

П. М. Ларионов

ДИСФУНКЦИОНАЛЬНАЯ КОГНИТИВНАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ И ТИП ПОВЕДЕНИЯ А КАК ФАКТОРЫ РИСКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Исследование направлено на изучение дисфункциональной когнитивной регуляции эмоций (РЭ) и типа поведения А (ТПА) как факторов риска развития дистресса, депрессии, тревоги и соматизации. В исследовании приняло участие 90 молодых лиц женского пола. Выявлено, что лица с ТПА характеризуются более высоким уровнем дистресса и тревоги по сравнению с лицами с типами поведения АБ и Б. Спешка и соперничество являются предикторами дистресса, тревоги и депрессии. Фактором риска дистресса и депрессии является частое использование неадаптивных стратегий РЭ, а в качестве защитного фактора выступает частое использование адаптивных стратегий РЭ. Соперничество связано с ростом использования неадаптивных стратегий РЭ, что приводит к развитию дистресса у молодых лиц женского пола.

Ключевые слова: когнитивная регуляция эмоций, тип поведения А, дистресс, депрессия, тревога, соматизация, фактор риска.

P. Larionov

DYSFUNCTIONAL COGNITIVE EMOTION REGULATION AND TYPE A BEHAVIOUR PATTERN AS RISK FACTORS FOR PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS

The article presents the results of a research aimed at studying dysfunctional cognitive emotion regulation (ER) and type A behaviour pattern (TABP) as risk factors for the development of distress, depression, anxiety, and somatisation. The study sample included 90 young women. Individuals with TABP were found to have a higher level of distress and anxiety compared to individuals with type AB and B behaviour pattern. Haste and competitiveness are predictors of distress, anxiety, and depression. Frequent use of maladaptive cognitive ER strategies is a risk factor for distress and depression, while the frequent use of adaptive cognitive ER strategies serves as a protective factor. Competitiveness is associated with an increase in the use of maladaptive cognitive ER strategies leading to the development of distress in young females.

Keywords: cognitive emotion regulation, type A behaviour pattern, distress, depression, anxiety, somatisation, risk factor.

Введение

Особенности жизни современного мира, обязывающего и требующего от человека быть лучше, сильнее и успешнее во всех областях жизни [8], сказываются на состоянии психического здоровья не только взрослого населения, но и подрастающего поколения. В последнее время в Российской

Федерации наблюдается интенсивный рост психических расстройств у детей и подростков, а по данным социологического опроса, проведенного в Волгоградской области в 2018 году, около 40 % взрослого населения имеет признаки тревоги, депрессии и невроза [19]. С целью изучения психологических факторов, связанных с этио-

патогенезом этих и других нарушений психической природы, с позиции системной концепции психической адаптации и дезадаптации исследователи направляют свое внимание на изучение когнитивных процессов, связанных с регуляцией эмоций (РЭ) во время совладания со стрессовыми ситуациями [20]. РЭ — это система осознаваемых и неосознаваемых психических процессов управления эмоциональным опытом [10]. В норме протекание процессов РЭ способствует сохранению продуктивной деятельности и обеспечивает оптимальную адаптацию организма [11]. Дисфункциональная РЭ связана с трудностями управления эмоциями, чрезмерной эмоциональной неустойчивостью, слабой дифференцированностью эмоций [12], а также с затруднениями в когнитивном контроле эмоций [17]. Когнитивная обработка информации о трудной ситуации (когнитивный копинг) предшествует совладающему поведению, но не всегда к нему приводит [13; 36]. Следует подчеркнуть, что когнитивный копинг предполагает изучение когнитивных стратегий в процессе копинга при разграничении когнитивных и поведенческих стратегий совладания с трудностями. Понятие «когнитивный копинг» включает в себя лишь когнитивные стратегии обработки эмоциональной негативно-окрашенной информации в трудных ситуациях [36]. Изучение когнитивного копинга в рамках РЭ позволяет выделить те стратегии, которые не способствуют психологической адаптации и могут быть связаны с риском формирования психических расстройств. Для исследования когнитивного копинга во всем мире широко используется «Опросник когнитивной регуляции эмоций» (ОКРЭ), разработанный в Нидерландах Н. Гарнефски с соавторами [26] и адаптированный в Российской Федерации Е. И. Рассказовой, А. Б. Леоновой и И. В. Плужниковым в 2011 году [13]. ОКРЭ позволяет оценить частоту использования 9 когнитивных стратегий РЭ, среди которых присутствуют как адаптивные (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование

на планировании, позитивная переоценка и рассмотрение в перспективе), так и неадаптивные стратегии РЭ (самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других). Использование неадаптивных стратегий РЭ «самообвинение», «руминация» и «катастрофизация» у мужчин и женщин связано с более высокими показателями депрессии, в то время как адаптивная стратегия «позитивная переоценка» связана с более низким уровнем депрессии [28]. Подобная картина наблюдалась у подростков при исследовании депрессивной симптоматики, особо сильными предикторами которой являлись стратегии «руминация» и «катастрофизация» [27]. Эти две стратегии сильно связаны не только с депрессией, но и с тревогой и враждебностью у подростков [25]. Адаптивные стратегии когнитивной РЭ — фокусирование на планировании и позитивная переоценка — отрицательно коррелируют с тревожно-депрессивной симптоматикой, соматизацией и поведенческими проблемами антисоциального характера у молодых лиц [33].

Требования современного мира, предъявляемые человеку, оказывают влияние не только на приспособление личности к изменяющимся условиям, но и сами по себе способствуют формированию у личности особых характеризующихся дисфункциональным характером комплексов личностных и поведенческих особенностей, среди которых можно выделить тип поведения А (ТПА). Среди личностных особенностей представителей ТПА выделяют: враждебность, раздражительность, нетерпеливость, высокую психоэмоциональную напряженность, склонность к злости, гневу и подавлению эмоций, потребность в контроле над ситуацией, склонность к соперничеству и доминированию, амбициозность, очень сильное стремление к успеху, особенно в профессиональной деятельности. Поведенческие особенности ТПА отражены в следующем. Лица с ТПА работают «на износ», спешат, ощущают нехватку времени, не умеют отдыхать, быстро ходят и едят, энергично и громко разговаривают,

очень сильно сжимают руку при приветствии, любят указывать пальцем на собеседника, склонны перебивать его речь, а также чрезмерно часто кивают головой, когда соглашаются с собеседником [6; 9; 41]. По мнению И. Н. Конаревой, интеграция специфических личностных и поведенческих особенностей в ТПА дает веские основания считать его стилевой характеристикой личности [5]. Противопоставлен ТПА тип поведения Б (ТПБ), который характеризуется умеренной жизнью, здоровым балансом между амбициями и возможностями, адекватной адаптацией, эмоциональной устойчивостью, относительным отсутствием напряжения, выраженного желания соревноваться и чувства нехватки времени [5; 14, с. 280–281]. Для оценки ТПА чаще всего используется «Опросник поведения типа А» (англ. Framingham Type A Behavior Pattern Measure), который состоит из 10 вопросов, сгруппированных в две шкалы: спешка и соперничество [32].

Как отмечает М. Кадлубовска с соавторами, состояние повышенного психоэмоционального напряжения, которое свойственно людям с ТПА, способствует консолидации психофизиологических реакций, типичных для реакции тревоги [34]. Д. Ю. Кувшинов и Н. П. Тарасенко обнаружили, что молодые люди с ТПА характеризуются большей стресс-реактивностью, тревожностью, нейротизмом, большими показателями возбудимости и подвижности нервных процессов, а также более низким качеством сна и уровнем субъективного здоровья по сравнению с лицами с типом поведения АБ (определяется как промежуточный тип между А и Б) [7]. ТПА, враждебность и агрессия связаны с повышенной сердечно-сосудистой реактивностью [21]. Как отмечает И. Н. Конарева, лица с ТПА «создают и пролонгируют» действие стрессора через свое поведение и познавательную стратегию» [6, с. 398], что согласуется с представлениями Е. К. Агеенковой о пролонгировании психоэмоционального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний [1]. Обнаружено,

что студенты с ТПА, которые были склонны уклоняться от решения жизненных трудностей, испытывали гораздо больший стресс по сравнению с лицами с ТПБ с подобным копинг-поведением и студентами с ТПА, которые были склонны к активному совладанию [22]. Вероятно, уход от решения проблем вызывает ощущение потери контроля над ситуациями, которые широко представлены в жизни лиц с ТПА ввиду их жизненной активности, что в итоге способствует развитию дистресса. Раздражительность и нетерпеливость у лиц с ТПА являются значимыми предикторами эмоционального выгорания. Исследователи считают, что эмоциональное выгорание в большей мере связано именно с негативной эмоциональностью, чем с высоким уровнем стресса на работе [29]. Обнаружено, что уровень выраженности ТПА положительно связан с уровнем стресса и худшим состоянием здоровья [35]. Наблюдается положительная связь ТПА с эмоциональным выгоранием, причем выраженность ТПА негативно коррелирует с воспринимаемой социальной поддержкой и удовлетворенностью работой [31].

Со времен начала исследований кардиологов М. Фридмана и Р. Розенмана, которые впервые описали ТПА, он считается неспецифическим фактором риска сердечно-сосудистых заболеваний [9; 34]. Вследствие того, что большинство исследований было проведено среди пациентов (чаще всего пожилого и реже среднего возраста) с уже диагностированными заболеваниями (в основном кардиологическими), отсутствуют надежные данные о том, как проявляется ТПА у практически здоровых лиц и каково его соотношение с другими личностными особенностями. В диагностических критериях для психосоматических исследований отмечена дисфункциональная роль ТПА как фактора риска психосоматических заболеваний [24]. Проведенные среди практически здоровых лиц с ТПА современные работы предоставляют лишь частичные ответы на вопросы о роли ТПА как фактора риска

психоэмоциональных нарушений. Заслуживает особого внимания рассмотрение особенностей когнитивной РЭ у молодых лиц с ТПА. Предполагается, что роль отдельных составляющих конструкта ТПА в контексте когнитивной РЭ и психоэмоциональных нарушений будет неоднородна. Вероятно, наиболее сильным предиктором неадаптивных стратегий РЭ и психоэмоциональных расстройств будет являться соперничество по сравнению со спешкой.

Нидерландские ученые под руководством В. Terluin отметили, что наиболее часто встречающиеся в общей медицинской практике психологические симптомы можно объединить в четыре группы, составляющие отдельные расстройства, среди которых выделили дистресс, депрессию, тревогу и соматизацию [39]. Дистресс рассматривается как вызванная психоэмоциональным напряжением неспецифическая реакция организма. Дистресс характеризуется следующими симптомами: беспокойством, раздражительностью, напряжением, вялостью, плохой концентрацией, проблемами со сном и состоянием деморализации. Данные симптомы при их сильной выраженности оказывают негативный эффект на психосоциальное функционирование личности, причем, согласно В. Terluin соавторами, представляют основание для развития таких нарушений, как тревога, депрессия и соматизация. Тревога, отделенная от симптомов дистресса, представляет собой проявление фобической тревоги, иррациональных страхов, панических атак, тревожной антиципации (англ. *anticipation anxiety*), свободно плавающей тревоги (англ. *free-floating anxiety*) и избегающего поведения. Ядром депрессии являются мысли депрессивного характера, включая суицидальные, и потеря удовольствия (ангедония). Соматизация характеризуется наличием различных телесных симптомов неясного происхождения в различных органах и системах организма (например, сильное сердцебиение, чрезмерная потливость и др.),

частые и сильно выраженные проявления которых свидетельствуют о серьезных нарушениях функций организма. Особое внимание В. Terluin соавторами уделяют разграничению дистресса от тревоги, депрессии и соматизации. Эти авторы разработали «Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации», позволяющий оценить степень выраженности вышеперечисленных нарушений у пациентов [16; 23; 38; 39].

Основываясь на вышеописанных положениях об основных четырех формах психоэмоциональных нарушений, встречающихся в общемедицинской практике, данное исследование направлено на изучение роли ТПА и особенностей когнитивной РЭ, посредством которых могут формироваться дистресс, депрессия, тревога и соматизация в неклинической популяции. Это позволит выделить детерминанты психоэмоциональных нарушений, а также изучить механизмы, посредством которых ТПА и когнитивная РЭ взаимодействуют между собой, приводя к данным расстройствам психической природы на самых ранних этапах их формирования.

Методы исследования

1. Опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ) позволяет оценить частоту использования 9 когнитивных стратегий РЭ, среди которых присутствуют как адаптивные (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка и рассмотрение в перспективе), так и неадаптивные стратегии РЭ (самообвинение, руминация, катастрофизация и обвинение других). ОКРЭ содержит 36 утверждений (по 4 на каждую стратегию), которые предлагается оценить по пятибалльной шкале от 1 («никогда») до 5 («почти всегда»). Например, одно из утверждений подшкалы «принятие», которое необходимо оценить, звучит следующим

- образом: «Я думаю, что должен принять то, что случилось» [13; 36].
2. Опросник поведения типа А (англ. Framingham Type A Behavior Pattern Measure) позволяет оценить черты, характерные для личности с ТПА. Опросник состоит из 10 вопросов и двух шкал: спешки и соперничества. Интегральный балл опросника находится в диапазоне от 0 до 1. Близкие к 0 результаты характеризуют личность с ТПБ, а близкие к 1 — личность с ТПА [32].
 3. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС, англ. The Four-Dimensional Symptom Questionnaire — 4DSQ) включает в себя 50 вопросов. В опроснике описаны различные симптомы, частоту проявления которых за последние 7 дней необходимо оценить. Форма ответов: «нет», «иногда», «периодически», «часто», «очень часто или постоянно» [16; 23].

Выборка и процедура исследования

В исследовании приняло участие 90 обучающихся в высших учебных заведениях лиц женского пола в возрасте 19–34 лет (ср. возраст = 20,76; ст. откл. = 3,09). Участники заполняли вышеописанные опросники методом «карандаш — бумага».

Статистический анализ был проведен с использованием программ Statistica версии 13.3 и PROCESS macro для SPSS [30]. Применены методы описательной статистики, корреляционный анализ Спирмена, непараметрические критерии Краскела — Уоллиса и Манна — Уитни, множественный регрессионный анализ, анализ медиации с коррективкой бутстрэп-методом с 5000 итераций.

Результаты исследования

В таблице 1 представлена описательная статистика для анализируемых переменных и коэффициенты корреляции Спирмена.

Когнитивная РЭ и психоэмоциональные нарушения

Можно отметить, что большинство неадаптивных стратегий (кроме обвинения других) положительно связано с дистрессом, депрессивной симптоматикой и тревогой.

С соматизацией не связаны как адаптивные, так и неадаптивные стратегии РЭ (кроме катастрофизации: $r_s = 0,21$, $p < 0,05$).

Наблюдается отрицательная взаимосвязь между депрессией и адаптивными стратегиями, кроме принятия и рассмотрения в перспективе. Эти две стратегии не связаны с другими анализируемыми переменными.

С тревогой положительно коррелируют лишь стратегии самообвинения и руминация.

Дистресс в большей мере положительно связан с неадаптивными стратегиями и отрицательно с позитивной перефокусировкой ($r_s = -0,24$, $p < 0,05$).

В целом результаты корреляционного анализа подтверждают исследования ученых о связи неадаптивных стратегий РЭ с депрессивной симптоматикой, тревогой и дистрессом. Адаптивные стратегии показывают убедительную отрицательную значимую связь с депрессией.

Тип А и анализируемые переменные

Подшкалы ТПА практически не показали значимых связей с конструктом когнитивной РЭ. Однако следует отметить, что подшкала ТПА соперничество положительно связана с самообвинением и отрицательно с позитивной перефокусировкой. В целом можно подчеркнуть, что подшкала «соперничество» положительно связана с неадаптивными стратегиями РЭ ($r_s = 0,22$, $p < 0,05$).

Обнаружены статистически значимые корреляции ТПА и его составляющих с дистрессом, депрессией и тревогой (r_s от 0,27 до 0,50 при $p < 0,01$), причем наиболее сильные связи наблюдаются с дистрессом. Не обнаружено связи соперничества с соматизацией, при этом обнаружена связь соматизации со спешкой ($r_s = 0,30$, $p < 0,01$).

Таблица 1

Описательная статистика и коэффициенты корреляции Спирмена анализируемых переменных

Переменная (M; SD)	Спешка	Соперничество	Общий балл ТПА	Дистресс	Депрессия	Тревога	Соматизация
Самообвинение (11,70; 3,28)	0,14	0,33*	0,22	0,34***	0,25*	0,28**	0,10
Принятие (13,48; 3,25)	-0,06	0,04	-0,04	0,01	0,01	0,12	0,02
Руминация (13,48; 3,25)	0,07	0,14	0,04	0,24*	0,05	0,23*	0,08
Позитивная перефокусировка (14,03; 3,72)	-0,09	-0,24*	-0,13	-0,24*	-0,39***	-0,08	0,02
Фокусирование на планировании (14,56; 3,45)	-0,17	-0,03	-0,16	-0,14	-0,29**	-0,08	0,03
Позитивная переоценка (14,03; 3,72)	-0,17	-0,06	-0,15	-0,18	-0,31**	-0,08	0,04
Рассмотрение в перспективе (12,79; 3,84)	0,06	0,11	0,10	0,02	-0,11	0,17	0,20
Катастрофизация (9,12; 2,91)	0,11	0,10	0,12	0,34***	0,23*	0,21	0,21*
Обвинение других (8,09; 2,92)	0,07	-0,11	-0,10	-0,01	-0,01	0,08	-0,02
Адаптивные стратегии (66,04; 12,64)	-0,11	-0,05	-0,11	-0,17	-0,31**	0,00	0,11
Неадаптивные стратегии (42,39; 8,28)	0,18	0,22*	0,16	0,35***	0,24*	0,33**	0,11
Спешка (0,60; 0,20)	1,00	0,39***	0,73***	0,49***	0,27**	0,40***	0,30**
Соперничество (0,54; 0,22)	0,39***	1,00	0,80***	0,41***	0,31**	0,36***	0,17
Общий балл ТПА (0,54; 0,19)	0,73***	0,80***	1,00	0,50***	0,31**	0,42***	0,27**
Дистресс (13,32; 7,48)	0,49***	0,41***	0,50***	1,00	0,70***	0,61***	0,60***
Депрессия (1,80; 2,62)	0,27**	0,31**	0,31**	0,70***	1,00	0,35***	0,24*
Тревога (4,51; 4,99)	0,40***	0,36***	0,42***	0,61***	0,35***	1,00	0,43***
Соматизация (10,00; 6,38)	0,30**	0,17	0,27**	0,60***	0,24*	0,43***	1,00

Примечание: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$; M — среднее значение; SD — стандартное отклонение.

Сравнительный анализ выраженности психоэмоциональных нарушений и особенностей когнитивной РЭ у лиц с типом поведения А, Б и АБ

Сравниваемые группы	Тип Б и АБ			Тип Б и А			Тип АБ и А		
	Б	АБ	р	Б	А	р	АБ	А	р
Позитивная переоценка	15,94	13,31	0,013*	15,94	14,14	0,205	13,31	14,14	0,270
Спешка	0,43	0,58	0,012*	0,43	0,80	< 0,001*	0,58	0,80	< 0,001*
Соперничество	0,30	0,53	0,000*	0,30	0,79	< 0,001*	0,53	0,79	< 0,001*
Общий балл ТПА	0,27	0,54	0,000*	0,27	0,79	< 0,001*	0,54	0,79	< 0,001*
Дистресс	9,44	12,63	0,102	9,44	18,33	< 0,001*	12,63	18,33	0,001*
Тревога	2,44	4,02	0,140	2,44	7,48	0,001*	4,02	7,48	0,006*
Соматизация	8,89	9,33	0,608	8,89	12,57	0,057	9,33	12,57	0,021

Примечание: * $p < 0,017$.

В целом рост выраженности черт ТПА связан с увеличением дистресса, депрессии, тревоги и соматизации.

С целью изучения РЭ лиц с ТПА и свойственных им психоэмоциональных нарушений был проведен сравнительный анализ. Испытуемые были распределены в три группы, первая из которых состояла из представителей с ТПБ (18 чел.), вторая — с типом поведения АБ (51 чел.), а третья — с ТПА (21 чел.). Сравнение трех групп проводилось с помощью непараметрического критерия Краскела — Уоллиса. Были обнаружены статистически значимые различия между тремя группами по следующим переменным: позитивная переоценка ($N = 6,52$; $p = 0,0384$), спешка ($N = 31,26$; $p < 0,0001$), соперничество ($N = 49,32$; $p < 0,0001$), общий балл

ТПА ($N = 71,08$; $p < 0,0001$), дистресс ($N = 16,95$; $p = 0,0002$), тревога ($N = 12,69$; $p = 0,0018$) и соматизация ($N = 6,11$; $p = 0,0471$). Затем были проведены попарные апостериорные сравнения между группами с помощью критерия Манна — Уитни, причем применялась поправка Бонферрони, предполагающая установление нового уровня значимости, который при попарном сравнении трех групп составляет 0,017. Средние значения исследуемых переменных каждой из групп и полученные уровни значимости p представлены в табл. 2.

Как и ожидалось, наблюдаются достоверные различия между испытуемыми, распределенными в три группы в зависимости от выраженности типа поведения А/Б.

Обнаружено, что лица с ТПБ чаще используют стратегию «позитивная переоценка» по сравнению с лицами с типом поведения АБ, но не с лицами с ТПА. Лица с типом поведения АБ в меньшей мере склонны использовать данную когнитивную стратегию РЭ, чем остальные группы.

По уровню соматизации все исследуемые группы попарно значимо между собой не отличались, так как не был достигнут необходимый уровень значимости p , равный 0,017. Обнаружены значимые различия в выраженности дистресса и тревоги между группами Б и А, АБ и А. Лица с ТПА характеризуются большим уровнем дистресса и тревоги, чем лица с типом поведения АБ и Б.

С целью определения стратегий РЭ и составляющих ТПА, способных предсказать уровень дистресса, депрессии, тревоги и соматизации, было проведено 8 серий множественного регрессионного анализа методом форсированного ввода. В качестве независимых переменных в первых четырех сериях анализа выступили два предиктора: неадаптивные и адаптивные стратегии РЭ, а затем, с пятой серии по восьмую — составляющие ТПА спешка и соперничество.

Роль неадаптивных и адаптивных стратегий РЭ в предикции психоэмоциональных нарушений

Модель предикции дистресса включает два значимых предиктора: адаптивные и неадаптивные стратегии РЭ. Переменная «неадаптивные стратегии» ($\beta = 0,39$) является наиболее сильным предиктором дистресса по сравнению с адаптивными стратегиями ($\beta = -0,24$). Коэффициент детерминации модели составляет $R^2 = 0,172$, таким образом, она объясняет 17,2 % вариабельности дистресса ($F(2,87) = 9,0$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,172$). Исходя из этого, чем больше личность склонна использовать неадаптивные стратегии и меньше использовать адаптивные стратегии РЭ, тем больше у нее выражен дистресс.

Модель предикции тревоги оказалась не-согласованной ($F(2,87) = 2,3$, $p = 0,106$; $R^2 = 0,050$), как и модель предикции соматизации ($F(2,87) = 1,2$, $p = 0,299$; $R^2 = 0,027$). В модели предикции депрессии ($F(2,87) = 6,9$, $p = 0,001$; $R^2 = 0,139$) удалось обнаружить, что адаптивные стратегии ($\beta = -0,34$) являются наиболее сильным предиктором депрессии по сравнению с неадаптивными стратегиями ($\beta = 0,24$). Таким образом, частое использование адаптивных стратегий можно рассматривать как фактор защиты против депрессии, в то время как неадаптивные стратегии играют роль фактора риска депрессии.

Роль спешки и соперничества в предикции психоэмоциональных нарушений

Спешка ($\beta = 0,39$) и соперничество ($\beta = 0,26$) являются значимыми предикторами дистресса ($F(2,87) = 18,1$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,294$), тревоги (спешка $\beta = 0,30$, соперничество $\beta = 0,23$; $F(2,87) = 10,6$, $p < 0,001$; $R^2 = 0,196$) и депрессии (спешка $\beta = 0,24$, соперничество $\beta = 0,22$; $F(2,87) = 7,3$, $p = 0,001$; $R^2 = 0,143$). Среди составляющих ТПА лишь спешка ($\beta = 0,28$) является значимым предиктором соматизации ($F(2,87) = 4,4$, $p = 0,016$; $R^2 = 0,091$).

Результаты корреляционного анализа показали, что соперничество, неадаптивные стратегии РЭ и дистресс статистически значимо коррелируют между собой. Изучение механизмов взаимодействия личностных особенностей, посредством которых можно объяснить выраженность психоэмоциональных нарушений, было осуществлено с помощью анализа медиации, основанного на многофакторном регрессионном анализе [30]. Была проверена гипотеза о том, что соперничество может способствовать более частому использованию неадаптивных когнитивных стратегий РЭ, тем самым содействуя росту дистресса. Графическое изображение данной регрессионной модели представлено на рисунке 1.

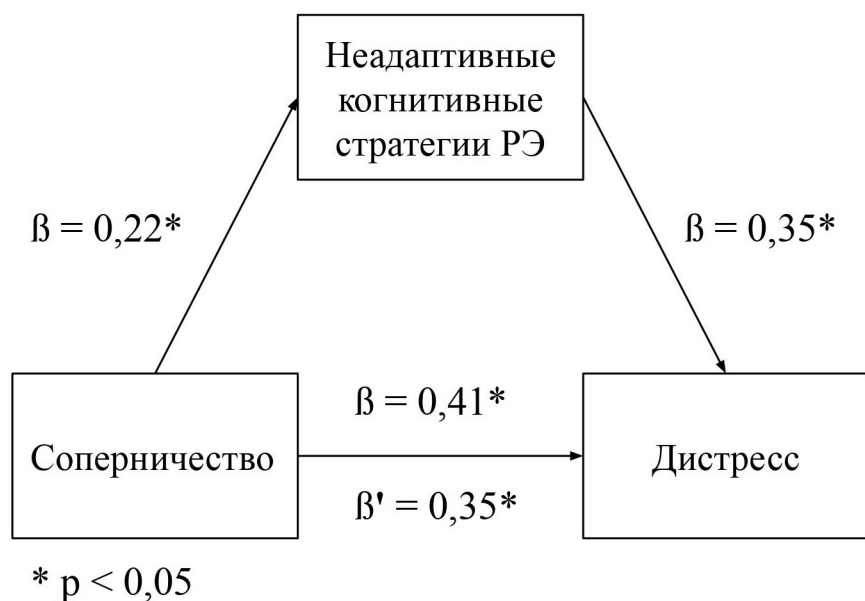


Рис. 1. Регрессионная модель медиации

Первым шагом стало построение модели регрессии (табл. 3), подтверждающей наличие положительной зависимости между независимой переменной (соперничеством) и зависимой переменной (дистрессом) ($\beta = 0,406$, $p < 0,001$). Вторым шагом была проанализирована зависимость между соперничеством и неадаптивными стратегиями РЭ (медиатор). Анализ показал, что соперничество положительно связано с использованием неадаптивных когнитивных стратегий РЭ ($\beta = 0,222$, $p < 0,036$). Третий шаг включал в себя введение в модель регрессии одновременно независимой переменной и медиатора. Обнаружено, что при введении медиатора в модель сила связи между соперничеством и дистрессом уменьшается с $\beta = 0,406$ до $\beta' = 0,347$, в то время как медиатор остается статистически значимо положительно связан с дистрессом ($\beta = 0,268$, $p < 0,007$). При введении медиатора в модель наблюдается рост значения коэффициента детерминации R^2 с 16,5 % до 23,3 %. Проверка достоверности эффекта медиации с помощью корректировки бутстрэп-методом с 5000 ите-

раций и расчета 95 % доверительных интервалов (ДИ) с применением техники bias correction показала наличие статистически значимого опосредующего (медиационного) эффекта (indirect effect (IF) = 2,036, standard error (IF) = 0,954, $p = 0,033$; 95 % ДИ: 0,558; 4,537). Можно сделать вывод, что неадаптивные стратегии РЭ частично опосредуют связь соперничества с дистрессом.

Обсуждение результатов исследования

Проведенное исследование было направлено на изучение факторов риска психоэмоциональных нарушений. Следует подчеркнуть, что выборка состояла из лиц женского пола, поэтому полученные выводы нельзя экстраполировать на выборку мужчин.

Роль дисфункциональной когнитивной РЭ, под которой понимается редкое использование адаптивных стратегий и частое использование неадаптивных стратегий когнитивной РЭ, в развитии дистресса и депрессии объяснима. Неадаптивные стратегии РЭ (самообвинение, руминации, катастрофизация и обвинение других) способствуют

Таблица 3

Регрессионные модели анализа медиации

Модели предикции	Параметры переменных-предикторов в регрессионных моделях				Параметры моделей		
	β (ст. ош. β)	b (ст. ош. b)	t	p	Статистика F	R ²	
Модель 1 (шаг 1 анализа медиации): предиктор — соперничество, зависимая переменная — дистресс	0,406 (0,10)	13,90 (3,34)	4,167	< 0,001	F(1,88) = 17,367, p < 0,001	0,165	
Модель 2 (шаг 2): предиктор — соперничество, зависимая переменная — неадаптивные стратегии РЭ (НСРЭ)	0,222 (0,10)	8,41 (3,94)	2,132	0,036	F(1,88) = 4,547, p = 0,036	0,049	
Модель 3 (шаг 3): предикторы — соперничество и НСРЭ, зависимая переменная — дистресс	Соперничество	0,347 (0,10)	11,86 (3,30)	3,599	< 0,001	F(2,87) = 13,235, p < 0,001	0,233
	НСРЭ	0,268 (0,10)	0,24 (0,09)	2,787	0,007		

Примечание: ст. ош. — стандартная ошибка; β — стандартизированный коэффициент бета; b — нестандартизированный коэффициент b.

формированию психоэмоционального напряжения, как внутриличностного, так и межличностного характера. Например, катастрофическое восприятие и переживание негативных событий и трудных ситуаций способствует фрустрации личности и возникновению внутреннего напряжения. Вызванное встречей личности с действительно сильным стрессором состояние невыносимости может привести к серьезным психическим нарушениям. Руминация способствует

фиксации личности на травмирующих событиях и пролонгирует психоэмоциональное напряжение. Несмотря на то, что важным аспектом при исследовании руминаций является характер навязчивых переживаний, то есть на что направлена руминация (например, навязчивые направленные на решение проблемы размышления, что может нести определенную адаптивную роль), следует подчеркнуть, что роль этой стратегии в большей мере отрицательна, так как в ее сущно-

сти лежат чрезмерные слабо поддающиеся контролю размышления. Обвинение других не способствует поддержанию надежных межличностных контактов, а самообвинение может приводить к внутриличностным конфликтам. Суммируя, при частом использовании неадаптивных стратегий РЭ личность тратит больше психофизиологических усилий, чтобы справиться с трудностями, что не способствует нормальной адаптации организма. В совокупности это приводит к дистрессу.

Использование адаптивных стратегий РЭ (принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка и рассмотрение в перспективе) является фактором защиты от дистресса и депрессии. Результаты исследования подтверждают выводы других ученых насчет стратегии позитивной переоценки, которая отрицательно коррелирует с депрессией и является значимым предиктором депрессивных симптомов [28]. Корреляционный анализ показал, что адаптивные стратегии «позитивная перефокусировка» и «фокусирование на планировании» также отрицательно коррелируют с депрессивной симптоматикой. Редкое использование данных стратегий в случае накопления жизненных трудностей, вероятно, будет способствовать фиксации личности на возникающих трудностях, приводя к когнитивной ригидности личности. Как отмечают Е. К. Агеенкова и П. М. Ларионов, пациенты с депрессией не способны напрямую выражать негативные эмоции и заменяют их когнитивным анализом трудных жизненных ситуаций, при этом они фиксируются на событиях прошлого [15] и характеризуются слабо выраженной способностью к произвольной деятельности и составлению плана будущего [2]. Обнаружена достаточно сильная отрицательная корреляция депрессии с позитивной переоценкой, определяемой как «поиск положительного смысла в произошедшем событии в целях личностного роста или приобретения нового опыта» [13, с. 165]. В целом можно

заключить, что когнитивная РЭ, характеризующаяся редким использованием позитивной переоценки, позитивной перефокусировки и фокусирования на планировании, предрасполагает к депрессивным расстройствам у молодых лиц женского пола в неклинической популяции.

Было обнаружено, что молодые женщины с ТПА характеризуются более высоким уровнем дистресса и тревоги по сравнению с лицами с типом поведения АБ и Б, что согласуется с результатами ранее проведенных исследований. Не обнаружено каких-либо специфических особенностей когнитивной РЭ среди данных групп лиц, за исключением того, что лица с ТПБ несколько чаще используют позитивную переоценку, чем лица с типом поведения АБ.

При построении моделей предикции дистресса, депрессии и тревоги оказалось, что как спешка, так и соперничество явились значимыми предикторами данных психоэмоциональных нарушений, причем только спешка была значимым предиктором, в том числе соматизации. Исследователи рассматривают спешку наряду с ощущением постоянной нехватки времени не только как личностные особенности, характерные для ТПА, но и как проявления стресса. При исследовании связанных с учебой в медицинском университете проявлений стресса у 480 студентов 1–6 курса было обнаружено, что спешка и ощущение нехватки времени занимают второе место по частоте среди представленных 17 проявлений стресса [4]. Негативная роль спешки была подчеркнута в исследовании А. Роговской, которая обнаружила, что молодые лица с ТПА по сравнению с лицами типа Б склонны к менее здоровому поведению при оценке пищевых привычек, профилактического поведения, позитивной психологической установки и оздоровительных практик [37]. Исследовательница также отметила, что спешка связана с более низким уровнем здорового поведения, в то время как соперничество

является предиктором более высокого уровня здорового поведения у молодых лиц [37].

Предикторами депрессии являются составляющие ТПА соперничество и спешка. Исследователи подчеркивают, что следует различать здоровую тенденцию к конкуренции, связанную с развитием личности и ее совершенствованием, с гиперконкурентностью, сочетающуюся с враждебностью и желанием добиться своего любой ценой [40]. Обнаружено, что академическая успеваемость как у гиперконкурентных людей, так и у тех, кто не проявлял такой склонности, значимо не отличалась. В то время как здоровая тенденция к конкуренции связана с более высоким уровнем здоровья, гиперконкурентность связана с проблемами со здоровьем, раздражительностью и нетерпимостью [40]. Особенности проявления конкурентности могут служить в качестве уточняющих критериев выраженности ТПА. Склонность к проявляемому во всех областях жизни соперничеству характеризует ригидную личность с нарушенной системой отношений. Вполне вероятно, что, пытаясь *быть лучше всех*, личность сравнивает себя с другими людьми и находит, что каждый человек в чем-то лучше и успешнее по сравнению с ней. Последствием этого является снижение самооценки, что влечет за собой развитие депрессии. За этой склонностью к соперничеству *всегда, во всем и со всеми* скрывается невротическое стремление к превосходству, описанное классиками психологической науки, например, А. Адлером [3] и К. Хорни [18].

Развитие дистресса у личности может быть объяснено посредством следующего механизма. Возрастание склонности к соперничеству связано с использованием неадаптивных стратегий РЭ во время стрессовых ситуаций, что в итоге приводит к развитию дистресса. При рассмотрении склонности к спешке и ощущения нехватки времени как личностных черт ТПА, так и в роли проявлений стресса, данные характеристики несут в большей мере дисфунк-

циональную роль. Возможно, спешка отражает ощущение потери контроля над ситуацией, который личность пытается восстановить. Хотелось бы отметить, что такие адаптивные стратегии РЭ, как фокусирование на планировании, позитивная переоценка, позитивная перефокусировка и рассмотрение в перспективе, требуют когнитивных усилий и рефлексии. Этот процесс занимает некоторое время, которое спешащая личность *не может себе позволить* выделить. Адекватная когнитивная оценка трудных ситуаций в случае их большого количества ввиду нехватки времени и спешки в их решении затрудняется, что со временем может привести к развитию дистресса.

Ограничения

Исследование имело пилотажный характер. Выборка состояла из респондентов женского пола, что является существенным ограничением. Несмотря на это, получены данные о роли составляющих ТПА — спешки и соперничества, а также дисфункциональной когнитивной РЭ в качестве детерминант дистресса, соматизации, тревожной и депрессивной симптоматики среди неклинической популяции. Полученные результаты могут найти свое применение в психопрофилактике, психологии здоровья и психологическом консультировании.

Выводы

- 1) Молодые лица женского пола с ТПА характеризуются более высоким уровнем дистресса и тревоги по сравнению с лицами с типом поведения АБ и Б. Не обнаружено различий в выборе когнитивных стратегий РЭ между лицами с ТПА и ТПБ.
- 2) Составляющие ТПА — спешка и соперничество — являются предикторами дистресса, тревоги и депрессии. Предиктором соматизации является спешка.
- 3) Когнитивные стратегии РЭ связаны с дистрессом и депрессией. Фактором

риска для данных расстройств является частое использование неадаптивных стратегий РЭ, а в качестве защитного фактора выступает частое использование адаптивных стратегий РЭ.

- 4) Возрастающая склонность к соперничеству связана с ростом использования

неадаптивных стратегий РЭ, что приводит к развитию дистресса.

- 5) Дисфункциональная когнитивная РЭ, спешка и соперничество являются факторами риска психоэмоциональных расстройств у молодых лиц женского пола.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агеенкова Е. К. Произвольное пролонгирование психоэмоционального стресса как фактор риска сердечно-сосудистых заболеваний // *Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журнал*. 2016. № 4 (15). [Электронный ресурс]. URL: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=241> (дата обращения: 06.04.2020).
2. Агеенкова Е. К., Ларионов П. М. Жизненный сценарий и специфика эмоциональной сферы больных депрессией сквозь призму проективной психодиагностики // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн*. 2020. Т. 12. № 1 (60). [Электронный ресурс]. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2020_1_60/nomer08.php (дата обращения: 06.04.2020).
3. Адлер А. Практика и теория индивидуальной психологии: лекции по введению в психотерапию для врачей, психологов и учителей. М.: Институт психотерапии, 2002. 214 с.
4. Городецкая И. В., Солодовникова О. И. Оценка уровня учебного стресса у студентов ВГМУ // *Вестник ВГМУ*. 2016. Т. 15. № 2. С. 118–128.
5. Конарева И. Н. Индивидуально-психологические детерминанты «коронарного» типа личности // *Ученые записки Таврического национального университета им. В. И. Вернадского. Серия «Биология, химия»*. 2010. Т. 23 (62). № 3. С. 79–88.
6. Конарева И. Н. Психологические и физиологические особенности «коронарного» типа личности (обзор) // *Проблемы современной психологии*. 2014. № 24. С. 386–404.
7. Кувшинов Д. Ю., Тарасенко Н. П. Показатели нейродинамики и стресс-реактивности у лиц юношеского возраста с разными типами коронарного поведения // *Бюллетень сибирской медицины*. 2009. № 8 (1). С. 30–35. DOI: 10.20538/1682-0363-2009-1-30-35
8. Логунова Л. Ю., Пагина И. С. Ценность неудачи в жизни личности // *Философская школа*. 2019. № 8. С. 22–29. DOI: 10.24411/2541-7673-2019-10815
9. Мартынов А. И., Акатова Е. В., Урлаева И. В., Николин О. П., Могилевская Е. И. Поведенческий тип А и острый коронарный синдром // *Современная терапия в психиатрии и неврологии*. 2015. № 4. С. 46–50.
10. Падун М. А. Регуляция эмоций и ее нарушения // *Психологические исследования*. 2015. Т. 8. № 39. [Электронный ресурс]. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2015v8n39/1089-padun39.html> (дата обращения: 06.04.2020).
11. Первичко Е. И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход // *Национальный психологический журнал*. 2014. № 4 (16). С. 13–22.
12. Польская Н. А., Разваляева А. Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // *Консультативная психология и психотерапия*. 2017. Т. 25. № 4. С. 71–93. DOI: 10.17759/cpr.2017250406
13. Рассказова Е. И., Леонова А. Б., Плужников И. В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // *Вестник психологии. Серия 14. Психология*. 2011. № 4. С. 161–179.
14. Хок Р. Р. 40 исследований, которые потрясли психологию. Секреты выдающихся экспериментов. СПб: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003. 416 с.
15. Слоева Е. А., Смирнова Д. А., Кувшинова Н. Ю. Речевое поведение пациентов с невротическими депрессиями // *Общество ремиссии: на пути к нарративной медицине / под общ. ред. В. Л. Лехциера*. Самара: Самарский университет, 2012. С. 203–216.
16. Смулевич А. Б., Яхно Н. Н., Терлуин Б., Захарова Е. К., Рейхарт Д. В. и др. Четырехмерный опросник для оценки дистресса, депрессии, тревоги и соматизации (4ДДТС) при вегетативных психосоматических расстройствах пограничного уровня // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2014. № 114 (11). С. 67–73.

17. Собенников В. С., Винокуров Е. В., Рычкова Л. В., Собенникова В. В. Эмоциональная дисрегуляция как фактор психосоматических нарушений при депрессии и кардиоваскулярной патологии (аналитический обзор иностранной литературы) // *Acta biomedica scientifica*. 2019. Т. 4. № 1. С. 87–92. DOI: 10.29413/ABS.2019-4.1.13
18. Хорни К. Невроз и личностный рост. Борьба за самоосуществление. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и БСК, 1997. 318 с.
19. Шматова Ю. Е. Динамика статистических и социологических показателей состояния психического здоровья населения России // *Проблемы развития территории*. 2019. № 3 (101). С. 76–96. DOI: 10.15838/ptd.2019.3.101.5
20. Щелкова О. Ю. Основные направления научных исследований в Санкт-Петербургской школе медицинской (клинической) психологии // *Вестник Санкт-Петербургского университета*. Серия 16. 2012. № 1. С. 53–90.
21. Chida Y., Hamer M. Chronic psychosocial factors and acute physiological responses to laboratory-induced stress in healthy populations: A quantitative review of 30 years of investigations // *Psychological Bulletin*. 2008. Vol. 134. No. 6. P. 829–885. DOI: 10.1037/a0013342
22. Chinaveh M. A. Comparison of Type-A and Type-B learners in the perception of stress level and use of coping responses in the campus // *Procedia — Social and Behavioral Sciences*. 2014. Vol. 143. P. 384–388. DOI: 10.1016/j.sbspro.2014.07.499
23. Czachowski S., Izdebski A., Terluin B., Izdebski P. Walidacja kwestionariusza 4DSQ mierzącego dystres, depresję, lęk i somatyzację w Polsce // *Problemy Medycyny Rodzinnej*. 2013. Vol. 14. No. 4 (40). P. 14–20.
24. Fava G. A., Cosci F., Sonino N. Current psychosomatic practice // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017. Vol. 86. No. 1. P. 13–30. DOI: 10.1159/000448856
25. Garnefski N., Hossain S., Kraaij V. Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh // *Archives of Depression and Anxiety*. 2017. Vol. 3. No. 2. P. 023–029. DOI: 10.17352/2455-5460.000019
26. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp: DATEC publishers, 2002. 47 p.
27. Garnefski N., Boon S., Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event // *Journal of Youth and Adolescence*. 2003. Vol. 32. No. 6. P. 401–408. DOI: 10.1023/A:1025994200559
28. Garnefski N., Teerds J., Kraaij V., Legerstee J., van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and Depressive symptoms: differences between males and females // *Personality and Individual Differences*. 2004. Vol. 36. No. 2. P. 267–276. DOI: 10.1016/S0191-8869(03)00083-7
29. Hallberg U. E., Johansson G., Schaufeli W. B. Type A behavior and work situation: associations with burnout and work engagement // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2007. Vol. 48. No. 2. P. 135–142. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2007.00584.x
30. Hayes A. F. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis. 2nd ed. New York: Guilford Publications, 2018. 692 p.
31. Jamal M., Baba V. V. Type-A Behavior, job performance, and well-being in college teachers // *International Journal of Stress Management*. 2001. Vol. 8. No. 3. P. 231–240. DOI: 10.1023/A:1011343226440
32. Juczyński Z. Narzędzia Pomiaru w Promocji i Psychologii Zdrowia. Wydanie drugie. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych, 2012. 183 p.
33. Lavanya T. P., Manjula M. Emotion regulation and psychological problems among Indian college youth // *Indian Journal of Social Psychiatry*. 2017. Vol. 33. No. 4. P. 312–318. DOI: 10.4103/0971-9962.218601
34. Kadłubowska M., Fraś M., Kolonko J., Turbiarz A. Wzór zachowania A jako niespecyficzny czynnik ryzyka chorób układu krążenia // *Problemy Pielęgniarstwa*. 2013. Vol. 21. No. 1. P. 123–127.
35. Majewska M. Nadmierna aktywność zawodowa — aspekt psychologiczny // *Psychologia Rozwojowa*. 2005. Vol. 10. No. 4. P. 127–138.
36. Marszał-Wiśniewska M., Fajkowska M. Właściwości psychometryczne Kwestionariusza Poznawczej Regulacji Emocji (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire — CERQ). Wyniki badań na polskiej próbie // *Studia Psychologiczne*. 2010. № 49 (1). P. 19–39.
37. Rogowska A. Pilotażowe badanie zachowań zdrowotnych i osobowości typu A wśród studentów wychowania fizycznego // *Współczesne kierunki działań prozdrowotnych* / red. A. Wolska-Adamczyk. Warszawa: WSiIZ, 2015. P. 105–121.

38. *Terluin B., Van Rhenen W., Schaufeli W. B., De Haan M.* The Four Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): measuring distress and other mental health problems in a working population // *Work and Stress*. 2004. Vol. 18. No. 3. P. 187–207. DOI: 10.1080/0267837042000297535

39. *Terluin B., van Marwijk H. W., Adèr H. J., de Vet H. C., Penninx B. W., Hermens M. L., van Boeijen C. A., van Balkom A. J., van der Klink J. J., Stalman W. A.* The Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ): a validation study of a multidimensional self-report questionnaire to assess distress, depression, anxiety and somatization // *BMC psychiatry*. 2006. Vol. 6. No. 34. Article 34. DOI: 10.1186/1471-244X-6-34

40. *Thornton B., Ryckman R. M., Gold J. A.* Competitive orientations and the Type A behavior pattern // *Psychology*. 2011. Vol. 2. No. 5. P. 411–415. DOI: 10.4236/psych.2011.25064

41. *Tylka J.* Modyfikacja zachowania Typu A jako podstawa prewencji pierwotnej i wtórnej choroby niedokrwiennej // *Przegląd Psychologiczny*. 1999. Vol. 42. No. 4. P. 69–82.