероятнее всего, высокое качество жизни в данном случае является результатом тревожного защитного реагирования, что позволяет обозначить в качестве стратегии психокоррекционной работы с подростками, страдающими СРК, обучение навыкам совладания с трудными жизненными ситуациями посредством использования конструктивных копинг-стратегий.

Литература

- Баканов, А.С., Савченко, Т.Н., Головина, В.М. Взаимосвязь когнитивных составляющих субъективного качества жизни с показателями принятия решений // Прикладная юридическая психология. 2016. № 3(36). С. 73–80.
- Белашина, Т.В., Капитонова, Е.Д. Особенности проявления механизмов психологической защиты и копинг-стратегий в подростковом возрасте // Развитие человека в современном мире. 2024. № 3. С. 55–68.
- Битюцкая, Е.В. Обоснование и разработка русскоязычной версии «Опросника способов копинга» // Развитие личности. 2014. № 3. С. 187–208.
- Жюзина, Д.С., Михайличенко, Т.Г., Илич, М. Взаимосвязь эмоционального состояния со стратегиями и личностными ресурсами копинга у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника // Вестник психотерапии. 2024. № 91. С. 72–85.
- Козлова, И.В., Мялина, Ю.Н., Лекарева, А.И. и др. Психологические особенности пациентов с функциональными и воспалительными заболеваниями

- ми кишечника // Саратовский научно-медицинский журнал. 2014. Т. 10. № 1. С. 80–85.
- Лебедева, А.А., Леонтьев, Д.А. Современные подходы к изучению качества жизни: от объективных контекстов к субъективным // Социальная психология и общество. 2022. Т.13. № 4. С. 142–162.
- Лобанов, Ю.Ф., Скударнов, Е.В., Строзенко, Л.А. и др. Качество жизни как проблема в здравоохранении: Современные тенденции // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 5. С. 235–239.
- Мнацаканян, М.Г., Дюкова, Г.М., Погромов, А.П., Тащян, О.В. Эмоционально-личностные особенности у больных с синдромом раздраженного кишечника и воспалительными заболеваниями кишечника // Клиническая медицина. 2016. № 94(10). С. 764–769.
- Настас, А.Э., Стоянова, И.Я., Брель, Е.Ю. Психологические факторы качества жизни подростков с хроническими соматическими заболеваниями // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. 2020. № 6(184). С. 457–463.
- Новик, А.А., Ионова, Т.И. Исследование качества жизни в клинической медицине // Вестник Национального медико-хирургического центра имени Н. И. Пирогова. 2006. Т. 1. № 1. С. 91–99.
- Новик, А.А., Ионова, Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА Медиа групп, 2007.
- Суменко, В.В., Евстифеева, Г.Ю., Боев, В.М. и др. Распространенность неинфекционных хронических заболеваний у подростков, проживающих на урбанизированных и сельских территориях // Оренбургский медицинский вестник. 2017. Т. V. № 3(19). С. 22–26.
- Тхостов, А.Ш., Елшанский, С.П. Метод исследования словаря интрацептивных ощущений // Психология субъективной семантики: истоки и развитие / Под ред. И.Б. Ханиной, Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 274–284.
- Ялтонский, В.М., Абросимов, И.Н. Совладающее с болезнью поведение взрослых с муковисцидозом // Национальный психологический журнал. 2014. № 3(15). С. 60–65.
- Vernier-Massouille, G., Balde, M., Salleron, J. et al. Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study // Gastroenterology. 2008. Vol. 135. No. 4. P. 1106–1113.
- Zimmer-Gembeck, M.J., Skinner, E.A. Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research // International Journal of Behavioral Development. 2011. Vol. 35. No. 1. P. 1–17.

Сведения об авторах

Ольга С. Шалина, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; *shalina_o_s_1@staff.sechenov.ru*

Анастасия В. Котельникова, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры педагогики и медицинской психологии, Института психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; *kotelnikova_a_v@staff.sechenov.ru*

Ольга О. Янушевич, преподаватель кафедры клинической психологии научно-образовательного, Института социальных, гуманитарных и экономических наук имени А.П. Чехова ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва, Россия; 127006, Москва, ул. Долгоруковская, д. 4; *yanushevich97@bk.ru*

Антон В. Сорин, кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; *sorin_a_v@staff.sechenov.ru*

Наталья И. Зенцова, доктор психологических наук, доцент, профессор кафедры педагогики и медицинской психологии, Институт психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия; 119048, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2; *zentsova_n_i@staff.sechenov.ru*

Shalina O.S., Kotelnikova A.V., Yanushevich O.O.,
Sorin A.V., Zentsova N.I.
Coping Behavior as a Factor
in the Formation of Quality of Life in Adolescents
with Severe Somatic Diseases

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,
Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University), Moscow, Russia*

The relevance of the study is due to the importance of adolescence for personal development and socialization, which are seriously disrupted in a situation of severe chronic illness. Physical limitations, social deprivation, and the risk of stigmatization require adolescents to mobilize adaptive resources, primarily effective coping strategies, to maintain quality of life; however, the study of the specific

features of coping behavior in the context of different nosologies remains insufficiently developed.

The aim of the study was to determine the contribution of coping behavior to the formation of the quality of life of adolescents with severe chronic somatic diseases.

Research methods: 64 adolescents (13–17 years old) undergoing treatment at the Pirogov Russian National Research Medical University for inflammatory bowel diseases (IBD), irritable bowel syndrome (IBS), and type 1 diabetes mellitus (T1DM) were examined using the SF-36 psychodiagnostic questionnaire and the «Coping Methods Questionnaire» (E.V. Bityutskaya).

Results: the physical component of quality of life (QoL) was significantly lower in adolescents with IBD and T1DM than in those with IBS, while the socio-psychological aspects of QoL did not significantly differ between the groups. Nosological differences in the structure of coping behavior were revealed: the IBS group was characterized by the maximum use of destructive strategies («self-blame», «distancing») and constructive strategies («self-control», «confrontation»); the IBD group had minimal use of destructive coping («withdrawal», «distancing») and moderate constructive strategies; the T1DM group was the most balanced and diverse repertoire of coping strategies. Correlation analysis confirmed a general pattern: high QoL is positively associated with constructive coping strategies («systematic problem solving», «seeking support», «positive reassessment», «self-control», «confrontation») and negatively with destructive ones («self-blame», «fantasizing», «distancing», «leaving»). The strategy of «systematic problem solving» made a key contribution to QoL in all groups. The uniqueness of the IBS group was manifested in the weak association of QoL with coping and relatively high physical QoL, possibly due to psychological defense mechanisms that eliminate anxiety.

Conclusions: Coping behavior is a significant factor in QoL in adolescents with severe chronic somatic diseases. The effectiveness of different coping strategies varies depending on the nosology, which justifies the need to develop differentiated psychological support programs aimed at teaching constructive coping strategies, primarily «systematic problem solving», taking into account the specifics of the disease (especially for IBD and IBS) and the challenges of adolescence.

Key words: adolescence, coping behavior, coping strategies, quality of life, inflammatory bowel diseases, irritable bowel syndrome, type 1 diabetes mellitus

For citation: Shalina, O.S., Kotelnikova, A.V., Yanushevich, O.O., Sorin, A.V., Zemtsova, N.I. (2026). Coping behavior as a factor in the formation of quality of life in adolescents with severe somatic diseases. *New Psychological Research*, No. 3, 135–155. DOI: 10.51217/npsyresearch_2026_06_03_07

References

- Bakanov, A.S., Savchenko, T.N., Golovina, V.M. (2016). Interrelation of cognitive components of subjective quality of life with decision-making indicators. *Prikladnaya yuridicheskaya psikhologiya*, 3(36), 73–80.

- Belashina, T.V., Kapitonova, E.D. (2024). Features of the manifestation of psychological defense mechanisms and coping strategies in adolescence. *Razvitie cheloveka v sovremennom mire*, 3, 55–68.
- Bityutskaya, E.V. (2014). Substantiation and development of the Russian-language version of the «Coping Methods Questionnaire». *Razvitie lichnosti*, 3, 187–208.
- Kozlova, I.V., Myalina, Yu.N., Lekareva, L.I., Badieva, O.E., Tikhonova, T.A. (2014). Psychological characteristics of patients with functional and inflammatory bowel diseases. *Saratovskii nauchno-meditsinskii zhurnal*, 10(1), 80–85.
- Lebedeva, A.A., Leontiev, D.A. (2022). Psychological aspects of quality of life. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo*, 13(4), 142–162.
- Lobanov, Yu.F., Skudarnov, E.V., Strozenko, L.A., Prokudina, M.P., Karakasenkov, M.K., Pechkina, K.G. (2018). Quality of life as a problem in healthcare: Current trends. *Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy*, 5, 235–239.
- Mnatsakanyan, M.G., Dyukova, G.M., Pogromov, A.P., Tashchyan, O.V. (2016). Emotional and personal characteristics in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel diseases. *Klinicheskaya meditsina*, 94(10), 764–769.
- Nastas, A.E., Stoyanova, I.Ya., Brel, E.Yu. (2020). Psychological factors of the quality of life of adolescents with chronic somatic diseases. *Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*, 6(184), 457–463.
- Novik, A.A., Ionova, T.I. (2006). Quality of life research in clinical medicine. *Vestnik Natsional'nogo mediko-khirurgicheskogo tsentra imeni N.I. Pirogova*, 1(1), 91–99.
- Novik, A.A., Ionova, T.I. (2007). *Guidelines for quality of life research in medicine*. Moscow: OLMA Media group.
- Sumenko, V.V., Evstifeeva, G.Yu., Boev, V.M., Danilova, E.I., Roshchupkin, A.N. (2017). Prevalence of non-communicable chronic diseases among adolescents living in urbanized and rural areas. *Orenburgskii meditsinskii vestnik*, 3(19), 22–26.
- Tkhostov, A.Sh., Elshanskii, S.P. (2011). The method of studying the vocabulary of intrceptive sensations. In I.B. Khanina, D.A. Leontiev (Eds.), *The psychology of subjective semantics: Origins and development* (pp. 274–284). Moscow: Smysl.
- Vernier-Massouille, G., Balde, M., Salleron, J., Turck, D., Dupas, J.L., Mouterde, O., Merle, V., Salomez, J.L., Branche, J., Marti, R., Lerebours, E., Cortot, A., Gower-Rousseau, C., Colombel, G.F. (2008). Natural history of pediatric Crohn's disease: a population-based cohort study. *Gastroenterology*, 135(4), 1106–1113.
- Yaltonskii, V.M., Abrosimov, I.N. (2014). Coping with the disease behavior of adults with cystic fibrosis. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal*, 3(15), 60–65.
- Zimmer-Gembeck, M.J., Skinner, E.A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1–17.

Zyuzina, D.S., Mikhailichenko, T.G., Ilich, M. (2024). The relationship of emotional state with coping strategies and personal resources in patients with inflammatory bowel diseases. *Vestnik psikhoterapii*, 91, 72–85.

Information about the authors

Olga S. Shalina, PhD (Psychology), Associated Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya St., Moscow, Russia, 119048; *shalina_o_s_1@staff.sechenov.ru*

Anastasia V. Kotelnikova, D.Sc. (Psychology), Associate Professor, Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya St., Moscow, Russia, 119048; *kotelnikova_a_v@staff.sechenov.ru*

Olga O. Yanushevich, Lecturer, Department of Clinical Psychology, Scientific and Educational Institute of Social, Humanitarian and Economic Sciences named after A.P. Chekhov, Russian University of Medicine, Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; bld.4, Dolgorukovskaya St., Moscow, Russia, 127006; *yanushevich97@bk.ru*

Anton V. Sorin, Associated Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya St., Moscow, Russia, 119048; *sorin_a_v@staff.sechenov.ru*

Natalia I. Zentsova, D.Sc. (Psychology), Professor, Department of Pedagogy and Medical Psychology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia; bld. 8–2, Trubetskaya St., Moscow, Russia, 119048; *zentsova_n_i@staff.sechenov.ru*