

REFERENCES

1. *Aljohin A. N., Trifonova E. A., Lebedev D. S., Mihajlov E. N.* Psihologicheskie problemy v aritmologii (na modeli fibrilljatsii predserdij) // Vestnik aritmologii. 2011. № 63. S. 45–54.
2. *Aljohin A. N., Chumakova I. O., Trifonova E. A., Lebedev D. S., Mihajlov E. N.* Klinicheskie faktory formirovaniya odnoshenija k bolezni u patsientov s fibrilljatsiej predserdij // Psihologicheskie issledovanija: Elektron. nauchn. zhurn. 2011. № 5. [Elektronnyj resurs] <http://psystudy.ru/index.php/component/content/article/54-n5-19/550-alekhin-et-al19.html?directory=82>
3. *Bazhin E. F., Golyunkina E. A., Etkind A. M.* Metod issledovanija urovnja subjektivnogo kontrolja // Psihologicheskij zhurnal. 1984. T. 5. № 3. S. 152–162.
4. *Bizjuk A. P., Vasserman L. I., Iovlev B. V.* Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT): Metodicheskie rekomendatsii. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2003. 23 s.
5. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova Je. B., Vuks A. Ja.* Psihologicheskaja diagnostika odnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
6. *Voznjuk O. A.* Trevozhno-depressivnye rasstrojstva u bol'nyh s narushenijami ritma serdtsa // Vestnik OGU. 2006. № 12. S. 166–170.
7. *Kabanova N. V., Jasnogor L. A.* K voprosu o premedikatsii: komponenty, kriterii adekvatnosti (obzor literatury) // Meditsina neotlozhnyh sostojanij. 2011. № 4. S. 19–25.
8. *Kondrashin S. A., Tsaregorodtsev D. A., Vasjukov S. S.* Interventsionnye metody lechenija narushenij ritma // Meditsinskij alfavit. Radiologija. 2009. № 2. S. 21–23.
9. *Kuznetsov O. N., Aljohin A. N., Samohina T. V., Moiseeva N. I.* Metodicheskie podhody k issledovaniju chuvstva vremeni u cheloveka // Voprosy psihologii. 1985. № 4. S. 140–144.
10. *Lebedeva U. V., Lebedev D. S.* Psihologicheskie aspekty i kachestvo zhizni patsientov pri hirurgheskom lechenii aritmij // Vestnik aritmologii. 2005. № 38. S. 23–28.
11. *Rashbaeva G. S.* Pokazaniya i rezul'taty hirurgheskogo lechenija izolirovannyh nadzheludochkovykh tahiaritmij v uslovijah «otkrytogo» serdtsa, v tom chisle posle ih nejeffektivnogo intervencionnogo ustraneniya: Avtoref. dis. ... kand. med. nauk, 2011.
12. *Sobchik L. N.* Metod cvetovyh vyborov — modifikatsija vos'mitsvetovogo testa Ljushera: Prakticheskoe rukovodstvo. SPb.: Rech', 2010. 128 s.
13. *Shkol'nikova M. A., Shubik Ju. V., Shal'nova S. A., Shkol'nikov V. M., Vaupel' D.* Serdechnye aritmii u lic pozhilogo vozrasta i ih assotsiatsija s harakteristikami zdorov'ja i smertnost'ju // Vestnik aritmologii. 2007. № 49. S. 5–13.
14. *Aalouane R., Rammouz I., Tahiri-Alaoui D., Elrhazi K., Boujraf S.* Determining factors of anxiety in patients at the preoperative stage // Neurosciences (Riyadh). 2011. 16(2). P. 146–9.

Н. П. Долганова

СТРЕСС-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ ЛИЦ С ПОВЫШЕННЫМ КАРДИОМЕТАБОЛИЧЕСКИМ РИСКОМ

В проведенном исследовании раскрываются особенности стресс-совладающего поведения у лиц с разным уровнем кардиометаболического риска. По результатам обследования 98 респондентов (42 мужчины и 56 женщин в возрасте 20–62 лет) с применением методов медицинского обследования, клинико-психологических методов (беседа, наблюдение) и опросников «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (опросник CISS) и «Стратегии совладающего поведения» было выявлено, что пациенты с кардиометаболическими нарушениями используют неэффективные копинг-стратегии, которые оказывают влияние на образ жизни, что указывает на необходимость психологической коррекции когнитивных и поведенческих паттернов у лиц с повышенным кардиометаболическим риском.

Ключевые слова: метаболический синдром, кардиометаболический риск, стресс, адаптация, копинг-стратегии, образ жизни.

Coping Behavior of Persons with an Increased Cardio Metabolic Risk

The study reveals the characteristics of coping behavior of persons with different degree of cardio metabolic risk. Ninety eight respondents (42 men and 56 women at the age of 20–62 years) were screened with application of medical examinations, interview, «Coping inventory for stressful situations» and «Ways of Coping Questionnaire». It was found that persons with cardio metabolic abnormalities use inefficient coping-strategies which influence the style of life and health behavior. This indicates the need for psychological correction of cognitive and behavioural patterns in persons with increased cardiometabolic risk.

Keywords: metabolic syndrome, cardiometabolic risk, stress, adaptation, coping strategies, life-style.

Сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной инвалидизации и смертности во всем мире. По данным экспертов ВОЗ, в 2008 году от расстройств системы кровообращения умерло 17,3 миллиона человек, что составило 30% всех случаев смерти. Ожидается, что к 2030 году заболевания этой группы станут единственными основными причинами смерти [2]. Не менее актуальной проблемой является и возрастающая распространенность сахарного диабета 2-го типа: по прогнозам ВОЗ, в ближайшие 20 лет число страдающих сахарным диабетом увеличится на 122% [2].

В последние десятилетия особое внимание в связи с проблемой профилактики указанных расстройств уделяется их неспецифическому фактору риска — метаболическому (кардиометаболическому) синдрому (МС). МС представляет собой комплекс патогенетически связанных нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, чувствительности тканей к инсулину, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии [8; 9]. Среди трудоспособного населения МС выявляется у 15–25%, при этом в ближайшие десятилетия ожидается прирост метаболических нарушений в среднем на 70% [6].

В исследованиях показано, что риск формирования МС в значительной мере определяется наследственной предрасположенностью и некоторыми особенностями обменных процессов [5]. В то же время су-

щественная роль отводится поведенческим характеристикам, связанным с образом жизни («вредным» пищевым привычкам, гиподинамией, курению, злоупотреблению алкоголем, нарушению режима сна — бодрствования и др.) [12; 16; 17]. Многие исследователи, подчёркивая психосоматический аспект МС, называют его «болезнью западного образа жизни», при этом самостоятельная роль отводится стрессу, обусловленному высоким темпом жизни, конкурентностью отношений, социально-экономической нестабильностью и так далее [3; 10; 15].

В связи с этим особого внимания заслуживает роль стресс-преодолевающего поведения в формировании образа жизни и кардиометаболического риска, что определило **цель** настоящего исследования: оценку стиля совладания со стрессом и связанное со здоровьем поведение у лиц с разной степенью выраженности кардиометаболических отклонений.

В рамках медико-психологического исследования, проводимого на базе отделения эпидемиологии артериальной гипертензии Федерального центра сердца, крови и эндокринологии им. В. А. Алмазова, было обследовано 98 человек в возрасте 20–62 лет (42 мужчины и 56 женщин). Исследование проводилось в рамках скрининговой программы среди случайной выборки лиц — жителей Санкт-Петербурга, добровольно согласившихся на участие в скрининге.

Респонденты проходили ряд медицинских обследований, направленных на оценку компонентов МС: измерение артериального давления и окружности талии, биохимический анализ крови (уровень глюкозы, триглицеридов, липопротеидов высокой плотности).

При диагностике МС использовались критерии, предложенные International Diabetes Federation, National Heart, Lung, and Blood Institute, World Heart Federation, International Atherosclerosis Society и American Heart Association в 2009 г. [5]. Согласно указанным рекомендациям, для установления МС необходимо соответствие кардиометаболических параметров трем из пяти критериев: увеличенная окружность талии (абдоминально-висцеральное ожирение), повышенный уровень триглицеридов; пониженная концентрация липопротеидов высокой плотности; артериальная гипертензия; гипергликемия натощак или диагностированный сахарный диабет 2-го типа.

Все обследованные по критерию степени выраженности кардиометаболических нарушений были объединены в три группы: 1-я группа — с МС (МС, 40 человек, или 41%: 20 мужчин, 20 женщин, средний возраст — $46,3 \pm 10,4$ лет); 2-я группа — без сформированного МС, но с отдельными кардиометаболическими нарушениями (ОКН, 42 человека, или 43%: 13 мужчин, 29 женщин, средний возраст — $47,7 \pm 10,8$ лет); 3-я группа — условно здоровые, без кардиометаболических нарушений (УЗ, 16 человек, или 16%: 9 мужчин, 7 женщин, средний возраст — $45,0 \pm 10,8$ лет). Группы были сбалансированы по возрасту и половому составу.

Для анализа стресс-совладающего поведения респондентов использовались следующие методы и методики: беседа, анкета

(направленная на выявление особенностей образа жизни, а также отношения к здоровью), опросник «Стратегии совладающего поведения» (R. Lazarus, S. Folkman) [1], опросник «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (Endler N. S., Parker J.) [4; 14].

При математико-статистическом анализе данных использовались описательные статистики, а также непараметрический критерий Манна-Уитни, критерий Хи-квадрат, коэффициент корреляции Пирсона.

Анализ анкет показал некоторые особенности образа жизни среди респондентов трёх групп (табл. 1).

Как следует из приведенных данных, наиболее существенные различия между группами с разным уровнем кардиометаболического риска связаны с наличием нарушений сна (более типичными для лиц с кардиометаболическими нарушениями). Среди условно здоровых респондентов, регулярно употребляющих алкогольные напитки, обнаружилось больше, чем среди представителей двух других групп.

Результаты сравнения показателей, характеризующих предпочитаемые стратегии совладания со стрессом (по опроснику Lazarus, Folkman) в трех группах, представлены в табл. 2.

Стратегии конфронтации и дистанцирования встречались достоверно чаще в группе ОКН по сравнению с группой УЗ. Копинг «бегство/избегание» используется достоверно чаще представителями группы ОКН по сравнению с группой МС и группой УЗ. Следует отметить, что принятие ответственности и планирование в большей степени характерно для респондентов с МС.

Результаты сравнения доминирующей направленности копинга (по опроснику Endler, Parker) в трех группах представлены в табл. 3.

Особенности образа жизни респондентов с различным уровнем кардиометаболического риска (по результатам самоотчёта)

<i>Особенности образа жизни</i>	<i>МС, чел./ %</i>	<i>ОКН, чел./ %</i>	<i>УЗ, чел./ %</i>	<i>Достоверность различий</i>
Не удовлетворены состоянием своего здоровья	24/60,0	29/69,0	6/37,5	$p_{МС/ОКН}=0,395$ $p_{ОКН/УЗ}=0,030$ $p_{МС/УЗ}=0,131$
Регулярно употребляют пищу, приносящую вред здоровью (высококалорийную, жирную, острую и пр.)	25/62,5	23/54,8	7/43,7	$p_{МС/ОКН}=0,480$ $p_{ОКН/УЗ}=0,457$ $p_{МС/УЗ}=0,204$
Ограничивают себя в еде	22/55,0	22/52,4	9/56,3	$p_{МС/ОКН}=0,813$ $p_{ОКН/УЗ}=0,794$ $p_{МС/УЗ,3}=0,933$
Предъявляют жалобы на нарушение сна	24/60,0	24/57,1	3/18,7	$p_{МС/ОКН}=0,794$ $p_{ОКН/УЗ}=0,009$ $p_{МС/УЗ}=0,006$
Регулярно употребляют алкоголь	6/15,0	4/9,5	6/37,5	$p_{МС/ОКН}=0,452$ $p_{ОКН/УЗ}=0,012$ $p_{МС/УЗ}=0,050$
Курят	10/25,0	11/26,2	6/37,5	$p_{МС/ОКН}=0,902$ $p_{ОКН/УЗ}=0,402$ $p_{МС/УЗ}=0,354$
Ежедневно проводят больше 5 ч за компьютером/ТВ	30/75,0	28/66,7	12/75,0	$p_{МС/ОКН}=0,410$ $p_{ОКН/УЗ}=0,543$ $p_{МС/УЗ}=1,000$
Не занимаются спортом, избегают физической активности	25/62,5	28/66,7	11/68,7	$p_{МС/ОКН}=0,695$ $p_{ОКН/УЗ}=0,881$ $p_{МС/УЗ}=0,662$
Пренебрегают консультацией врача при недомогании	32/80,0	38/90,5	13/81,2	$p_{МС/ОКН}=0,182$ $p_{ОКН/УЗ}=0,339$ $p_{МС/УЗ}=0,916$
Считают, что недостаточно следят за здоровьем	20/50,0	24/57,1	6/37,5	$p_{МС/ОКН}=0,519$ $p_{ОКН/УЗ}=0,185$ $p_{МС/УЗ}=0,401$

Примечание: МС — группа респондентов с диагностированным метаболическим синдромом; ОКН — группа респондентов с отдельными кардиометаболическими нарушениями; УЗ — группа условно здоровых респондентов.

Таблица 2

Копинг-стратегии пациентов с различным уровнем кардиометаболического риска

Копинг-стратегии	МС (средний ранг)	ОКН (средний ранг)	УЗ (средний ранг)	Достоверность различий
Конфронтация	49,5	55,9	35,1	$p_{МС/ОКН}=0,202$ $p_{ОКН/УЗ}=0,020$ $p_{МС/УЗ}=0,081$
Дистанцирование	48,4	54,7	38,5	$p_{МС/ОКН}=0,350$ $p_{ОКН/УЗ}=0,037$ $p_{МС/УЗ}=0,308$
Самоконтроль	55,3	47	41,6	$p_{МС/ОКН}=0,204$ $p_{ОКН/УЗ}=0,570$ $p_{МС/УЗ}=0,087$
Поиск социальной поддержки	54,3	48,1	41,2	$p_{МС/ОКН}=0,375$ $p_{ОКН/УЗ}=0,508$ $p_{МС/УЗ}=0,086$
Принятие ответственности	56,9	46	40,4	$p_{МС/ОКН}=0,080$ $p_{ОКН/УЗ}=0,489$ $p_{МС/УЗ}=0,054$
Бегство/избегание	43,6	59,5	38	$p_{МС/ОКН}=0,010$ $p_{ОКН/УЗ}=0,013$ $p_{МС/УЗ}=0,462$
Планирование решения проблемы	56,9	46,1	39,9	$p_{МС/ОКН}=0,092$ $p_{ОКН/УЗ}=0,480$ $p_{МС/УЗ}=0,040$
Переоценка	52,3	51	38,4	$p_{МС/ОКН}=0,863$ $p_{ОКН/УЗ}=0,145$ $p_{МС/УЗ}=0,086$

Примечание: МС — группа респондентов с диагностированным метаболическим синдромом; ОКН — группа респондентов с отдельными кардиометаболическими нарушениями; УЗ — группа условно здоровых респондентов.

Таблица 3

Направленность копинга респондентов с различным уровнем кардиометаболического риска

Копинг-стратегии	МС (средний ранг)	ОКН (средний ранг)	УЗ (средний ранг)	Достоверность различий
Направленность на решение	46,5	46,4	65	$p_{МС/ОКН}=0,970$ $p_{ОКН/УЗ}=0,019$ $p_{МС/УЗ}=0,036$
Направленность на эмоции	45,3	55	45,8	$p_{МС/ОКН}=0,135$ $p_{ОКН/УЗ}=0,239$ $p_{МС/УЗ}=0,877$
Направленность на избегание	57,7	43	46,2	$p_{МС/ОКН}=0,023$ $p_{ОКН/УЗ}=0,619$ $p_{МС/УЗ}=0,136$

Примечание: МС — группа респондентов с диагностированным метаболическим синдромом; ОКН — группа респондентов с отдельными кардиометаболическими нарушениями; УЗ — группа условно здоровых респондентов.

У респондентов с МС по сравнению с респондентами двух других групп достоверно более выражен копинг, направленный на избегание проблемы. Условно здоровых респондентов отличало преобладание в стрессовых ситуациях усилий, направленных на разрешение проблемы.

При анализе взаимосвязей между характером стресс-преодолевающего поведения и образом жизни было установлено, что предпочтение стратегии избегания связано с субъективной оценкой недостаточности внимания, уделяемого здоровью ($r=0,30$, $p=0,003$). Предпочтение копинга, направленного на эмоции, связано с более частым употреблением пищи, наносящей вред здоровью ($r = 0,25$, $p = 0,01$). Более редкое использование копинг-стратегий, направленных на решение проблемы, связано с пренебрежением консультацией врача при недомогании ($r = -0,22$, $p = 0,03$).

Настоящее исследование было направлено на определение особенностей стресс-преодолевающего у лиц с повышенным кардиометаболическим риском. Предполагалось, что стиль поведения в стрессовых ситуациях играет существенную роль в формировании образа жизни, а также может определять риск стрессогенных нейроэндокринных изменений и, как следствие, вероятность кардиометаболических расстройств.

В исследовании была установлена значительная представленность поведенческих факторов кардиометаболического риска и несформированности мотивации на поддержание здорового образа жизни у значительной части обследованных, что согласуется с результатами других исследований [7]. Большая часть всех опрошенных респондентов свободное время проводит, просматривая ТВ-передачи или сидя за компьютером. Более половины не занимаются спортом и оздоровительными процедурами, избегают физических нагрузок, ведут малоподвижный образ жизни, при недомогании или начале какого-либо заболевания сначала

пытаются лечиться сами, обращаются к врачу только в «крайнем случае».

По результатам самоотчетов, респонденты с донозологическими кардиометаболическими отклонениями, в отличие от условно здоровых, не удовлетворены состоянием своего здоровья, чувствуют себя «больными», что, вероятно, связано с объективными проявлениями нарушений здоровья [5; 7]. Более типичными для лиц с повышенным кардиометаболическим риском также оказались разнообразные нарушения сна (трудности засыпания, недостаточная продолжительность сна, ощущение «разбитости» по утрам), что согласуется с результатами других исследований [7; 11].

Представляется интересным тот факт, что среди группы условно здоровых, регулярно употребляющих алкогольные напитки обнаружилось больше, чем среди респондентов двух других групп. Возможно, данный результат связан с беспокойством о состоянии своего здоровья лиц с кардиометаболическими нарушениями. С другой стороны, в данном случае нельзя исключить мотивационные искажения, обусловленные попыткой респондентов преуменьшить роль своего образа жизни в формировании нарушений здоровья.

В отношении стресс-совладающего поведения результаты исследования позволили установить, что наибольшей специфичностью обладает стиль совладания со стрессом у лиц с отдельными кардиометаболическими отклонениями. Для них более характерно использование фактически полярных стратегий: конфронтации и дистанцирования. В стрессовых ситуациях представители данной группы проявляют импульсивность, конфликтность, обнаруживают трудности планирования действий, прогнозирования их результата либо, напротив, стремление снизить субъективную значимость проблемной ситуации за счёт рационализации, обесценивания, переключения внимания. Подобный стиль совладания со стрессом, по-видимому, свидетельст-

вует о тенденции к «крайним» вариантам реагирования в трудных жизненных ситуациях, связанным с малоконтролируемым поведенческим реагированием либо с полным отстранением от проблемы. Данные особенности могут лежать в основе нарушений эмоциональной и поведенческой саморегуляции и, как следствие, в формировании предпосылок для стрессогенных нейроэндокринных сдвигов, а также «нездорового» образа жизни.

Об этом свидетельствует и предпочтение лицами с отдельными нарушениями здоровья стратегии избегания — игнорирования проблемы, включая попытки снижения эмоционального напряжения за счет переключения, табакокурения, пассивного отвлечения и т. д. Многими авторами данные стратегии стресс-совладающего поведения рассматриваются как неадаптивные и приводящие к нарушению адаптации [4; 13; 18].

Следует отметить, что определенная противоречивость в стресс-преодолевающем поведении характерна и для лиц с диагностированным МС. У них выраженная тенденция к избеганию (к уклонению от проблемы) сочетается с частым использованием стратегии планирования. Можно предположить, что такой стиль совладания является результатом неустойчивых попыток изменения образа жизни в связи с осознанием болезненности своего состояния и непродуктивности реализуемых поведенческих стратегий.

В исследовании были выявлены взаимосвязи между отдельными характеристиками образа жизни и стресс-совладающим поведением. Так, респонденты, стремящиеся избегать проблемных ситуаций, не принимать ответственность на себя, высказывают мнение о том, что они недостаточно следят за своим здоровьем, что может свидетельствовать об адекватной самооценке собственных усилий в отношении сохранения здоровья. Взаимосвязь копинга, направленного на

эмоции, и предпочтения «вредной» пищи свидетельствует в пользу наличия эмоционального стиля питания, предполагающего использование пищи как средства снижения эмоционального напряжения. Отрицательная корреляция, выявленная между копингом, направленным на решение проблемы, и пренебрежением консультацией врача при недомогании, подтверждает значение активной позиции и готовности личности к конструктивному преодолению трудностей в сохранении и поддержании здоровья.

Полученные данные позволяют сделать вывод о том, что риск кардиометаболических нарушений связан с выраженностью разнонаправленных тенденций в стиле стресс-преодолевающего поведения. В частности, для лиц с донологическими нарушениями здоровья типичны трудности планирования проблемно-разрешающих действий, сочетание ориентированности на активное сопротивление проблеме с тенденцией к её игнорированию или к обесцениванию. При сформированном МС ориентированность на планирование решения проблемы сочетается с тенденцией к уклонению от реальных проблемно-разрешающих действий. Данные особенности могут приводить к хроническому эмоциональному напряжению (в связи с недостаточной продуктивностью стресс-преодолевающих действий), а также к формированию устойчивых дезадаптивных способов «быстрого» восстановления эмоционального равновесия (переедание, табакокурение, пассивный отдых и т. д.). Такой стиль поведения может способствовать ухудшению состояния здоровья, в частности, к развитию дальнейших метаболических нарушений, к снижению качества жизни. В связи с этим необходима разработка комплексных медико-психологических программ, направленных на оптимизацию стиля совладания со стрессом у лиц с риском кардиометаболических нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А.* Совладание со стрессом: теория и психодиагностика: Учебно-методическое пособие. СПб.: Речь, 2010. 192 с.
2. Всемирная организация здравоохранения [Эл. ресурс] // [сайт. 2012] URL: <http://www.who.int/> (1.10.2012).
3. *Дальке Р.* Проблемы веса. СПб.: ИГ «Весь», 2009. 240 с.
4. *Крюкова Т. Л.* Психология совладающего поведения. Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2004. 343 с.
5. *Маколкин В. И.* Метаболический синдром. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. 144 с.
6. *Мамедов М. Н., Оганов Р. Г.* Эпидемиологические аспекты метаболического синдрома // Кардиология. 2004. № 9(44). С. 4–8.
7. Мультидисциплинарный взгляд на метаболический синдром: Сборник тезисов науч.-практ. конф. СПб.: ФГБУ «Президентская библиотека им. Б. Н. Ельцина», 2012. 103 с.
8. *Оганов Р. Г.* Сочетание компонентов метаболического синдрома связано с высоким риском атеросклеротических заболеваний // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 1. С. 56–59.
9. Реабилитация и вторичная профилактика в кардиологии: Материалы VIII юбилейной российск. научн. конф. М.: Компания Медиком, 2009. 240 с.
10. *Хаустова Е. А.* Психосоматический подход к болезням цивилизации (на примере метаболического синдрома X) [Эл. ресурс] // Новости медицины и фармации: неврология и психиатрия (тематический номер) [сайт. 2007] URL: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-5111/article-5122/> (8.10.2012).
11. *Чазова И. Е., Литвин А. Ю., Галяви Р. А.* Обструктивное апноэ сна и метаболический синдром // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2004. № 6. С. 97–104.
12. *Шилов А. М., Авишалумов А. Ш., Марковский В. Б., Синицина Е. Н., Танаева Е. Г., Балтаева Р. У.* Факторы риска сердечно-сосудистых осложнений у пациентов с избыточной массой тела, сочетающейся с артериальной гипертензией, и их коррекция [Эл. ресурс] // РМЖ (Русский медицинский журнал) независимое издание для практикующих врачей [сайт. 2006] URL: http://www.rmj.ru/articles_7580.htm (8.05.2011).
13. *Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A., Ward K.* Hostility, stress, coping, and serum lipid levels // The Gerontologist. 1994. V. 34. P. 333.
14. *Endler N. S., Parker J. D. A.* Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1990.
15. *Goldbacher E. M., Matthews K. A.* Are psychological characteristics related to risk of the metabolic syndrome? A review of the literature // Ann. Behav. Med. 2007. Vol. 34. № 3. P. 240–252.
16. *Mommersteeg P. M., Kupper N., Denollet J.* Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample. [Эл. ресурс] // BMC Public Health URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/714> (дата обращения: 9.05.2011).
17. *Roehrig M., Masheb R. M., White M. A., Grilo C. M.* The Metabolic Syndrome and Behavioral Correlates in Obese Patients With Binge Eating Disorder // Obesity (Silver Spring) 2009. V. 17(3). P. 481–486.
18. *Yancura L. A., Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A.* 3rd. Coping, affect, and the metabolic syndrome in older men: how does coping get under the skin? // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 2006. Vol. 61. № 5. P. 295–303.

REFERENCES

1. *Vasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A.* Sovladanie so stressom: teorija i psihodiagnostika: Uchebno-metodicheskoe posobie. SPb.: Rech', 2010. 192 s.
2. Vsemirnaja organizatsija zdravoohranenija [El. resurs] // [sajt. 2012] URL: <http://www.who.int/> (1.10.2012).
3. *Dal'ke R.* Problemy vesa. SPb.: IG «Ves'», 2009. 240 s.

4. Krjukova T. L. Psihologija sovladajuwegu povedenija. Kostroma: KGU im. N. A. Nekrasova, 2004. 343 c.
5. Makolkin V. I. Metabolicheskiy sindrom. M.: ООО «Meditsinskoe informatsionnoe agentstvo», 2010. 144 s.
6. Mamedov M. N., Oganov R. G. Epidemiologicheskie aspekty metabolicheskogo sindroma // Kardiologija 2004. № 9(44). S. 4–8.
7. Mul'tidistsiplinarnyj vzgljad na metabolicheskiy sindrom: Sbornik tezisov nauch.-prakt. konf. SPb.: FGBU «Prezidentskaja biblioteka im. B. N. El'ysina», 2012. 103 s.
8. Oganov R. G. Sochetanie komponentov metabolicheskogo sindroma svjazanoje s vysokim riskom ateroskleroticheskikh zabolevanij // Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. 2004. № 1. S. 56–59.
9. Reabilitatsija i vtorichnaja profilaktika v kardiologii : materialy VIII jubil. ros. nauch. konf. M. : Kompanija Medikom, 2009. 240 s.
10. Haustova E. A. Psihosomaticeskij podhod k boleznjam tsivilizacii (na primere metabolicheskogo sindroma X) [El. resurs] // Novosti mediciny i farmatsii: nevrologija i psihiatrija (tematicheskij nomer) [sajt. 2007] URL: <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-5111/article-5122/> (8.10.2012).
11. Chazova I. E., Litvin A. Ju., Galjavi R. A. Obstruktivnoe apnoje sna i metabolicheskiy sindrom // Kardiovaskuljarnaja terapija i profilaktika. 2004. № 6. S. 97–104.
12. Shilov A. M., Avshalumov A. Sh., Markovskij V. B., Sinitsina E. N., Tanaeva E. G., Baltaeva R. U. Faktory riska serdechno-sosudistykh oslozhnenij u patsientov s izbytočnoj massoj tela, sochetajushchejsja s arterial'noj gipertenziej, i ih korrektsija [jel.resurs] // RMZH (Russkij meditsinskij zhurnal) nezavisimoe izdanie dlja praktikujushchih vrachej [sajt. 2006] URL: http://www.rmj.ru/articles_7580.htm (8.05.2011).
13. Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A., Ward K. Hostility, stress, coping, and serum lipid levels // The Gerontologist. 1994. V. 34. P. 333.
14. Endler N. S., Parker J. D. A. Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, 1990.
15. Goldbacher E. M., Matthews K. A. Are psychological characteristics related to risk of the metabolic syndrome? A review of the literature // Ann. Behav. Med. 2007. Vol. 34. № 3. P. 240–252.
16. Mommersteeg P. M., Kupper N., Denollet J. Type D personality is associated with increased metabolic syndrome prevalence and an unhealthy lifestyle in a cross-sectional Dutch community sample. [Эл. ресурс] // BMC Public Health URL: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/10/714>
17. Roehrig M., Masheb R. M., White M. A., Grilo C. M. The Metabolic Syndrome and Behavioral Correlates in Obese Patients With Binge Eating Disorder // Obesity (Silver Spring). 2009. V. 17(3) P. 481–486.
18. Yancura L. A., Aldwin C. M., Levenson M. R., Spiro A. 3rd. Coping, affect, and the metabolic syndrome in older men: how does coping get under the skin? // J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc. Sci. 2006. Vol. 61, № 5. P. 295–303.

Л. Р. Кадис

СИТУАЦИОННЫЕ ПСИХОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ В УСЛОВИЯХ СОЦИАЛЬНОЙ ИЗОЛЯЦИИ У ПОДРОСТКОВ

Приведены результаты эмпирического исследования ситуационных психогенных реакций в условиях социальной изоляции у несовершеннолетних. Анализируются тревожно-депрессивные проявления и нарушения поведения у психически здоровых подростков, интернированных в Центр временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей ГУ МВД России по Санкт-Петербургу и Ленинградской области (ЛЮ).

Ключевые слова: ситуационные психогенные реакции, депрессивные проявления, тревога, нарушения поведения, подростки, социальная изоляция.