

ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОАКТИВНОГО СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Сирота Н.А.¹, Ярославская М.А.²

¹ Сирота Наталья Александровна

доктор медицинских наук, профессор, декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой клинической психологии; государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1, Москва, 127473, Российская Федерация. Тел.: 8 (495) 609-67-00.

E-mail: sirotan@mail.ru

² Ярославская Мария Александровна

кандидат психологических наук, клинический психолог, Государственное казенное учреждение здравоохранения города Москвы «Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента здравоохранения города Москвы» Волоколамское ш., 47, Москва, 123367, Российская Федерация. Тел.: 8 (499) 193-04-00.

E-mail: visiteuse@mail.ru

Copyright ©: Сирота Н.А., Ярославская М.А.

Аннотация. Целью настоящего исследования явилось изучение особенностей использования проактивного копинга и приверженности его формам у больных шизотипическим расстройством. В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 года до 50 лет. Методы: было проведено экспериментально-психологическое исследование при помощи опросника «Проактивное совладающее поведение». Результаты: в ходе проведенного исследования установлено, что больные шизотипическим расстройством демонстрируют редкое обращение к стратегиям проактивного преодолевающего поведения. Больные шизотипическим расстройством испытывают дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями. У них наблюдается редкое использование инструментальной и эмоциональной форм социальной поддержки. Обсуждение: результаты исследования могут быть полезны в разработке системы обучения формам проактивного совладающего поведения больных шизотипическим расстройством, для поддержания здоровья пациентов.

Ключевые слова: совладающее поведение; проактивный копинг; адаптация; шизотипическое расстройство.

УДК 616.895.8:159.943.8-072.8

Библиографическая ссылка по ГОСТ Р 7.0.5-2008

Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование проактивного совладающего поведения у больных шизотипическим расстройством // Медицинская психология в России. – 2014. – Т. 6, № 1. – С. 8. doi:10.24411/2219-8245-2014-00001

Поступила в редакцию: 03.12.2013 Прошла рецензирование: 28.12.2013 Опубликовано: 01.01.2014

Введение

Многочисленные результаты зарубежных и отечественных исследований указывают на высокую значимость совладающего поведения в психосоциальной адаптации и дезадаптации больных хроническими психическими и соматическими заболеваниями, что обуславливает детальное изучение проблемы поиска продуктивных

и непродуктивных составляющих копинг-поведения, влияющих на здоровье, качество жизни пациентов [5; 6; 7; 9; 11; 18]. «Копинг-поведение — это поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать определенные средства для преодоления эмоционального стресса» [1]. Эффективность копинг-стратегии зависит от ценностей и целей личности, типа и фазы стрессовых событий, а также конкретных результатов, отобранных для оценки [8; 20]. Установлено, что использование тех или иных стратегий совладающего поведения зависит от личности [12] и типа окружающей среды [24]. Единой теории совладающего поведения не существует. Наиболее распространенной считается классификация Lazarus R.S., Folkman S., где выделяют: проблемно-фокусированный и эмоционально-фокусированный копинги [19]. Проблемно-ориентированный — усилия, направленные на улучшение отношений «человек-среда», с помощью изменения когнитивной оценки ситуации. Эмоционально-ориентированный — это мысли и действия, целью которых является снизить физическое или психологическое влияние стресса [Там же]. Lazarus R.S. отмечает, что хотя проблемно-фокусированный и эмоционально-ориентированный виды копинга концептуально различимы, они не должны рассматриваться отдельно друг от друга, т.к. обычно используются вместе [23]. Копинг стратегии определяются когнитивной оценкой стрессора, в том числе рациональностью и гибкостью суждений, а так же ожиданием определенного результата [25]. Помимо стратегий совладающего поведения, выделяют также копинг-ресурсы. В копинг-ресурсы входят личностные черты, социальные или материальные ресурсы, доступные для использования индивидуума, чтобы справиться с трудностями [17]. Большинство иностранных и отечественных исследователей рассматривают конструктивный и неконструктивный виды копинга [2; 16]. Конструктивные (адаптивные) копинг-стратегии направлены на разрешение проблемной ситуации. К ним относят следующие виды копинга [13; 14]: активные действия, направленные на устранение источника стресса; поиск социальной поддержки; положительная переоценка ситуации; признание и принятие реальности происходящего; планирование своих действий в отношении сложившейся проблемной ситуации.

Сирота Н.А., Ялтонский В.М. в модели дезадаптивного поведения выделяют следующие признаки [4]:

- а) преобладание избегающих стратегий над стратегиями поиска социальной поддержки и решения проблем, интенсивное использование защитных механизмов, несбалансированность функционирования когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-механизмов; дефицит социальных навыков разрешений проблемной ситуации;
- б) преобладание мотивации избегания над мотивацией достижения успеха; отсутствие готовности к активному противостоянию среде, подчиненность ей; оценка проблемы как угрожающей, негативной; защитный характер поведенческой активности; низкий функциональный уровень копинг-поведения;
- в) отсутствие направленности копинг-поведения на стрессор как на причину негативного влияния и воздействие психоэмоционального напряжения на следствие отрицательного воздействия стрессора с целью его редукции, слабая осознаваемость стрессорного воздействия;
- г) низкая эффективность функционирования личностно-средовых ресурсов (низкий уровень восприятия социальной поддержки, преобладание интернального локуса контроля и т.д.).

В данной модели есть прямое указание на тесное взаимодействие и непрерывность переходов от психологических защит к совладающему поведению в случае дезадаптации, рассогласованности личностных задач и целей, низкоуровневой организации структуры Я и ресурсов субъекта. У лиц, страдающих тем или иным заболеванием, непродуктивными стратегиями поведения считаются, те которые ухудшают их состояние и увеличивают симптоматику [3].

Отдельное место в контексте интенсивно развивающегося психологического направления совладающего поведения занимает проактивный копинг. Проактивный копинг является средством преодоления трудностей, он имеет многоплановый характер и ориентирован на будущее, объединяет процессы личного управления качеством жизни с саморегуляцией для достижения цели [21]. Проактивное совладающее поведение — метод оценки будущих целей и создания условий для их успешного достижения [26]. Аспинвалл и Тейлор полагают, что проактивный копинг — это процесс, посредством которого происходит подготовка к потенциальным будущим стрессорам, возможность их предотвращения вообще [10].

Проактивное совладающее поведение отличается от традиционных представлений о копинге тремя основными характеристиками [21]:

1. Традиционные совладающие формы поведения — реактивны, т.е. они имеют дело со стрессовыми событиями, которые уже произошли, их цель — это компенсация потери или уменьшения вреда. Проактивный копинг ориентирован на будущее. Он состоит из усилий, направленных на создание общих ресурсов, содействующих осуществлению задач и личному росту.

2. Реактивный копинг рассматривается как управление рисками, проактивный копинг связан больше с управлением целью. При использовании проактивного копинга люди воспринимают затруднительные ситуации как вызовы. Они видят риски, требования и возможности, связанные с выбором той или иной стратегии поведения для разрешения проблемной ситуации в будущем, но они не оценивают их в качестве угрозы, вреда или потерь. Проактивный копинг становится средством управления целью вместо средства управления риском.

3. Мотивация для проактивного совладающего поведения, в сравнении с традиционным копингом, является более позитивной вследствие восприятия ситуаций как оспаривания и стимулирования, тогда как реактивный копинг происходит от оценки риска, то есть, зачастую, выдвигаемые требования оцениваются отрицательно, как угрозы.

Проактивное совладающее поведение активно изучается в западных странах [10; 15; 20; 21], но остается одним из наименее изученных феноменов в области отечественной медицины и психологии, в частности, у больных шизотипическим расстройством. Цель настоящего исследования — изучить особенности использования проактивного копинга и приверженность его формам у больных шизотипическим расстройством.

Характеристика групп обследуемых и методы

В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 31 года до 50 лет с установленным диагнозом по МКБ-10 F21 «шизотипическое расстройство». Больные находились на лечении в ГКУЗ ПКБ № 12 ДЗМ. Выборка из 30 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 15 мужчин, средний возраст — $40,7 \pm 7,04$. Группу сравнения составили 15 женщин, средний возраст — $40,4 \pm 6,15$.

Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг-стратегий применялась методика «Проактивное совладающее поведение» (Аспинвал, Шварцер, Тауберт, 1999; адаптация Е. Старченковой, в модификации В.М. Ялтонского, 2009).

Статистическая обработка результатов исследования

При статистической обработке результатов рассчитывались среднеарифметические значения, стандартные отклонения, достоверность различий между группами. Последний показатель рассчитывался по U-критерию Манна—Уитни. При обработке результатов использовалась компьютерная статистическая программа «Statistica 6.0». Использовали также программу MICROSOFT EXCEL 2003. Расчет производился с достоверностью $p \leq 0,05$.

Описание метода

Опросник «Проактивное совладающее поведение» разработан Greenglass, Schwarzer, Aspinwall, Jakubiec, Fiksenbaum, Taubert в 1999 году. Методика «Проактивное совладающее поведение» оценивает выраженность тех или иных копинг-стратегий у индивида. Испытуемый получает инструкцию: «Следующие утверждения касаются ваших реакций на различные жизненные ситуации. Отметьте, насколько вы согласны с каждым из этих утверждений, поставив галочку в соответствующей графе».

Опросник состоит из 55 утверждений и включает шесть шкал:

1. Проактивное преодоление
2. Рефлексивное преодоление
3. Стратегическое планирование
4. Превентивное преодоление
5. Поиск инструментальной поддержки
6. Поиск эмоциональной поддержки

Каждое утверждение предлагает определенный вариант ответа. Оценка ответов производится по 4 балльной шкале: «совсем не согласен» — 1 балл, «частично согласен» — 2 балла, «скорее согласен, чем не согласен» — 3 балла, 4 балла — «полностью согласен». Пункты 2, 9, 14 первой шкалы подвергаются обратной обработке. Интерпретация производится по каждой из шкал со средними значениями в исследуемой выборке.

Результаты исследования и их обсуждение

Результаты исследования стратегий в 1 и 2 группах представлены на диаграмме № 1. В целом, у больных шизотипическим расстройством получены низкие значения по всем параметрам теста, что указывает на недостаточное обращение к формам проактивного совладающего поведения.

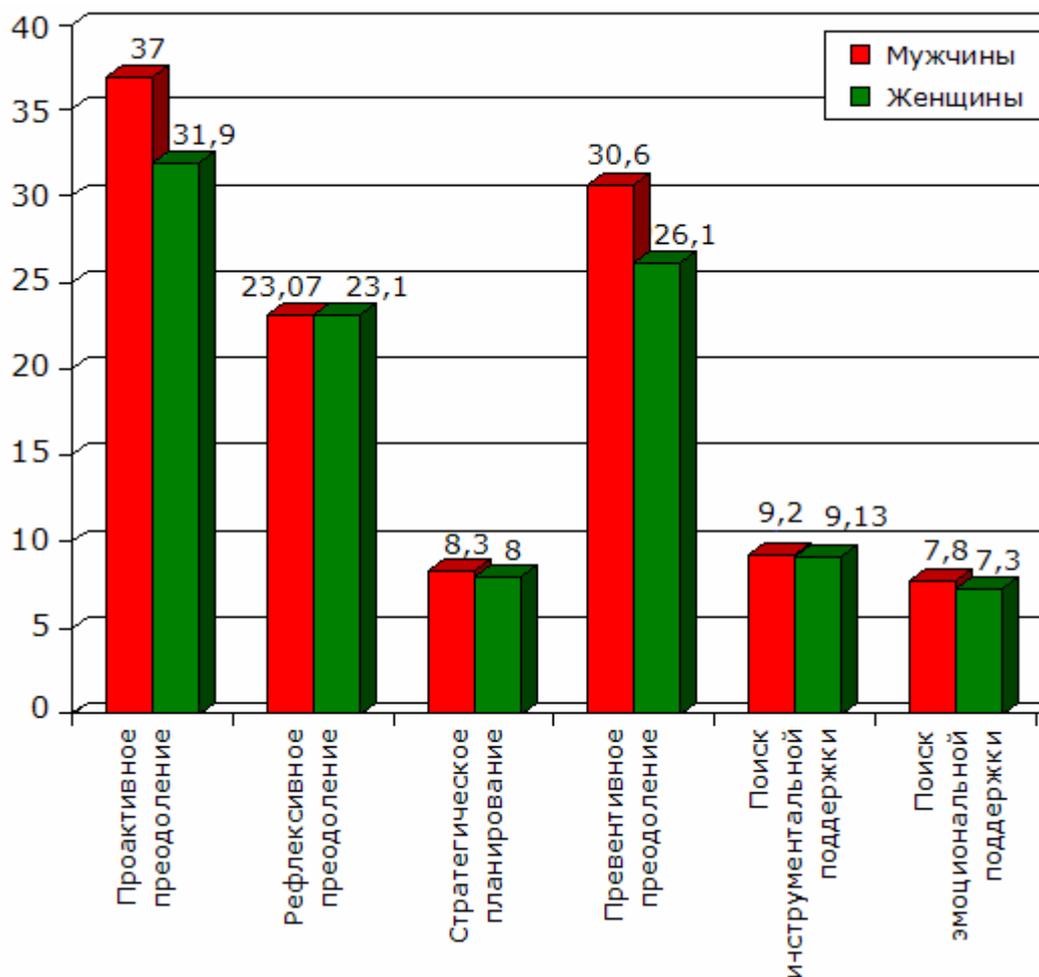


Диаграмма № 1. Средние показатели предпочтительности стратегий преодолевающего поведения для мужчин и женщин, полученных с помощью методики «Проактивное совладающее поведение»

Шкала «Проактивное преодоление»

Достоверно менее развит ($P=0,01$) процесс целеполагания у женщин, для них средний балл составил $31,9 \pm 4,3$ по сравнению с мужчинами, для которых значения варьируют в области $37 \pm 2,8$. Таким образом, во второй выборке наблюдается дефицит обращения к базисной форме проактивного совладающего поведения — проактивному преодолению. Т.е. к процессу, играющему важную роль в подготовке и предотвращении потенциальных будущих стрессоров, женщины обращаются реже в сравнении с мужчинами.

Шкала «Стратегическое планирование»

Достоверных различий при сравнении результатов мужчин и женщин не было выявлено ($P>0,05$), средние показатели для мужчин составили $8,3 \pm 0,9$, для женщин — $8 \pm 1,25$, что указывает на редкое обращение к стратегическому планированию и может приводить к дезорганизации деятельности по разрешению затруднительных ситуаций.

Шкала «Превентивное преодоление»

Достоверно ($P=0,01$) более высокие баллы получены у мужчин — $30,6 \pm 2,03$ по сравнению с женщинами — $26,1 \pm 2,2$. Т.о., мужчины чаще женщин в своем поведенческом арсенале используют стратегию «превентивное преодоление», они более сознательно и ответственно подходят к важности подготовки определенных действий по сохранению собственного здоровья и удовлетворительного самочувствия, таких как: накопление денежных средств, своевременное принятие медикаментозных препаратов, прохождение плановых обследований по предотвращению тех или иных неблагоприятных последствий, например, ухудшение своего психического состояния.

Шкала «Поиск инструментальной поддержки»

При сопоставлении данных 1 и 2 группы получены практически одинаковые значения ($P>0,05$): для мужчин средний балл составил $9,2 \pm 1,4$, для женщин — $9,13 \pm 1,25$. Недостаточно развитая стратегия «поиск инструментальной поддержки» у пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, может приводить к сужению кругозора в решении проблемных и стрессовых ситуаций, ограничению средств в совладании с ними. Информирование психически больных о доступности и возможности более эффективного использования инструментальных ресурсов может повысить ощущение более успешного совладания с трудностями. Осознание того, что вышеупомянутые ресурсы доступны, может снизить уровень субъективно воспринимаемых угроз, вызванных стрессовыми ситуациями.

Шкала «Поиск эмоциональной поддержки»

Средние показатели для мужчин по этой шкале составили $7,8 \pm 1,3$, для женщин — $7,3 \pm 1,1$ ($P>0,05$). Полученные данные указывают на редкое обращение больных шизотипическим расстройством к ближайшему окружению за эмоциональной поддержкой. Они не удовлетворены имеющимися эмоциональными контактами, им сложно раскрывать и доверять свои чувства и переживания окружающим, что, скорее всего, связано с особенностями психической организации пациентов, вследствие которых им сложно адекватно оценивать и распознавать чужие эмоциональные проявления.

Выводы

1. У больных шизотипическим расстройством наблюдается недостаточное обращение к проактивным формам стресс преодолещающего поведения.
2. Больные шизотипическим расстройством испытывают дефицит навыков планирования, у них недостаточно сформировано представление о ходе деятельности и ограничен выбор эффективных способов совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями.
3. У женщин с шизотипическим расстройством по сравнению с мужчинами с шизотипическим расстройством менее развиты навыки самостоятельного решения трудностей, целеполагания, рассмотрения вариантов разрешения конфликтных или затруднительных ситуаций.
4. Недостаточное обращение к стратегии «поиск инструментальной поддержки» пациентами, страдающими шизотипическим расстройством, может приводить к сужению кругозора в решении проблемных и стрессовых ситуаций, ограничению средств в совладании с ними.
5. Редкое обращение к стратегии «поиск эмоциональной поддержки» больными шизотипическим расстройством может быть связано с особенностями психической организации пациентов, вследствие которых им сложно адекватно оценивать и распознавать чужие эмоциональные проявления.

Заключение

Проведенное исследование позволяет расширить научные представления о роли репертуара стресс преодолещающего поведения в возникновении, протекании и лечении психических заболеваний, в особенности у больных шизотипическим расстройством; разрабатывать обоснованные теоретические модели для психологической коррекции и психотерапевтического вмешательства.

Литература

1. Малкина-Пых И.Г. Стратегии поведения при стрессе // Московский психологический журнал. – 2005. – № 12 [Электронный ресурс]. – URL: <http://magazine.mospsy.ru> (дата обращения: 19.10.2010).
2. Крюкова Т.Л. О методологии исследования и адаптации опросников диагностики совладающего поведения // Психология и практика / сост. В.А. Соловьева. Институт педагогики и психологии. – Кострома: Издательство КГУ им. Н.А. Некрасова, 2001. – С. 66–72.
3. Крюкова Т.Л. Человек как субъект совладающего поведения // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 55–66.
4. Сергиенко Е.А. Субъектная регуляция совладающего поведения // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 67–83.
5. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1994. – 283 с.
6. Сирота Н.А., Ярославская М.А. Исследование пассивных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных бронхиальной астмой // Российский медицинский журнал. Болезни дыхательных путей. Оториноларингология. – 2011. – Т. 19, № 8. – С. 522–524.
7. Ялтонский В.М. Современные теоретические подходы к исследованию совладающего поведения // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 1(2) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 19.10.2013).
8. Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Психология совладающего поведения: развитие, достижения, проблемы, перспективы // Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – С. 21–54.
9. Ярославская М.А. Исследование активных видов совладающего со стрессом поведения как механизмов адаптации / дезадаптации к заболеванию у больных хроническими неспецифическими заболеваниями легких // Психотерапия. – 2011, № 02 (98). – С. 47–52.
10. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping // Psychological Bulletin. – 1997. – Vol. 121(3). – P. 417–436.
11. Aukst-Margetic B., Jakovljevic M. Religiosity and schizophrenia // Psychiatr Danub. – 2008. – Vol. 20(3). – P. 437–438.
12. Bolger N. Coping as a personality process: A prospective study // Journal of Personality and Social Psychology. – 1990. – Vol. 59. – P. 525–537.
13. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE // Int J Behav Med. – 1997. – № 4. – P. 91–100.
14. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach // Journal of Personality and Social Psychology 1989. – Vol. 56(2). – P. 267–283.
15. Cooper G.L., Cooper R.D., Eaker L.H. Living with Stress. – London: Penguin Books, 1988. – P. 256.

16. Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? / S.R. Chaudoir, W.E. Norton, V.A. Earnshaw [et al.] // *AIDS Behav.* – 2012. – № 16(8). – P. 2382–2391.
17. Diener E., Fujita F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach // *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1995. – Vol. 68. – P. 926–935.
18. Dittmann J., Schüttler R. Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis // *Acta Psychiatr Scand.* – 1990. – Vol. 82(4). – P. 318–322.
19. Folkman S., Lazarus R.S. Coping and emotion // *Stress and Coping* / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. – N.-Y., 1991. – P. 207–227.
20. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and promise // *Annual Review of Psychology.* – 2004. – Vol. 55. – P. 745–774.
21. Greenglass E. Chapter 3. Proactive coping and quality of life management // *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges* / Ed. by E. Frydenberg. – London: Oxford University Press, 2002. – P. 37–62.
22. Lazarus R.S. Toward better research on stress and coping // *American Psychologist.* – 2000. – Vol. 55. – P. 665–673.
23. Lazarus R.S., Folkman S. The concept of coping // *Stress and Coping* / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. – N.-Y., 1991. – P. 189–206.
24. Mattlin J., Wethington E., Kessler R.Cl. Situational determinants of coping and coping effectiveness // *Journal of Health and Social Behavior.* – 1990. – Vol. 31. – P. 103–122.
25. Moos R., Schaefer J.A. Chapter 13. Coping Resources and Processes: Current Concepts and measures // *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical aspects* / Ed. by L. Goldberg, S. Breznitz. – 2nd ed. – New York: Free Press, 1993. – P. 234–258.
26. Schwarzer R., Taubert S. Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping // *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions and Challenges* / Ed. by E. Fydenberg. – London: Oxford University Press, 2002. – P. 19–35.

The research of proactive coping behavior of patients with schizotypal personality disorder

Sirota N.A.¹, Yaroslavskaya M.A.²

¹ *Sirota Natal'ya Aleksandrovna*

MD, professor, dean of the faculty of clinical psychology, chief of department of clinical psychology; A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Delegatskaya st., 20, p. 1, Moscow, 127473, Russian Federation. Phone: 8 (495) 609-67-00.

E-mail: sirotan@mail.ru

² *Yaroslavskaya Mariya Aleksandrovna*

candidate of psychological sciences, clinical psychologist, psychiatric hospital # 12, Volokolamskoe sh., 47, Moscow, 123367, Russian Federation. Phone: 8 (499) 193-04-00.

E-mail: visiteuse@mail.ru

Copyright ©: Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A.

Abstract. Purpose: The purpose of the research was to study the patterns of using proactive coping and adherences to it's different types in patients with schizotypal personality disorder. Participants of the study (N=30) were 31 to 50 years old. Methods: The Proactive Coping Inventory was used to assess the patients psychological status. Results: According to the results of the study patients with schizotypal personality disorder show a rare use of proactive strategies for coping behavior. Patients with schizotypal personality disorder have defetsit planning skills,

they have not formed an idea of the progress of the selection is limited and effective ways of coping with stressful and problematic situations. They observed a rare use of instrumental and emotional forms of social support. **Discussion:** The results of the study may be useful in developing educational systems of proactive coping behavior skills for patients with schizotypal personality disorder for their health and well-being.

Key words: coping behavior; proactive coping; adaptation; schizotypal personality disorder.

For citation

Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. The research of proactive coping behavior of patients with schizotypal personality disorder. *Med. psihol. Ross.*, 2014, vol. 6, no. 1, p. 8. doi:10.24411/2219-8245-2014-00001 [in Russian, in English].

Received: December 3, 2013 Accepted: December 28, 2013 Publisher: January 1, 2014

Introduction

Numerous results of foreign and domestic research indicates the high importance of coping in psychosocial adjustment and maladjustment of patients with chronic mental and physical illnesses, which leads to a detailed study of the problem of finding productive and non-productive components of coping behaviors that affect the health, quality of life [5; 6; 7; 9; 11; 18]. "Coping behavior — is a type of behavior focused on adaptation to circumstances, which presupposes the ability to use certain means to overcome emotional stress" [1]. The effectiveness of Coping Strategy depends on personality values and aims, type and phase of stressful event and specific results selected for estimation [8; 20]. It was established that use of one or another coping behavior strategy depends on personality [12] and environment type [24]. There is no universal theory of coping behavior. One of the most popular classifications named after Lazarus R.S., Folkman S. includes problem-focused and emotion-focused coping [19]. Problem-focused coping assumes that the efforts are made to improve the "person-environment" relation by changing cognitive evaluation of the situation. Emotional-oriented coping supposes thoughts and actions targeted to reduce physical and psychological stressful influence [19]. Lazarus R.S. mentions that although problem-focused and emotion-oriented types of coping are conceptually distinguishable they shouldn't be considered separately, for they are commonly used together [23]. Coping strategies are determined by cognitive evaluation of the stressor, particularly by rationality and flexibility of judgements and expectation of certain result [25]. Besides coping behavior strategies there are coping recourses. These are personality traits, social or material recourses accessible for an individual to cope with inconveniences [17]. Most foreign and domestic researchers consider a constructive and non-constructive coping activities [2; 16]. Constructive (adaptive) coping — strategies aimed at resolving the problem situation. These include the following types of coping [13; 14]: active steps to eliminate the source of stress, search for social support, positive reappraisal of the situation, the recognition and acceptance of reality, planning of its activities in respect of the current the problem situation.

Sirota N.A., Yaltonskiy V.M. in the model of maladaptive behaviors are the following attributes [4]:

a) the prevalence of avoiding strategies on strategies to find social support and problem-solving, heavy use of defense mechanisms, unbalanced operation of cognitive, behavioral and emotional components of coping — mechanisms, lack of social skills problem-solving;

b) the prevalence of avoidance motivation on the motivation to succeed, lack of willingness to actively confront the environment, subordination to her; assessment of the problem as threatening, negative, defensive nature of behavioral activity, the low level of functional coping — behavior;

c) lack of focus coping — behavior to a stressor as the cause of the adverse effects and the impact of emotional stress as a result of the negative impact of the stressor to its reduction, poor awareness of the impact of the stress;

d) the low efficiency of the personality of environmental resources (low perception of social support, the prevalence of internal locus of control, etc.).

In this model, there is a direct indication of the close cooperation and continuous transition from the psychological defenses to coping behavior in the case of maladjustment, the mismatch of personal goals and objectives, low-level organization structure and resources of the self-construction. In persons suffering from the diseases, unproductive behavior strategies are considered, those that impair their condition and increase the symptoms [3].

Proactive coping is a special part of the rapidly developing psychological science that studies coping behavior. Proactive coping is a future-oriented (prospective) multidimensional way to overcome difficulties that unites quality of life management and self-control necessary for objective fulfillment [21]. Proactive coping behavior represents a method of estimating future goals and creating conditions for their successful achievement [26]. Aspinwall and Taylor assume that proactive coping is a process that provides preparation for potential future stressors and possibility to prevent them [10].

Proactive coping behavior differs from conventional coping perceptions in three ways [21]:

1. Conventional coping behavior types are reactive i.e. they deal with stressful events that have already occurred, their purpose is to indemnify the loss or to reduce the harm. Proactive coping is oriented in the future. It consists of the efforts directed on creation of general recourses that contribute to fulfilling the tasks and personal growth.

2. Reactive coping is considered as risk management and proactive coping is the aim of management. While using proactive coping an individual perceives an inconvenient situation as a challenge. One can see the risks, requirements and possibilities associated with one or another Coping Strategy or another for a problematic situation solving in future, but doesn't see it as threat, harm or loss. Proactive coping becomes means for managing the goal instead of managing the risk.

3. Motivation for proactive coping behavior in comparison to conventional coping is more positive, for the situation is perceived as challenge and stimulus, whereas reactive coping comes from the risk estimation, which means requirements are often estimated negatively as threats.

Proactive coping behavior is actively studied in the western countries [10; 15; 20; 21] but remains one of the least studied phenomena in the field of domestic medicine and psychology, in particular in patients with schizotypal personality disorder. The purpose of the research is to study the patterns of using proactive coping and adherence to its forms in patients with schizotypal personality disorder.

Experimental group characteristic and methods

Participants of the study (N=30) were 31 to 50 years old with a diagnosis according to ICD-10 F21 "schizotypal personality disorder". Patients were treated at a psychiatric hospital number 12. The sample of 30 patients were divided into 2 groups. The first group included 15 males, mean age — 40.7 ± 7.04 . The comparison group consisted of 15 female, mean age — 40.4 ± 6.15 .

The technique The Proactive Coping Inventory was used to assess the frequency and effectiveness of using Coping Strategies (Aspinwall, Schwarzer, Taubert, 1999, adaptation E. Starchenkova in V. M. Yaltonskyi modification, 2009).

Statistical analysis of study results

While processing the results of the study arithmetic mean values were calculated as well as the standard deviations and reliability of distinctions between groups. The last indicator was calculated with U-criterion Mann-Whitney test. Computer-based statistical program "Statistica 6.0" and MICROSOFT EXCEL 2003 were used for processing the results. Calculations were made with reliability $p \leq 0.05$.

Method description

The Proactive Coping Inventory (PCI) was designed by Greenglass, Schwarzer, Aspinwall, Jakubiec, Fiksenbaum, Taubert in 1999. The Inventory evaluates the evidence of one or another coping strategy in individuals. The participant is given the instruction: "The following statements reflect your reactions to different reality situations. Please, leave a mark in the block that corresponds with your opinion". The Inventory consists of 55 statements and includes 6 subscales:

1. The proactive coping subscale
2. The reflective coping subscale
3. The strategic planning subscale
4. The preventive coping subscale
5. The instrumental support seeking subscale
6. The emotional support seeking subscale

Each statement suggests a certain answer. The answers are estimated in a 4-grade scale: "not at all true" — 1 point, "barely true" — 2 points, "somewhat true" — 3 points, "completely true" — 4 points. Tasks 2, 9, 14 are reversed items. The scales are interpreted according to expected value in the study sample.

Study results and discussion

The results of research strategies in groups 1 and 2 are shown in the chart number 1. In general, patients with schizotypal personality disorder were low values for all parameters of the test, indicating a lack of recourse to forms of proactive coping.

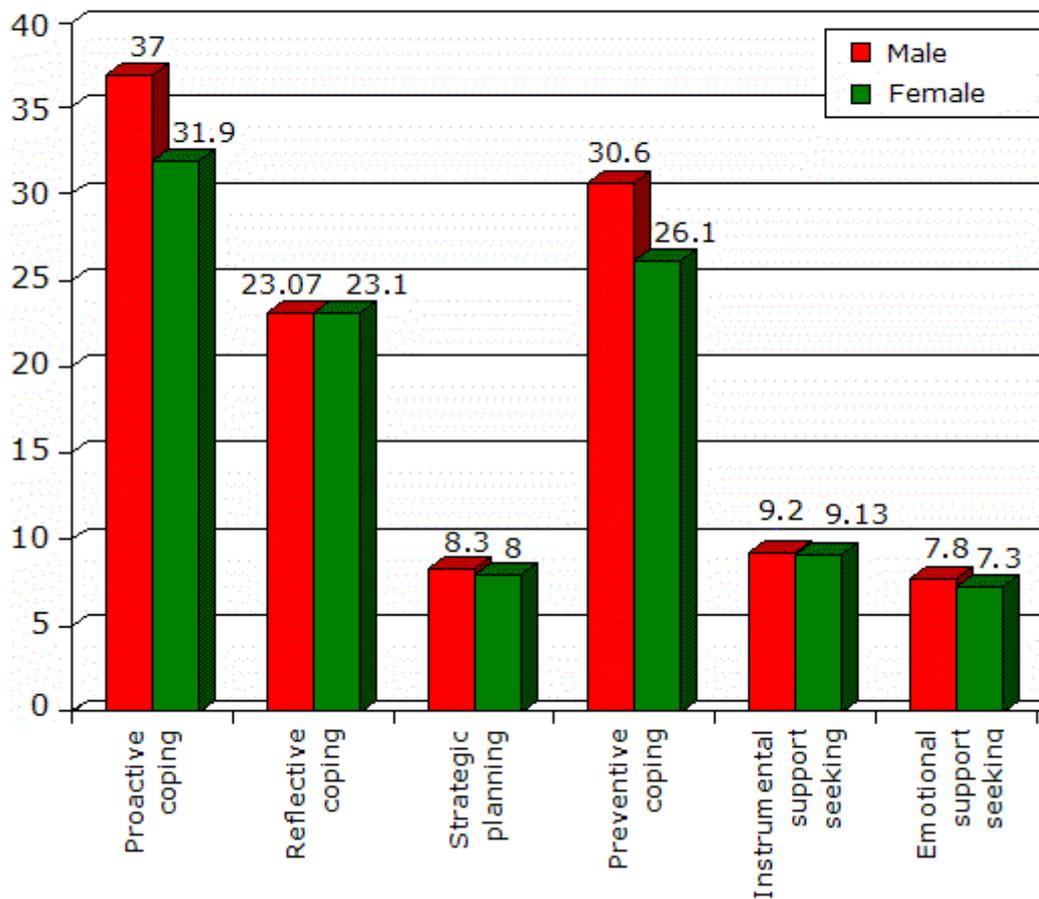
The Proactive Coping Subscale

The definition of objection process is significantly less developed ($P = 0.01$) in women, the mean score for this group was $31.9, \pm 4.3$ in comparison to men — 37 ± 2.8 . I. e. female patients with schizotypal personality disorder less frequently use an ability that plays an important role in preparation and prevention of potential future stressors than male patients do.

The Reflective Coping Subscale

There were no reliable differences ($P > 0.05$) when comparing the males and females scale "reflexive coping". Received virtually identical values in groups. Average score for men was — 23.07 ± 2.15 , for women — 23.1 ± 2.02 . These findings point to a rare appeal to overcome the reflective coping strategy in patients with schizotypal personality disorder, which can lead to a less — generated views on progress, lack of planning skills, selection of more effective ways of coping with stressful situations and therefore a less successful and prolonged solving of inconvenient situations. So the above stated may be a risk of emotional tension and as a consequence of worsening mental state.

Diagramm № 1
Average rates of adherence to coping behavior types in patients with schizotypal personality disorder on The Proactiv Coping Inventory



The Strategic Planning subscale

Significant differences when comparing the results between men and women has not been revealed ($P > 0.05$), the average for males was — 8.3 ± 0.9 , for females — 8 ± 1.25 , indicating a rare reference to the strategic planning. This may cause disorganization of their activity in solving problematic situations.

The Preventive Coping Subscale

Significantly ($P=0.01$) higher scores were obtained for men — 30.6 ± 2.03 , compared to women — 26.1 ± 2.2 . Considering the above mentioned it is possible to assume that male patients in comparison to female are more responsible in arranging their actions directed on maintaining their health and well-being such as saving money, taking medication on schedule and regular examinations in order to prevent mental recrudescence.

The Instrumental Support Seeking Subscale

When compared with Groups 1 and 2 were obtained almost identical values ($P > 0.05$): for men the average score was — 9.2 ± 1.4 , for women — 9.13 ± 1.25 . In accordance with the study results an assumption can be made: an underdeveloped instrumental support seeking strategy in patients with schizotypal personality disorder may narrow patient's horizons in problem-solving and stress-management and limit coping ability. Providing awareness of instrumental support seeking coping strategy for patients may create a perception of successful problem managing. Knowing that these recourses are available should level down the subjective threat caused by stressful situations.

The Emotional Support Seeking Subscale

Average figures for male were on a scale of — 7.8 ± 1.3 , for female — 7.3 ± 1.1 ($P > 0,05$). The data obtained indicate the rare use of schizotypal personality disorder patients to the nearest environment for emotional support. They are not satisfied with the existing emotional connection, it is difficult to discover and trust their feelings and experiences of others that is likely due to the peculiarities of mental patients' organizations, so that they find it difficult to adequately assess and recognize other people's emotional expressions.

On the basis of obtained findings, the following conclusions:

1. In patients with schizotypal personality disorder, there is inadequate treatment to proactive strategies to coping behavior.
2. Patients with schizotypal personality disorder have deficits planning skills, they have not formed an idea of the progress of the selection is limited and effective ways of coping with stressful and problematic situations.
3. At female patients with schizotypal personality disorder less frequently use an ability that plays an important role in preparation and prevention of potential future stressors than male patients do.
4. Underdeveloped instrumental support seeking strategy in patients with schizotypal personality disorder may cause these insufficiency in solving difficult and stressful situations and thus a higher risks for disadaptation reactions in inconvenient atmosphere.
5. Rare reference to the strategy of "seeking emotional support" sick schizotypal personality disorder may be associated with features of mental patients' organizations, so that they find it difficult to adequately assess and recognize other people's emotional expressions.

Summary:

The study enables us to expand the scientific understanding of the role of the repertoire of coping behavior in stress, the flow and treatment of mental disorders, especially in patients with schizotypal personality disorder; develop sound theoretical model for psychological treatment and psychotherapeutic intervention.

References:

1. Malkina-Pykh I.G. Coping strategies in stress. *Moskovskii psikhologicheskii zhurnal*, 2005, no. 12 (In Russian). Available at: <http://magazine.mospsy.ru> (accessed 19 October 2010).
2. Kryukova T.L. On the methodology of the study and adaptation of questionnaires diagnosis of coping. *Psikhologiya i praktika* (Compiled by V.A. Solovyova. Institute of Pedagogy and Psychology). Kostroma, KGU. im. N.A. Nekrasov Publ., 2001, pp. 66–72 (In Russian).
3. Kryukova T.L. Man as the subject of coping. *Sovladayushchee povedenie: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy* (edited by A.L. Zhuravlev, T.L. Kryukova, E.A. Sergienko). Moscow, Izd-vo "Institut psikhologii RAN" Publ., 2008, pp. 55–66 (In Russian).
4. Sergienko E.A. Subjective regulation coping. *Sovladayushchee povedenie: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy* (edited by A.L. Zhuravlev, T.L. Kryukova, E.A. Sergienko). Moscow, Izd-vo "Institut psikhologii RAN" Publ., 2008, pp. 67–83 (In Russian).
5. Sirota N.A. Coping-behavior in adolescence. Dr. med. sci. diss. St. Petersburg, 1994. 283 p. (In Russian).
6. Sirota N.A., Yaroslavskaya M.A. The study of passive forms of coping with stress behaviors as coping mechanisms / maladjustment to the disease in patients with bronchial asthma]. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal. Bolezni dykhatel'nykh putei. Otorinolaringologiya*, 2011, vol. 19, no. 8, pp. 522–524 (In Russian).

7. Yaltonskii V.M. Modern theoretical concepts in research of coping behavior. *Med. psihol. Ross.*, 2010, no. 1(2) (In Russian). Available at: <http://mprj.ru> (accessed 19 October 2013).
8. Yaltonskii V.M., Sirota N.A. Psychology of coping: development, achievements, problems and prospects. *Sovladayushchee povedenie: Sovremennoe sostoyanie i perspektivy* (edited by A.L. Zhuravlev, T.L. Kryukova, E.A. Sergienko). Moscow, Izd-vo "Institut psikhologii RAN" Publ., 2008, pp. 21–54 (In Russian).
9. Yaroslavskaya M.A. The study of active forms of coping with stress behaviors as coping mechanisms / maladjustment to the disease in patients with chronic nonspecific lung diseases. *Psikhoterapiya*, 2011, no. 02(98), pp. 47–52 (In Russian).
10. Aspinwall L.G., Taylor S.E. A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 1997, vol. 121(3), pp. 417–436.
11. Aukst-Margetić B., Jakovljević M. Religiosity and schizophrenia. *Psychiatr Danub*, 2008 Sep, vol. 20(3), pp. 437–438.
12. Bolger N. Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1990, vol. 59, pp. 525–537.
13. Carver C.S. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *J Behav Med*, 1997, vol. 4, pp. 91–100.
14. Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 56(2), pp. 267–283.
15. Cooper G.L., Cooper R.D., Eaker L.H. *Living with Stress*. London, Penguin Books, 1988, pp. 256.
16. Chaudoir S.R., Norton W.E., Earnshaw V.A., Moneyham L., Mugavero M.J., Hiers K.M. Coping with HIV stigma: do proactive coping and spiritual peace buffer the effect of stigma on depression? *AIDS Behav*, 2012 Nov, vol. 16(8), pp. 2382–291.
17. Diener E., Fujita F. Resources, personal strivings, and subjective well-being: a nomothetic and idiographic approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 68, pp. 926–935.
18. Dittmann J., Schüttler R. Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatr Scand*, 1990 Oct, vol. 82(4), pp. 318–322.
19. Folkman S., Lazarus R.S. *Coping and emotion*. In: Monat A., Lazarus R.S. *Stress and Coping*. N.-Y., 1991, pp. 207–227.
20. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 2004, vol. 55, pp. 745–774.
21. Greenglass E. Chapter 3. *Proactive coping and quality of life management*. In: Frydenberg E. (Ed.). *Beyond coping: Meeting goals, vision, and challenges*. London, Oxford University Press, 2002, pp. 37–62.
22. Lazarus R.S. Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 2000, vol. 55, pp. 665–673.
23. Lazarus R.S., Folkman S. *The concept of coping*. In: Monat A., Lazarus R.S. (Eds.) *Stress and Coping*. N.-Y., 1991, pp. 189–206.
24. Mattlin J., Wethington E., Kessler R.C. Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 1990, vol. 31, pp. 103–122.
25. Moos R., Schaefer J.A. *Coping Resources and Processes: Current Concepts and measures*. In: Goldberg L., Breznitz S. (Eds.). *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical aspects* (2nd ed.). New York, Free Press, 1993, Chapter 13, pp. 234–258.
26. Schwarzer R., Taubert S. *Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth: Proactive coping*. In: Frydenberg E. (Ed.) *Beyond Coping: Meeting Goals, Visions and Challenges*. London, Oxford University Press, 2002, pp. 19–35.