

# СООТНОШЕНИЕ СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ФАКТОРОВ В ПРОЦЕССЕ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ

Л.И. ВАССЕРМАН\*,

СПбГУ, Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург, Россия,  
psy\_labos@inbox.ru

Д.Н. ЧУГУНОВ\*\*,

СПб ГКУЗ «ПНД № 4»,  
Санкт-Петербург, Россия,  
steelpluses@list.ru

Для цитаты:

*Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Шелкова О.Ю.* Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 2. С. 82—94. doi: 10.17759/cpp.2019270206

\* *Вассерман Людвиг Иосифович*, доктор медицинских наук, профессор, кафедра медицинской психологии и психофизиологии, психологический факультет, Санкт-Петербургский государственный университет; главный научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия, e-mail: psy\_labos@inbox.ru

\*\* *Чугунов Даниил Николаевич*, кандидат психологических наук, медицинский психолог, СПб ГКУЗ «ПНД № 4», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: steelpluses@list.ru

О.Ю. ЩЕЛКОВА\*\*\*,

СПбГУ, Национальный медицинский исследовательский центр  
психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева,  
Санкт-Петербург, Россия,  
Olga.psy.pu@mail.ru

Представлена попытка концептуализации теоретико-методологических положений, разработанных в теории отношений В.Н. Мясищева применительно к изучению патогенеза психосоциальных и клинико-психологических особенностей у пациентов психосоматического профиля. Рассмотрены методологические вопросы, связанные с соотношением формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения в динамике субъективных и объективных факторов психосоциального функционирования личности. Выделены этапы, подразумевающие взаимосвязанность компонентов внутренней картины болезни, а также личностного смысла здоровья и копинг-поведения. Рассмотрены варианты их взаимозависимости в структуре целостного адаптационного процесса, который определяет сущностное понимание и оценку качества жизни (КЖ) больного в актуальной жизненной ситуации.

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, система отношений личности, копинг-поведение, качество жизни.

Современная биопсихосоциальная парадигма психического и соматического здоровья интегрирует субъективно-психологические (внутренние) и объективно-выраженные (внешние) структурно-функциональные факторы патогенеза заболеваний в их системно динамическом единстве, в том числе, на этапах осознаваемой личностью предболезни с высоким риском нарушений психической (психосоматической) адаптации под влиянием потенциально патогенных социально-психологических обстоятельств [3]. В контексте этой концепции рассматриваются и механизмы формирования внутренней картины болезни (ВКБ), ассоциированные с целостным процессом и результатом совладающего со стрессом болезни поведения и во многом определяющие адаптивный потенциал личности [2; 5; 6]. Целостная поведенческая реакция в ответ на стрессогенное влияние болезни определяется, таким образом,

\*\*\* *Щелкова Ольга Юрьевна*, доктор психологических наук, профессор, и. о. заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет; старший научный сотрудник, ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия, e-mail: Olga.psy.pu@mail.ru

системным взаимодействием биологических (психофизиологических), психологических и социальных детерминант, в которых фундаментальную роль играет личностный смысл здоровья и болезни [8; 10]. Процесс совладания со стрессом болезни непосредственно обусловлен когнитивным, эмоциональным и поведенческим компонентами ВКБ, поэтому представляется целесообразной попытка сопоставительного анализа этапов формирования отношения к болезни [11; 16; 18; 22] в их соотношениях с копинг-механизмами личности [24; 25].

### **Механизмы формирования внутренней картины болезни и качества жизни у пациентов психосоматического профиля**

Анализ клинико-психологических и экспериментально-психологических данных показывает, что ВКБ формируется в защитных целях как реакция на стресс болезни и отражает реальные трудности адаптации к фрустрирующему фактору заболевания. Этот сложный психосоциальный конструкт может интерпретироваться как результат первичной и вторичной оценки эффективности механизмов совладающего поведения [7; 11]. В.В. Николаева, определяя ВКБ как комплекс вторичных, психологических по своей природе симптомов заболевания, отдельно выделяет в ее структуре когнитивный и мотивационный уровни (возникновение новых мотивов и перестройка преморбидной мотивационной структуры) [18]. А.В. Квасенко и Ю.Г. Зубарев рассматривают переход восприятия от чувственного к мотивационному как этапы становления ВКБ в процессе соматонозогнозии. Дж. Морз и Дж. Джонсон выделяют фазу преодоления в процессе адаптации к хроническому заболеванию [23]. В своей модели саморегуляции Х. Левенталь описывает цикл управления болезнью как работу трех механизмов: 1) субъективная репрезентация болезни; 2) способ преодоления стресса болезни (копинг болезни), стратегия разрешения связанных с болезнью проблем и управление эмоциональной реакцией на болезнь; 3) оценка результативности поведения (копинга) [27]. Г.А. Арина и А.Ш. Тхостов также предлагают рассматривать ВКБ как сложное многоуровневое психосоциальное образование, включающее в себя чувственную ткань, первичное и вторичное означение и личностный смысл [20].

Специфические изменения привычного фона телесных ощущений, различного рода алгические проявления, дискомфорт и т. д., характерные для многих соматических расстройств, способствуют объективизации физиологических процессов, активизируют когнитивные механизмы для их оценки в соответствии с субъективной значимостью здоровья и болезни в целом, вызывают последующие аффективные реакции [5;

14]. В случае психических расстройств клиническая картина во многом связана с наличием критики больного к собственному состоянию и концентрацией внимания на «внутренних» психических процессах (аффекты и чувства, когниции, целостные отношения и т. п.), с возможной проекцией на внутренние органы и системы организма (ипохондрическая и конверсионная симптоматика, соматоформные расстройства, и т. д.), а также вызванные этими процессами аффективные переживания [2; 14].

Такой концептуальный принцип описания ВКБ предполагает клинико-психологическое исследование позиций соматоцентрированного или психоцентрированного подходов в интересах последующей психотерапии и психокоррекции [19]. В этом контексте важно подчеркнуть, что соотношение субъективных и объективных факторов рассматривается как сущностное понимание связанного со здоровьем качества жизни (КЖ). С одной стороны, это относительно объективные, открытые и контролируемые, с точки зрения доказательной медицины, структурно-морфологические особенности органов и систем организма, поведенческая и социальная активность, материальное положение, социальный и семейный статус и т. д., а с другой стороны — субъективные факторы, отражающие сложный мир переживаний и отношений личности (в ситуации предболезни, болезни и развития адаптационно-приспособительных стратегий организма и личности), оценка степени удовлетворенности—фрустрированности социальным функционированием, личностный смысл здоровья и собственно ВКБ [9]. Перечисленные аспекты описывают фундаментальные основы теории отношений личности В.Н. Мясищева [16; 17].

Таким образом, формирование ВКБ отражает процесс соматоцепции и нозогнозии в виде этапов перехода от первоначальной сенситивной составляющей к глубинному ценностно-смысловому уровню в результате динамики когнитивной оценки и эффектов саморегуляции, которые рассматриваются как реализация копинг-поведения и механизмов психологической защиты [8]. Возможно и обратное влияние, когда личностный смысл здоровья, ценностные установки и ВКБ в общей структуре отношений личности оказывают значимое влияние на восприятие сенсорно-перцептивных процессов в системе копинг-поведения, направленного на репрезентацию симптомов болезни [20].

### **Основные научно-исследовательские концепции совладающего поведения**

Начиная с ранних исследований Г. Селье и до современных транзактных концепций стресса [25; 26], прослеживается тенденция к выявлению и описанию основных этапов процесса совладания с проблемны-

ми ситуациями и фрустрирующими личностными обстоятельствами [1]. Как правило, исследователи выделяют качественно отличающиеся этапы переживаний стрессовой ситуации и, соответственно, стадий совладания с ней, а также отмечают цикличность самого копинг-процесса, направленного на поддержание гомеостатического равновесия в системе личность-средового взаимодействия [24]. Механизмы совладающего со стрессом поведения предполагают двухэтапный процесс, в ходе которого происходит первичная когнитивно-аффективная оценка актуальной ситуации угрозы для личности и последующая, вторичная оценка внутренних адаптивных ресурсов, осуществляется выбор соответствующей стратегии поведения для совладания с ней [24; 25].

В наиболее простом виде процесс взаимодействия со стрессовым событием можно реконструировать в соответствии с последовательностью стимул—реакция (S-R) [1], что, в целом, отражает общую динамику необихевиорального подхода с включением в базовую схему механизмов когнитивной оценки и осознания личностной значимости стимула (S—промежуточное звено—R) [4; 21]. Структура стрессового события в этом случае может быть представлена последовательностью элементов: нарушение гомеостаза, осознание связанных со стрессом эмоций и переживаний; когнитивная переработка информации с опорой на сформированный в онтогенезе опыт; реализация совладающего поведения; осознание и оценка результата совладания; новый цикл [24; 25]. Таким образом, в ходе транзактного процесса осуществляется последовательный переход от оценки внешних факторов (угрозы) к внутренним (ресурсы, переживания, когниции) и общей оценке результатов копинг-поведения.

Существуют значимые различия во внешних действиях по изменению самой ситуации и внутренней активности личности, связанной с коррекцией репрезентации и динамикой эмоционального состояния в связи с ней, — внутреннее и внешнее копинг-поведение [1]. Особенности переживания и формирования ВКБ отражают динамику личностных смыслов и отношений как реакцию на стресс в разных контекстах жизнедеятельности. Можно предположить, что в зависимости от соотношения объективной силы и субъективной значимости стрессора на различных этапах совладания с ним, изменения преобладающих копинг-стратегий могут оказаться самостоятельным адаптивным фактором, затрагивающим более глубокие уровни системы личностных смыслов и индивидуальных ценностей здоровья. Для более детального анализа стрессовых ситуаций используются объективные (характеристика ситуации на основании критериев внешней «экспертной» оценки) и субъективные (отражающие субъективную интерпретацию ситуации в контексте особенностей личного жизненного опыта, системы отношений и ценностного сознания) параметры [1].

## **Соотношение механизмов формирования ВКБ и копинг-поведения в соответствии с концептуально-методическими представлениями**

Став фактом сознания, аллопластическая картина болезни подчиняется закономерностям ее субъективного восприятия; при этом болезнь приобретает для пациента свой личностный смысл, опирающийся на опыт проживания собственной жизни в генетическом и историческом аспектах [12; 16]. В зависимости от соотношения относительно объективных и субъективных характеристик стрессового события, а также преморбидных особенностей личности и актуальной системы отношений, вероятно актуализация внутренних конфликтов и противоречий [2; 13]. При этом субъективно негативная оценка эмоционального состояния проецируется больным на качественные характеристики ситуации с игнорированием потенциальных способов совладания с ней («уход в болезнь», невротическое развитие личности, патохарактерологические декомпенсации, инвалидизация, рентные установки и др.). Важно заметить, что по мере нарастания психоэмоционального напряжения происходит усиление негативных переживаний (переход на стадию тревоги и истощения, по Г. Селье) и к первоначальной фрустрированности (в том числе социальной), в связи с дефицитом удовлетворения актуальных потребностей (безопасность, социальный статус, самочувствие, привычный уровень активности и т. п.), добавляются вторичные симптомы, возрастает риск ипохондрического развития личности [1; 2].

Таким образом, последовательные стадии развития совладания со стрессом — от переживания тревоги к резистентности и истощению — являются совокупностью реакций личности в виде неспецифического адаптационного синдрома на психофизиологическом уровне и копинг-поведения со смещением актуальных переживаний от взаимодействия с объективным стрессором к субъективному переживанию собственной несостоятельности, неуверенности, беспомощности [5; 6]. На этапе декомпенсации внутренние негативные переживания могут оказаться сильнее действия первоначального стрессора. В случае заболеваний с выраженной негативной валентностью в виде витальной угрозы, дополнительной социальной фрустрированностью, происходит интра- и интер- психическая дезадаптация личности, «уход в болезнь», «уход от борьбы» [1; 10]. При недостаточной эффективности когнитивно обоснованных действий, направленных на регуляцию эмоций (внутренние факторы) или ситуацию (внешние факторы), может наблюдаться соматизация аффективного напряжения, которая рассматривается как проявление более глубоких уровней психологической защиты [15; 22]. Так, высокий уровень негативных эмоций в сочетании с особым типом ког-

нитивно-аффективной организации влияет на процессы соматизации в психосоматических и соматопсихических соотношениях [22].

С другой стороны, эффективные копинг-стратегии предотвращают личностную фрустрированность и поддерживают актуальность адаптационных транзакций в системе «организм—среда», при этом наблюдается сохранение «контакта» с актуальной ситуацией, и личностная активность в большей степени связана со взаимодействием между внутренними и внешними ресурсами совладания, переживанием опыта преодоления субъективно трудных жизненных событий, обучением и развитием адаптационного потенциала. Во внутренней структуре отношения к заболеванию только гармоничный, эргопатический и анозогнозический типы каузально не связаны с выраженной дезадаптацией в ситуации болезни и указывают на близкое к оптимальному функционирование системы психологических защит и копинг механизмов [7; 10]. Так, гармоничный вариант отношения к заболеванию подразумевает оценку состояния здоровья без преувеличения имеющихся симптомов, но и без недооценки объективной тяжести болезни, наблюдается активное содействие успеху лечения. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания осуществляется переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному. Другие проявления личностного профиля системы отношений к заболеванию связаны либо с внутренней — интрапсихической (развитие аффективно-когнитивных нарушений), либо с внешней — интерпсихической (нарушения личностно-средовых взаимодействий), дезадаптацией. Современное понимание механизмов психосоматических и соматопсихических соотношений и вариантов адаптации представляет психодинамическую сложность гомеостатической системы «личность—среда».

Учитывая отмеченные особенности соотношения внешних (относительно объективных) и внутренних (субъективных) факторов в процессе формирования ВКБ и совладающего со стрессом болезни поведения, можно отметить их специфическое единство в системном взаимодействии в ходе реализации основных этапов адаптации к болезни.

1. На первом этапе происходит распознавание изменений в привычном уровне функционирования с локализацией и объективизацией причины изменений во внутреннем психологическом или телесном пространстве. Начальные симптомы заболевания отражаются в сознании в виде специфических ощущений и аффективных реакций. Реализуются механизмы первичного определения валентности стрессора и степени его угрозы для механизмов гомеостатической регуляции в индивидуально-личностном и социально-психологическом контекстах. Поскольку на ранних стадиях развития болезни ВКБ еще не сформирована, симптомы заболевания не затрагивают глубинные ценностно-смысловые уровни

и могут рассматриваться как «внешние» по отношению к привычному функционированию личности.

2. Второй этап заключается в сопоставлении валентности стрессора, определенной на первом этапе копинг-поведения и уровня адаптационных ресурсов личности. Параметры субъективной оценки болезни в значительной степени определяют представление пациента о роли эмоционального напряжения в связи с заболеванием, его отдельных проявлений и последствий. В этом смысле формирование субъективной модели заболевания соотносится с этапом оценки стрессора [5]. В процессе формирования ВКБ когнитивный анализ завершается «означением» [20] перцептивных стимулов, наделением их личностным смыслом, включением во «внутреннюю» систему отношений, болезнь рассматривается не только как «сочетание неприятных телесных ощущений», но как актуальная ситуация, жизненный опыт, затрагивающий значимые потребности и уровни личностной идентификации («я-здоровый», «я-больной») актуального состояния.

3. Третий этап связан с ориентировкой в проблемной ситуации с распределением внимания между прерванной привычной активностью, уровнем фрустрированности и напряжения, а также когнитивной переработкой стресса и отражает дальнейшие этапы формирования ВКБ. Осуществляется вторичная оценка доступных ресурсов и категоризация значимого события в соотнесении с имеющимся жизненным опытом и ценностно-смысловыми ориентациями [16]. Целостный ответ предполагает выбор соответствующей линии поведения в континууме «внутреннее (отношение к болезни, ВКБ и смыслы здоровья, ресурсы) — внешнее (обращение за помощью, изменение или сохранение привычной активности, поведение в целом)».

4. На четвертом этапе происходит реализация копинг-стратегии (плана лечения) и последующая оценка уровня достигнутой адаптации к болезни и актуальной жизненной ситуации в целом. Этот этап определяется сформированными локусами контроля ситуации, актуализированными ресурсами и уровнем первоначальной фрустрированности значимых потребностей.

## **Выводы**

Динамика формирования ВКБ и реализация копинг-поведения в ситуации болезни взаимосвязаны, что наблюдается при переходе от непосредственного восприятия симптомов к опосредованной когнитивными механизмами интерпертации, к актуализации ценностно-смыслового уровня личности, что, в том числе, отражает динамику объективных и субъективных факторов, составляющих описываемые механизмы.



Индивидуально-личностное представление о развитии заболевания затрагивает личностный смысл и индивидуальную ценность здоровья индивида, смещая активность от соматических и психологически значимых симптомов болезни к поиску внутренних и внешних ресурсов для совладания с ней в соответствии с ее фрустрирующим влиянием на привычное функционирование личности. Изучение данных соотношений представляет интерес в связи с задачами оказания психологической помощи и психопрофилактики психосоматических и соматопсихических расстройств, выбора психотерапевтической тактики, например, в контексте лично-ориентированного реконструктивного подхода с особым вниманием к когнитивно-поведенческим механизмам [13; 19].

Дальнейшее развитие данного направления требует специализированных многомерных психодиагностических исследований, включающих изучение влияния социальных факторов в системе личностной адаптации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Абабков В.А., Перре М.* Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. *Акименко М.А., Вассерман Л.И., Дубинина Е.А., и др.* Научная система В.М. Бехтерева: от психоневрологии к биопсихосоциальной и гуманистической парадигмам в медицине и психологии // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2018. № 1. С 13—16.
3. *Александровский Ю.А.* Пограничные психические расстройства: учеб. пособие. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 2000. 720 с.
4. *Бек А., Раш А., Шо Б., и др.* Когнитивная терапия депрессии: пер. с англ. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
5. *Березин Ф.Б.* Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267 с.
6. *Вассерман Л.И., Березин М.А., Косенков Н.И.* О системном подходе в оценке психической адаптации // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева.* 1994. № 3. С. 16—25.
7. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., и др.* Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. СПб.: Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, 2005. 33 с.
8. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., и др.* Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, 2009. 36 с.
9. *Вассерман Л.И., Трифонова Е.А.* Дискуссионные вопросы концептуализации и методологии исследования качества жизни в медицине // *Сибирский психологический журнал.* 2007. № 26. С. 112—119.

10. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и практика. СПб.: Речь, 2010. 191 с.
11. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Федорова В.Л. Внутренняя картина болезни в структуре качества жизни у больных с соматической патологией // Сибирский психологический журнал. 2008. № 27. С. 67—71.
12. Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Психология отношений: Концепция отношений В.Н. Мясищева и медицинская психология. СПб.: Сенсор, 1999. 85 с.
13. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. СПб.: Питер, 2007. 960 с.
14. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
15. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: пер. с англ. М.: Класс, 2015. 592 с.
16. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1960. 426 с.
17. Мясищев В.Н. Персонология, психология и медицина // Клинико-психологические исследования личности: Материалы симпозиума. (Ленинград, 16—17 декабря 1971 г.). Л., 1971. С. 5—9.
18. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Московский университет, 1987. 168 с.
19. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. М.: Медицина, 1984. 192 с.
20. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. 288 с.
21. Федоров А.П. Когнитивно-поведенческая психотерапия. СПб.: Питер, 2002. 352 с.
22. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2011. 480 с.
23. Чугунов Д.Н. Психологические механизмы формирования концепции болезни и качества жизни у больных соматоформными депрессиями: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 2006. 34 с.
24. Folkman S., Lazarus R.S. Coping as a mediator of emotion // Journal of Personality and Social Psychology. 1988. Vol. 54 (3). P. 466—475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
25. Lazarus R.S. Emotion and adaptation. New York, Oxford: Oxford University Press, 1994. 570 p.
26. Lazarus R. S., Launier R. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt // Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen / R. Nitsch (Hrsg.). Bern: Huber, 1981. P. 213—259
27. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J., et al. Illness representation and coping with health threats // Handbook of Psychology and Health / A. Baum (ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, 1984. P. 219—252.

## RELATIONSHIPS OF SUBJECTIVE AND OBJECTIVE FACTORS IN THE PROCESS OF FORMING THE INTERNAL PICTURE OF THE DISEASE AND COPING BEHAVIOR

L.I. WASSERMAN\*,

St. Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, psy\_labos@inbox.ru

D.N. CHUGUNOV\*\*,

Psychoneurological Health Center № 4, St. Petersburg, Russia, steelpluses@list.ru

O.Yu. Shchelkova\*\*\*,

St. Petersburg State University, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, olga.psy.pu@mail.ru

The paper deals with methodological issues related to the link between the processes of forming the internal picture of the disease and coping behavior in the dynamics of the subjective and objective factors of the psychosocial functioning of the personality. From our point of view, there are significant stages, implying the association of the components of the internal picture of the disease, as well as the personal meaning of health and coping behavior. The variants of their interdependence in the structure of the integral adaptation process are considered, which, in turn, determines the patient's essential understanding and assessment of the quality of life (QOL) in the actual life situation.

### For citation:

Wasserman L.I., Chugunov D.N., Shchelkova O.Yu. Relationships of Subjective and Objective Factors in the Process of Forming the Internal Picture of the Disease and Coping Behavior. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 2, pp. 82–94. doi: 10.17759/cpp.2019270206. (In Russ., abstr. in Engl.).

\* *Wasserman Ludvig Iosifovich*, Doctor in Medicine, Professor, Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Psychological Faculty, St. Petersburg State University; Chief Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychodiagnostics, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: psy\_labos@inbox.ru

\*\* *Chugunov Daniil Nikolaevich*, Ph.D., Medical Psychologist, Psychoneurological Health Center № 4, St. Petersburg, Russia, e-mail: steelpluses@list.ru

\*\*\* *Shchelkova Olga Yurjevna*, Doctor in Psychology, Professor, Acting Chief of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Psychological Faculty, St. Petersburg State University; Senior Researcher, V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg, Russia, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

**Keywords:** internal picture of the disease, the system of personal relations, coping with stress behavior, coping behavior, quality of life.

## REFERENCES

1. Ababkov V.A., Perre M. Adaptatsiya k stressu. Osnovy teorii, diagnostiki, terapii [Adaptation to stress. Foundations of theory, diagnosis, therapy]. Saint Petersburg: Rech', 2004. 166 p.
2. Akimenko M.A., Vasserman L.I., Dubinina E.A., et al. Nauchnaya sistema V.M. Bekhtereva: ot psikhonevrologii k biopsikhosotsial'noi i gumanisticheskoi paradigme v meditsine i psikhologii [V.M. Bekhterev's Scientific System: from Psychoneurology to Biopsychosocial and Humanistic Paradigms in Medicine and Psychology]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 2018, no. 1, pp. 13–16.
3. Aleksandrovskii Yu.A. Pogranichnye psikhicheskie rasstrojstva: Uchebnoe posobie. 3-e izd., pererab. i dop. [Borderline Disorders: Handbook. 3<sup>rd</sup> ed, revised and updated]. Moscow: Meditsina, 2000. 720 p.
4. Beck A., Rush J., Shaw B., et al. Kognitivnaya terapiya depressii [Cognitive therapy of depression]. Saint Petersburg: Piter, 2003. 304 p. (In Russ.).
5. Berezin F.B. Psikhicheskaya i psikhofiziologicheskaya adaptatsiya cheloveka [Mental and psychophysiological human adaptation]. Leningrad: Nauka, 1988. 267 p.
6. Vasserman L.I., Berebin M.A., Kosenkov N.I. O sistemnom podkhode v otsenke psikhicheskoi adaptatsii [On the system approach in the assessment of mental adaptation]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [Review of psychiatry and medical psychology named after V.M. Bekhterev], 1994, no. 3, pp. 16–25.
7. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., et al. Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: posobie dlya vrachei [An improved technique for psychological diagnosis of the attitude towards the disease (TOBOL): Guidelines for medical professionals]. Saint Petersburg: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva, 2005. 33 p.
8. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., i dr. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami: Posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [Psychological diagnostics of coping with stressful and problematic situations: Guidelines for medical professionals and clinical psychologists]. Saint Petersburg: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva, 2009. 36 p.
9. Vasserman L.I., Trifonova E.A. Diskussionnye voprosy kontseptualizatsii i metodologii issledovaniya kachestva zhizni v meditsine [Controversial issues of concepts and methodology in the quality of life research in medicine]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal* [Siberian Journal of Psychology], 2007, no. 26, pp. 112–119.
10. Vasserman L.I., Ababkov V.A., Trifonova E.A. Sovladanie so stressom: teoriya i praktika [Coping with stress: theory and practice]. Saint Petersburg: Rech', 2010. 191 p.
11. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Fedorova V.L. Vnutrennyaya kartina bolezni v strukture kachestva zhizni u bol'nykh s somaticheskoi patologiei [Internal picture

- of the disease in the quality of life structure in patients with somatic pathology]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal [Siberian Journal of Psychology]*, 2008, no. 27, pp. 67–71.
12. Iovlev B.V., Karpova E.B. Psikhologiya otnoshenii: Kontseptsiya otnoshenii V.N. Myasishcheva i meditsinskaya psikhologiya [Psychology of relations: V.N. Myasishchev's concept of relationships and medical psychology]. Saint Petersburg: Sensor, 1999. 85 p.
  13. Karvasarskii B.D. Klinicheskaya psikhologiya [Clinical psychology]. Saint Petersburg: Piter, 2007. 960 p.
  14. Krasnov V.N. Rasstroistva affektivnogo spectra [Affective spectrum disorders]. Moscow: Prakticheskaya meditsina, 2011. 432 p.
  15. McWilliams N. Psikhoanaliticheskaya diagnostika [Psychoanalytic diagnosis]. Moscow: Klass, 2015. 592 p. (In Russ.).
  16. Myasishchev V.N. Lichnost' i nevrozy [Personality and Neuroses]. Leningrad: Leningrad University Publ., 1960. 426 p.
  17. Myasishchev V.N. Personologiya, psikhologiya i meditsina [Personology, psychology and medicine]. *Kliniko-psikhologicheskie issledovaniya lichnosti: Materialy simpoziuma*. (Leningrad, 16–17 dekabrya 1971 g.). [*Clinical-psychological studies of personality: Symposium proceedings*]. Leningrad, 1971, pp. 5–9.
  18. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku [The effect of chronic illness on the psyche]. Moscow: Publ. MGU, 1987. 168 p.
  19. Tashlykov V.A. Psikhologiya lechnogo protsessa [Psychology of the treatment process]. Moscow: Meditsina, 1984. 192 p.
  20. Tkhostov A.Sh. Psikhologiya telesnosti [Psychology of corporeality]. Moscow: Smysl, 2002. 288 p.
  21. Fedorov A.P. Kognitivno-povedencheskaya psikhoterapiya [Cognitive-behavioral psychotherapy]. Saint Petersburg: Piter, 2002. 352 p.
  22. Kholmogorova A.B. Integrativnaya psikhoterapiya rasstroistv affektivnogo spectra [Integrative psychotherapy of affective spectrum disorders]. Moscow: Medpraktika-M, 2011. 480 p.
  23. Chugunov D.N. Psikhologicheskie mekhanizmy formirovaniya kontseptsii bolezni i kachestva zhizni u bol'nykh somatoformnymi depressiyami: Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [Psychological mechanisms of formation of the concept of disease and the quality of life in patients with somatoform depression. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Saint Petersburg, 2006. 34 p.
  24. Folkman S., Lazarus R.S. Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988. Vol. 54 (3), pp. 466–475. doi:10.1037/0022-3514.54.3.466
  25. Lazarus R.S. Emotion and adaptation. New York, Oxford: Oxford University Press, 1991. 570 p.
  26. Lazarus R.S., Launier R. Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In Nitsch R. (Hrsg.). *Stress: Theorien, Untersuchungen, Massnahmen*. Bern: Huber, 1981, p. 213–259.
  27. Leventhal H., Nerenz D.R., Steele D.J., et al. Illness representation and coping with health threats. In Baum A. (ed.). *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1984, pp. 219–252.