

Психология и Психотехника

Правильная ссылка на статью:

Боровиков А.В. Копинг-поведение и депрессия у пациентов с аффективными расстройствами: систематический обзор литературы // Психология и Психотехника. 2025. № 1. С.1-46. DOI: 10.7256/2454-0722.2025.1.73074 EDN: ZMKYVQ URL: [https://nbpublish.com/library\\_read\\_article.php?id=73074](https://nbpublish.com/library_read_article.php?id=73074)

## **Копинг-поведение и депрессия у пациентов с аффективными расстройствами: систематический обзор литературы**

Боровиков Андрей Владиславович

независимый исследователь, студент, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет

199034, Россия, г. Санкт-Петербург, наб. Макарова, 6

✉ alohaman1999@gmail.com



[Статья из рубрики "В ПОТОКЕ КНИГ"](#)

**DOI:**

10.7256/2454-0722.2025.1.73074

**EDN:**

ZMKYVQ

**Дата направления статьи в редакцию:**

14-01-2025

**Дата публикации:**

21-01-2025

**Аннотация:** Человек ежедневно сталкивается с различными психосоциальными стрессорами, которые являются важными факторами развития и поддержания депрессии. Однако у большинства людей, подверженных влиянию стресса, депрессия не развивается, что частично обусловлено действием адаптационных механизмов. В частности, к этим механизмам относится копинг-поведение. С момента последнего обзора, затрагивающего проблему копинга и депрессии у пациентов с аффективными расстройствами, прошло почти 20 лет, и за этот период было проведено множество исследований в области копинга и депрессии. В связи с этим возникает необходимость в обновлении и систематизации научных данных для более глубокого понимания особенностей депрессивного состояния у пациентов с аффективными расстройствами.

Цель исследования — выявить и обобщить существующие научные данные об особенностях копинг-поведения у пациентов с депрессией в рамках аффективных расстройств. Для достижения поставленной цели был проведен систематический обзор литературы. В обзоре использовались две поисковые стратегии: систематический электронный поиск в базах данных (PubMed, Google Scholar и eLibrary.Ru) и ручной поиск статей. Обнаружено 42 статьи: 27 публикаций с кросс-секционным дизайном и 15 работ с лонгитюдным дизайном. Выявлено, что симптомы депрессии негативно связаны с проблемно-ориентированным совладанием и эмоционально-ориентированным копингом, направленным на вовлечение в ситуацию стресса. Избегающий копинг прямо связан с симптомами депрессии и предсказывает ее развитие. Выявлено лишь одно исследование, где копинг рассматривался как фактор риска развития депрессии у здоровых людей. Результаты двух исследований показали, что копинг опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и депрессией. Выявлено, что профиль совладания у пациентов с аффективными расстройствами имеет отличия от профиля здоровых людей: преобладание избегающих стратегий совладания и низкая выраженность проблемно-ориентированного копинга. Обнаружен дефицит исследований, сравнивающих различные клинические группы по репертуару совладания. Помимо этого, рассмотрена гендерная специфика совладания и взаимосвязь копинга с возрастными характеристиками. Отмечено, что исследователи используют разные методики оценки копинга, что затрудняет анализ, обобщение и сравнение данных. Также не выявлено исследований, посвященных изучению взаимодействия копинг-стратегий и личностных особенностей.

### **Ключевые слова:**

аффективные расстройства, расстройства настроения, депрессия, симптомы депрессии, депрессивные симптомы, депрессивное расстройство, униполярная депрессия, копинг, копинг-стратегии, копинг-поведение

### **Введение**

Современный человек ежедневно сталкивается с различными психосоциальными стрессорами, которые, как известно, являются важными этиопатогенетическими факторами в развитии депрессий. Ряд исследований свидетельствует о том, что различные типы стрессоров — критические жизненные события, повседневные сложности и хронический стресс — являются предикторами развития депрессивного состояния [37, 39, 40] и связаны с клиническими характеристиками депрессии [30, 31, 52]. Однако у большинства людей, подверженных влиянию стресса, психические расстройства, включая депрессию, не развиваются. Предполагается, что этому способствуют адаптационные механизмы, обеспечивающие процесс приспособления к изменяющимся условиям существования на биологическом, психологическом и социальном уровнях. В частности, к этим механизмам относится копинг-поведение (совладание) как способ регуляции адаптационных ресурсов, а также их организации в структуре адаптационного ответа [7].

Существует множество определений копинга, что обусловлено разнообразием подходов и направлений в его исследовании. Например, копинг — это использование когнитивных и поведенческих стратегий для управления требованиями ситуации, которые оцениваются как обременительные или превышающие возможности человека. Копинг

направлен на снижение негативных эмоций и конфликтов, вызванных стрессом [\[70\]](#).

Копинг-поведение представляет собой широкое понятие, поэтому существует множество классификаций, описывающих различные виды и способы совладания со стрессом [\[28\]](#). Наиболее известную классификацию предложили R. Lazarus и S. Folkman. Авторы выделили два основных вида: 1) проблемно-ориентированное совладание, направленное на решение проблемы, вызывающей дистресс (например, составление плана действий); 2) эмоционально-ориентированное совладание, сосредоточенное на управлении эмоциями (например, самоконтроль и избегание) [\[43\]](#). Другой способ классификации основан на разделении копинга по принципу «вовлеченность — отстраненность» (англ. «engagement — disengagement»). Вовлеченность подразумевает активную борьбу со стрессом или эмоциями, связанными с дистрессом. Этот вид копинга включает в себя совладание, ориентированное на решение проблем, а также формы преодоления, направленные на управление эмоциями (например, принятие и когнитивное реструктурирование). Отстраненность (или избегающий копинг) предполагает избегание угрозы или связанных с ней эмоций и включает в себя такие копинги, как отрицание, избегание и принятие желаемого за действительное. Избегающий копинг, как правило, малоэффективен для снижения стресса в долгосрочной перспективе, так как не устраниет саму угрозу и её последствия [\[13\]](#).

Совладание со стрессом может оказывать влияние на здоровье, а также на развитие психических расстройств, включая депрессию [\[1, 14\]](#). Люди, страдающие депрессией, часто недооценивают контролируемость стрессоров и проявляют более пассивное поведение. Депрессию также можно рассматривать как специфическую модель совладания со стрессом [\[11\]](#).

Последний обзор, посвящённый копингу и депрессии у пациентов с аффективными расстройствами, был проведён в 2005 году. M. Christensen и L. Kessing включили в свою работу 11 кросс-секционных и 17 лонгитюдных исследований. Авторы обнаружили, что только в четырех работах результаты указывают на роль эмоционально-ориентированного совладания и/или избегающего копинга в риске развития аффективных расстройств. Большинство исследований, включённых в обзор, указывают, что эмоционально-ориентированные и избегающие стратегии совладания связаны с выраженной депрессии и рецидивами депрессивных эпизодов. Кроме того, M. Christensen и L. Kessing отмечают, что проблемно-ориентированные стратегии, по-видимому, ассоциируются с позитивным исходом. Однако результаты лонгитюдных исследований, включенных в обзор, не предоставляют последовательных доказательств, подтверждающих этот вывод [\[17\]](#).

С момента последнего обзора, затрагивавшего проблему копинга и депрессии у пациентов с аффективными расстройствами, прошло почти 20 лет, и за этот период было проведено множество новых исследований. В связи с этим возникает необходимость в обновлении и систематизации научных данных для более глубокого понимания особенностей депрессивного состояния у пациентов с аффективными расстройствами. Цель исследования — выявить и обобщить существующие научные данные об особенностях копинг-поведения у пациентов с депрессией в рамках аффективных расстройств.

Основные задачи исследования:

1. Определить характер взаимосвязей между симптомами депрессии и видами/способами

совладания.

2. Определить, какие виды и способы копинга предсказывают развитие депрессии в рамках аффективных расстройств.

3. Определить особенности репертуара совладающего поведения у пациентов с депрессией по сравнению с психически здоровыми лицами и пациентами с другими психическими расстройствами.

## **Материалы и методы исследования**

### **Критерии отбора**

Настоящий обзор проводился на основе критериев PRISMA по написанию систематических обзоров и метаанализов [46]. Для достижения цели исследования применялся структурированный подход, включающий пять компонентов. Для обозначения этих компонентов используется акроним «PICOS»: популяция пациентов или рассматриваемые заболевания (P – Population), вмешательства или воздействия (I – Intervention), группа сравнения (C – comparator group), результат или конечная точка (O – outcome) и дизайн исследования (S – study design). Для настоящего обзора были выбраны следующие критерии:

P: Депрессия у пациентов с аффективными расстройствами (униполярные и биполярные депрессии). Кроме того, исключались работы, сосредоточенные исключительно на подростках или пожилых пациентах. Также исключались исследования, в которых депрессия изучалась в контексте хронических соматических заболеваний.

I: Исследование должно включать подробное описание диагностических процедур и методов исследования.

C: Здоровые и пациенты с психическими расстройствами.

O: Количественные и качественные характеристики копинг-поведения.

S: Описательные, обсервационные и интервенционные дизайны исследований. Исключались индивидуализированные дизайны (клинический случай и серия клинических случаев). Методы: количественные, качественные и смешанные.

В качестве дополнительных критериев включения выступали язык публикации (русский или английский) и тип публикации (полнотекстовые и доступные в открытом доступе).

### **Стратегии поиска и выбора исследований**

Во-первых, используя конкретные ключевые слова, был проведен систематический электронный поиск в трех базах данных: PubMed, eLibrary.Ru и Google Scholar.

Описание стратегии поиска в электронной базе PubMed. Основные критерии поиска: полный текст бесплатно. Дополнительные критерии: статьи на английском; люди; возраст «19 лет и старше». Использовался конструктор расширенного поиска «Title/Abstract» с терминами из двух категорий: 1) нозология: depression, depressive symptoms, depressive disorder, major depression, affective disorders, bipolar disorder, bipolar affective disorder; 2) копинг-поведение: coping. Для сужения выдаваемых результатов использовались следующие термины: cancer, AIDS, HIV, transplant, transplantation, coronary, cardiac, hypertension, heart, postpartum, pregnancy, hemodialysis, diabetes, arthritis, migraines, insomnia, chronic pain, asthma, children, elders, elderly, older adults, teenagers,

adolescents.

Описание стратегии поиска в электронной базе Google Scholar. Использовался расширенный поиск: термины встречаются в заголовке статьи. Термины из двух категорий: 1) нозология: depressive disorder, major depression, affective disorders, bipolar disorder, bipolar affective disorder; 2) копинг-поведение: coping. Исключенные слова: cancer, AIDS, HIV, transplant, transplantation, coronary, cardiac, hypertension, heart, postpartum, pregnancy, hemodialysis, diabetes, arthritis, migraines, insomnia, chronic pain, asthma, children, elders, elderly, older, adolescents.

Описание стратегии поиска в электронной базе eLibrary.Ru. Поиск осуществлялся по названиям публикаций, аннотациям и ключевым словам. Типы публикаций, включенные в поиск: статьи в журналах, материалы конференций, диссертации. Параметры поиска: искать в публикациях с полным текстом на eLibrary.Ru; искать в публикациях, доступных пользователю. Использовались комбинации английских слов: 1) нозология: depressive disorder, major depression, affective disorders, bipolar disorder, bipolar affective disorder; 2) копинг-поведение: coping. Кроме того, использовались комбинации русских слов: 1) нозология: депрессивное расстройство, большое депрессивное расстройство, аффективные расстройства, биполярное расстройство, биполярное аффективное расстройство; 2) копинг-поведение: копинг, совладание, совладающее поведение.

Во-вторых, использовалась стратегия ручного поиска работ.

Статьи, опубликованные с 1980 по ноябрь 2024 год, были отобраны.

### **Кодирование результатов**

Поскольку исследователи использовали различные способы оценки копинга (см. результаты — Методы психологической диагностики копинга), было проведено их перекодирование в следующие виды копинга: проблемно-ориентированный копинг, эмоционально-ориентированный копинг, направленный на отстранение от ситуации стресса (ЭОКО), и эмоционально-ориентированный копинг, направленный на вовлечение в ситуацию стресса (ЭОКВ).

Разделение эмоционально-ориентированного копинга на два вида — ЭОКО и ЭОКВ — объясняется тем, что одни стратегии эмоционально-ориентированного копинга связаны с вовлечением в ситуацию стресса, а другие направлены на избегание стресса. Проблемно-ориентированный копинг не был разделён, поскольку он рассматривается как форма вовлечения в ситуацию стресса.

В перекодировке результатов участвовал один исследователь.

### **Результаты**

#### **Этапы отбора публикаций:**

Этап идентификации публикаций из баз данных и с помощью стратегии ручного поиска. Всего было выявлено 2129 публикаций: eLibrary.Ru ( $n = 89$ ), Google Scholar ( $n = 319$ ), PubMed ( $n = 1660$ ), ручной поиск ( $n = 61$ ). После устранения дубликатов ( $n = 1751$ ): eLibrary.Ru ( $n = 69$ ), Google Scholar ( $n = 265$ ), PubMed ( $n = 1356$ ), ручной поиск ( $n = 61$ ).

Этап скрининга публикаций. Публикации, прошедшие скрининг по названию и аннотации: eLibrary.Ru ( $n = 6$ ), Google Scholar ( $n = 40$ ), PubMed ( $n = 18$ ), ручной поиск ( $n = 61$ ). Объединение данных и повторное устранение дубликатов: всего было выявлено 125 публикаций, после исключения дубликатов — 112.

Этап отбора публикаций. В ходе анализа были исключены публикации по следующим причинам: несоответствие исследуемой популяции ( $n = 42$ ), текст недоступен ( $n = 23$ ), клинический случай ( $n = 1$ ), описываемые результаты не относятся к копингу ( $n = 4$ ).

После применения критериев отбора, 42 работы были включены в обзор. Из них 27 исследований имели кросс-секционный дизайн (см. Таблицу 1), а 15 — лонгитюдный дизайн (см. Таблицу 2). В 8 исследованиях изучалась одна и та же популяция [10, 20, 21, 32, 34, 41, 64, 71].

Наибольшее количество работ представлено авторами из США [10, 20, 21, 32, 34, 41, 64, 67, 71]. Четыре исследования из России [2, 3, 5, 6], по три работы — из Нидерландов [11, 54, 57], Канады [47, 51, 63], Японии [58, 69, 72] и Турции [25, 29, 73]. По два исследования из Индии [16, 23], Польши [55, 56], Республики Кореи [53, 62] и Австралии [26, 27]. По одной публикации из Венгрии [65], Бельгии [48], Италии [22], Сингапура [33], Чехии и Словакии [36], Швейцарии [59], Украины [49], Румынии [19], одна работа выполнена международным коллективом [24].

### **Основные социально-демографические и клинические характеристики популяции.**

В анализируемых исследованиях принимало участие 6816 респондентов с депрессией в рамках аффективных расстройств. В расчет включены пациенты, которые завершили исследование. Одно исследование было исключено из расчета, поскольку не были представлены данные о количестве респондентов с аффективными расстройствами [63].

Средний возраст респондентов составил 42 года. Четырнадцать исследований не были включены в расчет среднего возраста. В 7 исследованиях не описаны возрастные характеристики или возраст представлен в виде диапазона для исследуемой популяции [3, 5, 6, 16, 41, 49, 63]. В 5 исследованиях возрастные характеристики были рассчитаны для начальной популяции, часть из которой не завершила исследование [20, 21, 32, 34, 64]. В одном исследовании возраст рассчитан для контрольной и клинической группы [26], а в другом исследовании рассматривались различные возрастные группы [53].

Большинство респондентов были женского пола — 62%, соответственно 38% — мужского пола. При расчете не учитывались исследования, где гендерное распределение было представлено для начальной группы [20, 21, 32, 34, 64], или не описано соотношение мужчин и женщин [5, 57, 63], или расчет был произведен для общей выборки [26]. Распределение по клиническим группам: униполярные депрессии — 93%, биполярные расстройства — 6%, другие аффективные расстройства — 1%.

### **Методы психологической диагностики копинга**

Во всех исследованиях использовались количественные методы оценки копинга. Наиболее частыми способами оценки были следующие методики: в 9 исследованиях использовался опросник «COPE» [19, 24, 25, 29, 47, 55, 56, 67, 73], в 6 работах применялся «The Health and Daily Living Form» [10, 20, 21, 41, 64, 71], в 6 исследованиях использовались различные варианты и модификации опросника копинг-стратегий R. Lazarus и S. Folkman [5, 6, 47, 48, 53, 65], в 5 работах использовалась краткая версия

опросника COPE [16, 23, 26, 27, 33], в 4 исследованиях — «The Coping Inventory of Stressful Situations» [51, 58, 62, 69], в 3 работах использовался опросник Механизмы копинг-поведения Э. Хайма [2, 3, 49], в 3 публикациях «Utrecht Coping List» [11, 54, 57]. В 2 исследованиях использовались «Cognitive Emotion Regulation Questionnaire» и «Responses to Positive Affect questionnaire» в качестве оценки когнитивного стиля копинга [26, 27]. В одном исследовании использовался опросник «Ruminative Responses Scale» для оценки дезадаптивного копинга [67]. В остальных исследованиях использовались методы оценки копинга, применявшиеся только в одних работах.

### **Кросс-секционные исследования**

Результаты кросс-секционных исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1. Результаты кросс-секционных исследований (N = 27)

Авторы, год публикации, страна	Выборка	Доля женщин	Средний возраст или возрастной диапазон	Методы оценки копинга и депрессии	Результаты
Billings A., Moos R., 1984 (США) [10]	Униполярная депрессия (n = 424)	45%.	40,7	HDLF, RDC	Решение проблем эмоциональная регуляция негативно связана с депрессией, эмоциональная разрядка прямо связана. Женщины чаще используют поиск социальной поддержки эмоциональную разрядку. У мужчин обнаружена прямая связь между поиском социальной поддержки и депрессией. Женщин обнаружена обратная связь между депрессией и эмоциональной регуляцией. Возраст отрицательно связан с эмоциональной разрядкой.
Исаева Е., Зуйкова Н., 2002 (Россия) [5]	Аффективные расстройства (n = 35), контрольная группа (n = 36)	-	От 19 до 50	МКБ-10, ВОКС	Пациенты реже используют планирование решения проблем, чаще прибегают

					конфронтации, дистанцированию избеганию.
McWilliams L. и др., 2003 (Канада) <a href="#">[51]</a>	БДР (n = 298)	63,42%	42,52	DSM-4, CISS, BDI	Эмоционально-ориентированный копинг прямо связа с депрессией Проблемно-ориентированный копинг, избегание поиск социально поддержки отрицательно связаны депрессией.
Thompson R. J. и др., 2010 (США) <a href="#">[67]</a>	БДР (n = 39), контрольная группа (n = 41)	100%	27,2	COPE, RRS, EAC, BDI-2, SCID-I	Депрессия негативно связана фактором «решени проблем» (активны копинг планирование) и фактором «когнитивная реструктуризация» (позитивная переоценка и рост эмоциональная обработка). Депрессия прям связана руминациями. Пациенты чащ используют руминации и реж применяют решени проблем когнитивную реструктуризацию.
Pu S. и др., 2012 (Япония) <a href="#">[58]</a>	БДР (n = 26), контрольная группа (n = 30)	57,60%	47,9	DSM-4-TR, MINI, BDI, CISS, HAMD	Пациенты чащ используют эмоционально-ориентированный копинг и реж проблемно-ориентированный избегающий вид копинга. Эмоционально-ориентированный копинг

					положительно связан депрессией.
Fletcher K. и др., 2013 (Австралия) <a href="#">[26]</a>	Рекуррентное БДР (n = 96), БР (n = 193)	-	-	MINI, ISS, BCOPE, RPA, RSQ, CERQ	Пациенты униполярной депрессией реже чем пациенты биполярным расстройством, используют когнитивные стратегии, направленные на эмоции, руминации, направленные на себя. Также они менее склонны прибегать к принятию риска.
Orzechowska A. и др., 2013 (Польша) <a href="#">[55]</a>	БДР (n = 80): депрессивный эпизод (n = 27) и рекуррентное депрессивное расстройство (n = 53). Контрольная группа (n = 30).	60%	49,7	МКБ-10, CIDI, HAMD, COPE	Пациенты с БД чаще использую отрицание, поведенческое отстранение. Они реже использую активный копинг, планирование, поиск инструментальной социальной поддержки, подавление конкурирующей активности, позитивную переоценку и юмор. Симптомы депрессии прямо связаны с поведенческой отстраненностью, обратно с юмором. Женщины чаще, чем мужчины, сосредотачивались на эмоциях, искали эмоциональную поддержку, обращались к религии.

Антохин Е. Ю., 2013 (Россия) [2]	Аффективные расстройства (n=34)	50%	45,2	МКБ-10, SCL-90-R, МКП	Симптомы депрессии прямо связаны относительно адаптивными стратегиями эмоциональной поведенческой сferах.
Manceaux P., Zdanowicz N., 2016 (Бельгия) [48]	БДР (n = 498)	62,24%	48	BDI, ВОКС	Депрессия прям связана с бегством избеганием обратно планированием позитивной переоценкой.
Engel-Yeger B. и др., 2016 (международный коллектив) [24]	БДР (n = 157), БР 1 и БР 2 (n = 110)	68,80%	-	DSM-4-TR, MINI, COPE	Отсутствие различий между группами по репертуару копинга
Gül A. и др., 2017 (Турция) [29]	БДР (n = 100) с детским опытом травматических переживаний	50%	31	SCID-I, BDI, COPE	Мужчины чаще, чем женщины, используют проблемно-ориентированный копинг избегающий вид копинга. Среди эмоционально-ориентированных стратегий мужчин чаще использую юмор. Тяжесть депрессии определяет выраженность эмоционально-ориентированного дезадаптивного копинга только мужчин.
Holubova M. и др., 2017 (Чехия и Словакия) [36]	Аффективные расстройства (n = 81): депрессивный эпизод (n = 42), рекуррентное депрессивное расстройство (n = 36),	77%	-	МКБ-10, SVF-78, CGI	Объективная субъективная тяжесть депрессии прямо связаны фактором «негативный копинг» стратегией «ход», обратно — фактором

	дистимия (n=3)				«позитивный копинг» стратегией «сituативный контроль». Субъективная оценка прям связана избеганием, персеверациями самообвинением. Субъективная оценка обратн связана реактивным контролем, позитивной самоинструкцией, отвлечением, отрицанием вины недооценкой. Стратегия «недооценка» прям связана с возрастом испытуемых.
Антохин Е. Ю. и др., 2017 (Россия) [3]	Дистимия (n = 69), контрольная группа (n - не описано)	92,20%	От 26 до 54	МКБ-10, SCL-90-R, МКП	Пациенты реж прибегают адаптивным и чащ к неадаптивны копингам поведенческой сфере. Реж используют адаптивные и чащ относительно адаптивные копинг в когнитивно сфере. Достоверн реже использую адаптивные копинг в эмоционально сфере и чащ прибегают неадаптивным копингам.
Tsujimoto E. и др., 2018 (Япония) [69]	БДР (n = 96), контрольная группа (n = 58)	49%	41	MINI, BDI, HAMD, CISS	Пациенты депрессией реж используют проблемно-ориентированный

					<u>чаще эмоционально ориентированный виды совладания.</u>
Лысенко А. В., 2018 (Россия) <a href="#">[6]</a>	Рекуррентная депрессия (n = 32), контрольная группа (n = 35)	28,1%	От 26 до 49	ВОКС	Пациенты реж используют конfrontацию принятие ответственности. Чаще прибегают поиску социальную поддержки стратегии «бегство избегание».
N. Maruta, V. Fedchenko, 2019 (Украина) <a href="#">[49]</a>	Рекуррентное депрессивное расстройство (n = 44), контрольная группа (n = 35)	79,55%	-	МКБ-10, HAMD, CGI, МКП	Пациенты чащ используют растерянность, пассивную кооперацию, отступление неадаптивный копинг.
Oh M. и др., 2019 (Республика Корея) <a href="#">[53]</a>	Униполлярная депрессия (n = 191)	67,50%	От 19 до 81	DSM-4-TR, MINI, HAMD, ВОКС	Группа молоды людей (20-34 года реже используе планомерное решение проблем чем группа старшег возраста (50-6 года).
Choudhury S. и др., 2020 (Индия) <a href="#">[16]</a>	БДР (n = 37), контрольная группа (n = 40)	100%	От 20 до 65	DSM-4-TR, HAMD, GHQ, BCSOPRE	Пациенты чащ используют эмоциональную поддержку, религиозный копинг самообвинение, саморазрушение, поведенческое отстранение, отрицание эмоциональную разрядку. Меньш используют активный копинг планирование, поиск инструментальной поддержки, принятие, положительную переоценку и юмор

					Пациенты с тяжелыми симптомами депрессии меньше используют активный копинг, чем пациенты с умеренными симптомами.
De Berardis D. и др., 2020 (Италия) [22]	БДР (n = 94)	53%	25	DSM-5, BRCOPe, HAMD	Отрицательная связь между симптомами депрессии и позитивным религиозным копингом.
Suh H. и др., 2020 (Республика Корея) [62]	Унипольярная депрессия (n = 100): 63 БДР, 7 дистимия, 30 неуточненные депрессии; БР (n = 135)	53,00%	33	DSM-4-TR, CISS, BDI	<p>Пациенты с БР депрессии реже используют проблемно-ориентированный избегающий вид копинга и чаще используют эмоционально-ориентированное совладание, чем пациенты с БР без депрессии.</p> <p>Пациенты с унипольярной депрессией меньше используют избегающий проблемно-ориентированный виды копинга, чем пациенты с БР.</p> <p>Депрессия отрицательно связана с проблемно-ориентированным копингом и прямо с эмоционально-ориентированным совладанием в группах БР и БДР.</p> <p>Избегание негативно связано с депрессией только в группе БР. Н</p>

					выявлено корреляций между возрастом и копинг стратегиями.
Crasovan I., Crasovan D., 2021 (Румыния) <a href="#">[19]</a>	БДР (n = 103), контрольная группа (n = 770)	59,20%	51,1	DSM-4, ZS, BDI, COPE	Пациенты чаще используют сосредоточение на эмоциях эмоциональную разрядку, религиозный копинг поведенческую отстранённость, употребление психоактивных веществ и принятие Женщины, страдающие депрессией, чаще чем мужчины используют фокусирование на эмоциях, религиозное совладание, поведенческую отстранённость эмоциональную поддержку. Мужчины чаще используют копин «употребление психоактивных веществ».
Duggar P. и др., 2021 (Индия) <a href="#">[23]</a>	Депрессивное БР (n = 100), контрольная группа (n = 50)	50%	36	DSM-5, HAMD, BCOPRE	Пациенты реже используют активный копинг позитивную переоценку, юмор планирование. Он чаще использует отрицание принятие. Не гендерных различий.
Ho C. и др., 2022 (Сингапур) <a href="#">[33]</a>	БДР (n = 70), контрольная группа (n=70)	77%	28,3	DSM-5, HAMD, BCOPRE	Пациенты реже используют проблемно-ориентированный

					эмоционально-ориентированный виды копинга. Чаще прибегают дисфункциональном виде копинга. Депрессия негативно связана эмоционально-ориентированным проблемно-ориентированным видами копинга прямо связана дисфункциональным и дезадаптивными видами совладания.
Orzechowska A. и др., 2022 (Польша) [56]	Униполярная депрессия (n = 118): депрессивный эпизод (n = 33) и рекуррентная депрессия (n = 85); тревожные расстройства (n = 31): фобические тревожные расстройства и другие тревожные расстройства; контрольная группа (n = 41)	63,50%	47,82	МКБ-10, COPE, HAMD	<p>Пациенты депрессией реже чем здоровые используют активный копинг планирование, поиск инструментальной социальной поддержки, поиск эмоциональной социальной поддержки, подавление конкурирующих видов деятельности и позитивную переоценку. И чаще прибегают отрицанию, поведенческому отстранению ментальному отстранению.</p> <p>Пациенты депрессией меньше используют поиск инструментальной социальной поддержки и поиск эмоциональной социальной поддержки, че</p>

					пациенты тревожными расстройствами. Пациенты с первым эпизодом депрессии чаще использовали юмор, чем пациенты с рекуррентной депрессией. Поведенческая отстранённость прямо связана с симптомами депрессии.
Su Y. и др., 2022 (Канада) <a href="#">[63]</a>	25113 респондентов	-	-	CEVQ, PCS2012, CIDI	Позитивные стратегии копинга негативно связаны с депрессией. Он опосредует взаимосвязь между жестоким обращением детства депрессивным расстройством.
Erden S. и др., 2023 (Турция) <a href="#">[25]</a>	БДР (n = 30), контрольная группа (n = 38)	70%	31	DSM-5, HAMD, COPE	Пациенты реже используют активный копинг планирование. Пациенты чаще прибегают к поведенческой отстранённости.
Yesiloglu C. и др., 2023 (Турция) <a href="#">[73]</a>	БДР (n = 73), контрольная группа (n = 65)	61.6%	39,85	DSM-5, COPE, BDI	Пациенты чаще, чем здоровые, используют дисфункциональный копинг и реже проблемно- ориентированное совладание. Депрессия прямая связана с дисфункциональным копингом негативно эмоционально- ориентированным проблемно-

					ориентированным видами совладания. Пациенты суициальной попыткой чаще используют дисфункциональный копинг, чем пациенты без попытки суицида.
--	--	--	--	--	--

**Сокращения:** БДР – большое депрессивное расстройство; БР – биполярное расстройство; БР 1 – биполярное расстройство 1-го типа; БР 2 – биполярное расстройство 2-го типа; МКБ-10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра; DSM-4-TR – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го издания (пересмотренное); МКП – механизмы копинг-поведения Э. Хайма; DSM-4 – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го издания; DSM-5 – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го издания; RDC – Research Diagnostic Criteria; ВОКС – варианты опросника копинг стратегии R. Lazarus; BDI – Beck Depression Inventory; BDI-2 – Beck Depression Inventory-II; CEVQ – Childhood Experiences of Violence Questionnaire; PCS2012 – оценка позитивного копинга; CIDI – The World Health Organization version of Composite International Diagnostic Interview; CISS – Coping Inventory of Stressful Situations; CGI – Clinical Global Impression; COPE – COPE questionnaire; BCOPE – сокращенная версия COPE; HAMD – Hamilton Rating Scale for Depression; HDLF – Health and Daily Living Form; ZS – Zung Scale; RRS – Ruminative Responses Scale; EAC – Emotional Approach Coping Scales; SCID-I – Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I disorders; BRCOPE – сокращенная версия RCOPE; GHQ – General Health Questionnaire; MINI – Mini-International Neuropsychiatric Interview; ISS – Internal State Scale; RPA – Responses to Positive Affect questionnaire; RSQ – Response Styles Questionnaire; CERQ – Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; SCL-90-R – Symptom Check List-90-Revised; SVF-78 – Stress Coping Style Questionnaire.

Во-первых, кросс-секционные исследования показали взаимосвязи между выраженностью симптомов депрессии и различными копингами. Во-вторых, исследования демонстрируют, что пациенты с аффективными расстройствами отличаются от здоровых людей по репертуару копинг-поведения. В-третьих, в ряде исследований были выявлены различия между клиническими группами. В-четвертых, в одном исследовании были получены результаты, свидетельствующие о том, что копинг опосредует связь между жестоким обращением в детстве и депрессивным расстройством.

### Лонгитюдные исследования

Результаты лонгитюдных исследований представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты лонгитюдных исследований

Авторы, год публикации, страна	Выборка	Доля женщин	Средний возраст или возрастной диапазон	Методы оценки копинг и депрессии	Результаты	Пена
Ингарт, С. Уппсала, Швеция	66 500	от 10 лет	RDS	Более половины	11	

Китайц С., Moos R., 1988 (США) <a href="#">[41]</a>	униполярная депрессия (n = 395): ремиссия (n = 138), частичная ремиссия (n = 124), без ремиссии (n = 133)	50,50%	от 10 лет	RDC, DSSI, HDLF	Более поздняя ремиссия связана с избеганием. Прямая связь между избеганием и выраженностью текущих симптомов депрессии.	11
Swindle R. и др., 1989 (США) <a href="#">[64]</a>	Униполярная депрессия (n = 352)	-	-	HDLF, RDC	Решение проблем связано с уменьшением депрессии. Эмоциональная разрядка связана с усилением депрессии.	41
Cronkite R. и др., 1998 (США) <a href="#">[20]</a>	Униполярная депрессия (n = 313): ремиссия (n = 76), частичная ремиссия (n = 146), отсутствие ремиссии (N = 91); контрольная группа (n = 284)	-	-	RDC, DSSI, HDLF	Пациенты без ремиссии чаще использовали избегание в течение 10 лет в сравнении с другими группами. Высокий уровень избегания связан с более высокими шансами на частичную ремиссию или на отсутствие ремиссии. По сравнению с контрольной группой и пациентами с ремиссией, пациенты с частичной ремиссией и пациенты без ремиссии больше использовали избегание. Здоровые меньше используют избегание, чем пациенты с депрессией.	10

Oldehinkel A. и др., 2000 (Нидерланды) [54]	Депрессивный эпизод (n = 86)	69%	36.6 (11,5)	SCI, PSE-9-R, UCL	Копинг, снижающий напряжение, способствует более быстрому наступлению ремиссии.	3,!
Holahan C. и др., 2003 (США) [34]	Униполярная депрессия (n = 313)	-	-	RDC, HDLF, DTC, DP	Употребление алкоголя для борьбы со стрессом усиливает связь между депрессивными симптомами и алкогольным поведением. У людей, которые изначально были более склонны к употреблению алкоголя для снятия стресса, наблюдалась более тесная связь между депрессивными симптомами и употреблением алкоголя, а также проблемами с алкоголем.	10
Yamada K. и др., 2003 (Япония) [72]	Униполярная депрессия (n = 105): БДР (n = 85), неуточненные депрессии (n = 7), БДР с сопутствующим психическим расстройством (n = 13)	58%	44	PISA, HRSD, DSM-3-R, COALA, GAS	На исходном этапе копинги не связаны с тяжестью депрессии. Пациенты с хорошим исходом через 6 месяцев значительно чаще используют руминации, в то время как пациенты с плохим исходом значительно чаще прибегали к опасным действиям. Нет	6 !

						различий между клиническими группами по репертуару копинга. Мужчины чаще используют опасную активность, чем женщины. Копинг не связан с возрастом.	
Szadoczky E. и др., 2004 (Венгрия) <a href="#">[65]</a>	БДР (n = 117)	75%	44	DSM-4, HRSD, ZS, ВОКС	Нет разницы между группами с ремиссией и без ремиссии, что касается эмоционально-ориентированного и проблемно-ориентированного видов совладания. Копинг не предсказывает исход.	21	
Ormel J. и др., 2004 (Нидерланды) <a href="#">[57]</a>	4796 респондентов (БДР, n = 409)	-	От 18 до 64	CIDI, DSM-3-R, UCL	Высокая выраженность депрессивного стиля преодоления трудностей присутствовала более чем за 1 год до начала БДР и усилилась во время БДР. Уровень депрессивного совладания вернулся к доболезненному после ремиссии БДР.	41	
Bockting C. и др., 2006 (Нидерланды) <a href="#">[11]</a>	Униполярная депрессия (n = 172)	73%	45	DSM-4, SCID, HRSD, SCL-90, UCL	Избегающий копинг является фактором риска рецидива.	21	
Harris A. и	Униполярная	-	-	HDLF,	Физические	10	

др., 2006 (США) <a href="#">[32]</a>	депрессия (n = 313)			RDC, EC	упражнения (как копинг) на исходном уровне связаны с меньшим количеством симптомов депрессии. Физическая активность нейтрализует влияние заболеваний и негативных жизненных событий на депрессию, но не предсказывает последующую депрессию.	
Cronkite R. и др., 2013 (США) <a href="#">[21]</a>	Униполярная депрессия (n = 248)	-	-	DSM-4, RDC, HDLF, PHQ-9	Участники, которые сообщили о более частом использовании избегающего совладания в начале исследования, с большей вероятностью страдали от депрессии средней или высокой степени тяжести.	23
Fletcher K. и др., 2014 (Австралия) <a href="#">[27]</a>	БР (n = 151): БР 1 (n = 69), БР 2 (n = 82).	62,90%	42,5	MINI, ISS, BCOPE, RPA, RSQ, CERQ.	Прямая связь симптомов депрессии с принятием риска, руминациями, самообвинением у пациентов с БР 1 и БР 2. Для БР 1 выявлена прямая связь с отрицанием или обвинением, подавлением эмоций,	61

					отрицательная связь с положительной переоценкой. Только низкий уровень стратегии «поиск социальной поддержки» связан с повышенной вероятностью депрессивного эпизода при последующем наблюдении у пациентов с БР 1. Руминации, связанные с негативным настроением, и самообвинение предсказывали последующую депрессию у пациентов с БР 2.
Rodgers S. и др., 2017 (Швейцария) <a href="#">[59]</a>	БДР (n = 210 человек)	65,70%	50,1	DIGS, GAF, SRPRSQ	Низкие показатели эмоционально-ориентированного копинга и низкие баллы по стратегии «поиск неформальной поддержки» являются прогностическими факторами отсутствия депрессии.
Woodhead E. и др., 2022 (США) <a href="#">[71]</a>	Унипольярная депрессия (n = 248)	69%	34,89	RDC, HDLF	В группах с тяжёлой умеренной депрессией наблюдались более слабые модели преодоления трудностей, чем в

					группе с лёгкой депрессией на протяжении 23 лет. Нет различий между группами с выраженной и умеренной степенью депрессии, что касается копинга. Женщины используют более адаптивный паттерн совладания, чем мужчины. Возраст не влияет на копинг.	
Li M. и др., 2024 (Канада) <a href="#">[47]</a>	902 респондента (БДР, n = 226)	68%	47	CIDI, CTQ, CSI, BOKC, COPE	Негативное совладание опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и риском развития депрессии. Возраст не связан с копингом.	11

Авторы, год публикации, страна	Выборка	Доля женщин	Средний возраст или возрастной диапазон	Методы оценки копинг и депрессии	Результаты	Печатная
Krantz S., Moos R., 1988 (США) <a href="#">[41]</a>	Униполярная депрессия (n = 395): ремиссия (n = 138), частичная ремиссия (n = 124), без ремиссии (n = 133)	56,50%	от 18 лет	RDC, DSSI, HDLF	Более поздняя ремиссия связана с избеганием. Прямая связь между избеганием и выраженностю текущих симптомов депрессии.	11
Swindle R. и др., 1989 (США) <a href="#">[64]</a>	Униполярная депрессия (n = 352)	-	-	HDLF, RDC	Решение проблем связано с уменьшением депрессии. Эмоциональная	41

					разрядка связана с усилением депрессии.	
Cronkite R. и др., 1998 (США) <a href="#">[20]</a>	Униполярная депрессия (n = 313): ремиссия (n = 76), частичная ремиссия (n = 146), отсутствие ремиссии (N = 91); контрольная группа (n = 284)	-	-	RDC, DSSI, HDLF	Пациенты без ремиссии чаще использовали избегание в течение 10 лет в сравнении с другими группами. Высокий уровень избегания связан с более высокими шансами на частичную ремиссию или на отсутствие ремиссии. По сравнению с контрольной группой и пациентами с ремиссией, пациенты с частичной ремиссией и пациенты без ремиссии больше использовали избегание. Здоровые меньше используют избегание, чем пациенты с депрессией.	10
Oldehinkel A. и др., 2000 (Нидерланды) <a href="#">[54]</a>	Депрессивный эпизод (n = 86)	69%	36.6 (11,5)	SCI, PSE-9-R, UCL	Копинг, снижающий напряжение, способствует более быстрому наступлению ремиссии.	3,1
Holahan C. и др., 2003 (США) <a href="#">[34]</a>	Униполярная депрессия (n = 313)	-	-	RDC, HDLF, DTC, DP	Употребление алкоголя для борьбы со стрессом усиливает связь между депрессивными	10

					симптомами и алкогольным поведением. У людей, которые изначально были более склонны к употреблению алкоголя для снятия стресса, наблюдалась более тесная связь между депрессивными симптомами и употреблением алкоголя, а также проблемами с алкоголем.	
Yamada K. и др., 2003 (Япония) [72]	Униполярная депрессия (n = 105): БДР (n = 85), неуточненные депрессии (n = 7), БДР с сопутствующим психическим расстройством (n = 13)	58%	44	PISA, HRSD, DSM-3-R, COALA, GAS	На исходном этапе копинги не связаны с тяжестью депрессии. Пациенты с хорошим исходом через 6 месяцев значительно чаще используют руминации, в то время как пациенты с плохим исходом значительно чаще прибегали к опасным действиям. Нет различий между клиническими группами по репертуару копинга. Мужчины чаще используют опасную активность, чем женщины. Копинг не связан с возрастом.	61
Szadoczky E. и др., 2004	БДР (n = 117)	75%	44	DSM-4, HRSD, ZS,	Нет разницы между группами с	21

(Венгрия) <a href="#">[65]</a>				ВОКС	ремиссией и без ремиссии, что касается эмоционально-ориентированного и проблемно-ориентированного видов совладания. Копинг не предсказывает исход.	
Ormel J. и др., 2004 (Нидерланды) <a href="#">[57]</a>	4796 респондентов (БДР, n = 409)	-	От 18 до 64	CIDI, DSM-3-R, UCL	Высокая выраженность депрессивного стиля преодоления трудностей присутствовала более чем за 1 год до начала БДР и усилилась во время БДР. Уровень депрессивного совладания вернулся к доболезненному после ремиссии БДР.	4 i
Bockting C. и др., 2006 (Нидерланды) <a href="#">[11]</a>	Униполярная депрессия (n = 172)	73%	45	DSM-4, SCID, HRSD, SCL-90, UCL	Избегающий копинг является фактором риска рецидива.	2 i
Harris A. и др., 2006 (США) <a href="#">[32]</a>	Униполярная депрессия (n = 313)	-	-	HDLF, RDC, PA, EC	Физические упражнения (как копинг) на исходном уровне связаны с меньшим количеством симптомов депрессии. Физическая активность нейтрализует влияние заболеваний и негативных	10

					жизненных событий на депрессию, но не предсказывает последующую депрессию.	
Cronkite R. и др., 2013 (США) [21]	Униполярная депрессия (n = 248)	-	-	DSM-4, RDC, HDLF, PHQ-9	Участники, которые сообщили о более частом использовании избегающего совладания в начале исследования, с большей вероятностью страдали от депрессии средней или высокой степени тяжести.	23
Fletcher K. и др., 2014 (Австралия) [27]	БР (n = 151): БР 1 (n = 69), БР 2 (n = 82).	62,90%	42,5	MINI, ISS, BCOPE, RPA, RSQ, CERQ.	Прямая связь симптомов депрессии с принятием риска, руминациями, самообвинением у пациентов с БР 1 и БР 2. Для БР 1 выявлена прямая связь с отрицанием или обвинением, подавлением эмоций, и отрицательная связь с положительной переоценкой. Только низкий уровень стратегии «поиск социальной поддержки» связан с повышенной вероятностью депрессивного эпизода при последующем	61

					наблюдении у пациентов с БР 1. Руминации, связанные с негативным настроением, и самообвинение предсказывали последующую депрессию у пациентов с БР 2.	
Rodgers S. и др., 2017 (Швейцария) <a href="#">[59]</a>	БДР (n = 210 человек)	65,70%	50,1	DIGS, GAF, SRPRSQ	Низкие показатели эмоционально-ориентированного копинга и низкие баллы по стратегии «поиск неформальной поддержки» являются прогностическими факторами отсутствия депрессии.	5
Woodhead E. и др., 2022 (США) <a href="#">[71]</a>	Униполярная депрессия (n = 248)	69%	34,89	RDC, HDLF	В группах с тяжёлой и умеренной депрессией наблюдались более слабые модели преодоления трудностей, чем в группе с лёгкой депрессией на протяжении 23 лет. Нет различий между группами с выраженной и умеренной степенью депрессии, что касается копинга. Женщины используют более адаптивный паттерн совладания, чем мужчины. Возраст	23

					не влияет на копинг.	
Li M. и др., 2024 (Канада) <a href="#">[47]</a>	902 респондента (БДР, n = 226)	68%	47	CIDI, CTQ, CSI, BOKC, COPE	Негативное совладание опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и риском развития депрессии. Возраст не связан с копингом.	11

*Сокращения: БДР – большое депрессивное расстройство; БР – биполярное расстройство; БР 1 – биполярное расстройство 1-го типа; БР 2 – биполярное расстройство 2-го типа; BOKC – варианты опросника копинг стратегии R. Lazarus; RDC – Research Diagnostic Criteria; DSM-3-R – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 3-го издания (пересмотренное); DSM-4 – Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 4-го издания; HDLF – Health and Daily Living Form; DSSI – index of the severity of depression; SCI – semi-structured Course Interview; PSE-9-R – present state examination; UCL – Utrecht Coping List; CIDI – The World Health Organization version of Composite International Diagnostic Interview; DTC – drinking to cope; DP – drinking problems; SCID – Structured Clinical Interview; SCL-90 – The 90-item Symptom Check List; HRSD – Hamilton Rating Scale for Depression; PISI – Psychiatric Initial Screening for Affective Disorder; COALA – Comprehensive Assessment List for Affective Disorders; GAS - Global Assessment Scale; PA - Physical Activity Index; ZS – Zung Scale; PHQ-9 – 9-item Patient Health Questionnaire; MINI – Mini-International Neuropsychiatric Interview; ISS – Internal State Scale; BCOPE – краткая версия COPE; RPA – Responses to Positive Affect questionnaire; RSQ – Response Styles Questionnaire; CERQ – Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; DIGS – semi-structured Diagnostic Interview for Genetic Studies; SRPRSQ – self-rating Problem Resolution Strategy questionnaire; GAF – Global Assessment of Functioning; CTQ – Childhood Trauma Questionnaire; CSI – Coping Strategies Index; EC – Exercise Coping.*

В 5 исследованиях, в которых изучалась одна и та же выборка (униполярная депрессия), было выявлено, что избегающее совладание предсказывает исход депрессии. S. Krantz и R. Moos сообщили, что более поздняя ремиссия связана с избеганием при однолетнем наблюдении [\[41\]](#). R. Swindle и др. обнаружили, что эмоциональная разрядка (вербальное и поведенческое выражение неприятных эмоций, а также косвенные усилия по снижению напряженности) связана с усилением симптомов депрессии в течение четырех лет [\[64\]](#). В другом исследовании результаты свидетельствуют о том, что избегающий копинг связан с более высокими шансами на частичную ремиссию или отсутствие ремиссии [\[20\]](#). Пациенты, имеющие более высокий уровень избегания, с большей вероятностью будут страдать от депрессии средней или высокой степени тяжести [\[21, 71\]](#).

C. Bockting и др. получили результаты, указывающие на то, что избегающий копинг предсказывает более раннее наступление рецидива, но это влияние изменилось как в

зависимости от условий лечения, так и от количества предыдущих эпизодов депрессии. В группе, получавшей когнитивную терапию, связь между избеганием и временем до рецидива уменьшалась с увеличением числа предыдущих эпизодов [11]. В одном исследовании было обнаружено, что копинг, снижающий напряжение, способствует ускорению времени до ремиссии [54]. К. Yamada и др. обнаружили, что руминативный копинг связан с позитивным исходом, а опасная активность с негативным исходом [72]. Szadoczky E. и др. установили, что копинг не предсказывает исходы депрессии [65].

В большинстве исследований не было установлено, что проблемно-ориентированные стратегии предсказывают исходы у пациентов с униполярной депрессией [11, 54, 59, 65]. В то же время в одном исследовании было установлено, что проблемно-ориентированное совладание (решение проблем) предсказывает уменьшение симптомов депрессии [64]. E. Woodhead и др. получили результаты, указывающие на то, что в группе пациентов с тяжелой и умеренной депрессией наблюдалась более слабые модели совладания (низкая я-концепция, высокая выраженность избегающих стратегий, низкая выраженность проблемно-ориентированного совладания), чем у пациентов с легкой депрессией [71].

Помимо этого, C. Hollah и др. обнаружили, что употребление алкоголя для борьбы со стрессом усиливает взаимосвязь между депрессией и алкогольным поведением. У людей, которые изначально были более склонны к употреблению алкоголя для снятия стресса, наблюдалась более тесная связь между депрессивными симптомами и употреблением алкоголя, а также проблемами с алкоголем [34]. A. Harris и др. на той же выборке получили результаты, указывающие на то, что более высокая физическая активность связана с меньшим количеством сопутствующих симптомов в течение 10 лет. Авторы указывают, что эта взаимосвязь не может быть объяснена возрастом, проблемами со здоровьем или наличием негативных событий в жизни за предыдущие 3 месяца. Более высокая физическая активность нейтрализовала влияние заболеваний и негативных жизненных событий на депрессию. Однако физическая активность не предсказывала последующую депрессию [32].

В крупном исследовании были получены результаты, указывающие на то, что высокая выраженность депрессивного стиля совладания является фактором риска развития будущей депрессии. Помимо этого, авторы установили, что стиль копинга усилился во время депрессии, но затем вернулся к доболезненному уровню после ремиссии [57]. M. Li и др. обнаружили, что негативный копинг опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и риском развития депрессии. Социальная поддержка, позитивное совладание и негативное совладание также влияли друг на друга и в совокупности опосредовали связь между жестоким обращением в детстве и большим депрессивным расстройством [47].

Было обнаружено только одно исследование с лонгитюдным дизайном, в котором были включены пациенты с биполярным расстройством. Авторы исследования получили результаты, свидетельствующие о том, что после учета исходных симптомов (депрессия, гипомания, тревога) и возраста среди всех копингов только низкий уровень стратегии «поиск социальной поддержки» предсказывает депрессию при последующем наблюдении у пациентов с биполярным расстройством 1-го типа. У пациентов с биполярным

расстройством 2-го типа руминации о негативном настроении и самообвинение предсказывали будущие симптомы депрессии [27].

### **Взаимосвязь копинга с выраженной симптомами депрессии**

В 17 исследованиях были представлены данные о корреляциях между выраженной симптомами депрессии и копинг-поведением [2, 10, 22, 27, 33, 36, 41, 48, 51, 55, 56, 58, 62, 63, 67, 72, 73].

Можно выделить 14 публикаций, в которых исследовалась взаимосвязь с проблемно-ориентированным совладанием: отрицательная корреляция — 64,2% (n = 9); отсутствие взаимосвязей — 35,8% (n = 5) [2, 10, 27, 33, 36, 48, 51, 55, 56, 58, 62, 63, 67, 73]. В исследованиях, где обнаружены ассоциации, в шести из них проблемно-ориентированный копинг рассматривался как отдельный фактор [33, 51, 62, 63, 67, 73]. В трех публикациях выявлены корреляции между депрессивными симптомами и такими способами совладания, как решение проблемы [10, 48] и ситуативный контроль [36].

В 10 работах представлены данные об ЭОКВ: негативная взаимосвязь — 90% (n = 9); отсутствие взаимосвязей — 10% (n = 1) [10, 22, 27, 33, 36, 48, 55, 56, 67, 73]. В трех исследованиях обнаружены связи для эмоционально-ориентированного копинга как отдельного фактора [33, 67, 73]. В одной работе была выявлена корреляция между позитивным копингом, в который входят, помимо ЭОКВ, также проблемно-ориентированные стратегии (недооценка, отрицание вины, отвлечение внимания, компенсаторное удовлетворение, контроль ситуации, позитивный самоинструктаж) [36]. В другом исследовании была обнаружена взаимосвязь между позитивным религиозным совладанием (духовная связь, поиск духовной поддержки, религиозное прощение, совместное преодоление религиозных проблем и др.) и депрессией [22]. В четырех работах выявлены корреляции для таких копинг-стратегий, как эмоциональная регуляция [10], юмор [55] и позитивная переоценка [27, 48].

В 15 исследованиях представлены результаты по ЭОКО: выявлена взаимосвязь — 86,6% (n = 13); отсутствие взаимосвязей — 13,3% (n = 2) [10, 22, 27, 33, 36, 41, 48, 51, 55, 56, 58, 62, 67, 72, 73]. В семи работах, в которых обнаружены взаимосвязи, оценивались крупные измерения копинга. В трех исследованиях, в которых использовался опросник CISS («Coping Inventory for Stressful Situations»), обнаружены прямые корреляции эмоционально-ориентированного копинга с выраженной симптомами депрессии. Однако взаимосвязь избегающего совладания с симптомами была непоследовательной [51, 58, 62]. Эмоционально-ориентированный копинг, оцененный с помощью CISS, был отнесен к ЭОКО, поскольку содержание пунктов этой шкалы соответствует отстранению от ситуации стресса. В трех исследованиях было выявлено, что дисфункциональный или негативный копинг прямо связан с выраженной симптомами депрессии [33, 36, 73]. В семи исследованиях выявлены прямые корреляции с отдельными копинг-стратегиями: эмоциональная разрядка [10], руминации [27, 67], поведенческое отстранение [55, 56], избегание [41, 48], принятие риска и самообвинение [27].

Одно исследование не было включено, так как невозможно однозначно отнести полученные результаты к определенному виду копинга [2].

### **Сравнение со здоровыми**

В шестнадцати исследованиях проведено сравнение исследуемой клинической

популяции с контрольной группой. В каждом исследовании были обнаружены отличия копинг-поведения лиц, страдающих аффективными расстройствами, от здоровых [3, 5, 6, 16, 19, 20, 23, 25, 33, 49, 55, 56, 58, 67, 69, 73].

В 15 исследованиях представлены данные о проблемно-ориентированном совладании: 80% ( $n = 12$ ) — проблемно-ориентированный копинг меньше используется в клинической популяции, чем в группе здоровых; 13,3% ( $n = 2$ ) — не выявлено различий; 6,6% ( $n = 1$ ) — смешанные результаты [3, 5, 6, 16, 19, 23, 25, 33, 49, 55, 56, 58, 67, 69, 73]. В 5 работах результаты указывают на то, что проблемно-ориентированный вид совладания реже используется пациентами с аффективными расстройствами, чем здоровыми [3, 33, 58, 67, 69, 73]. В других работах получены результаты, указывающие на то, что пациенты реже используют такие стратегии, как планирование [5, 16, 23, 25, 55, 56], активное совладание или конфронтация [6, 16, 23, 25, 55, 56] и подавление конкурирующей активности [55, 56]. В одной работе получены смешанные результаты — пациенты с эндогенными депрессиями с одной стороны реже использовали стратегию «планирование решения проблемы», а с другой стороны — чаще прибегали к конфронтации [5].

В 12 публикациях были представлены данные по ЭОКВ: 50% ( $n = 6$ ) — пациенты с аффективными расстройствами реже используют ЭОКВ, чем здоровые; 16,6% ( $n = 2$ ) — смешанные результаты; 22,6% ( $n = 1$ ) — ЭОКВ чаще используется в группе аффективных расстройств; 25% ( $n = 3$ ) — не выявлено отличий [3, 6, 16, 19, 23, 25, 33, 49, 55, 56, 67, 73]. В исследовании, проведенном С. Но и др., выявлено, что пациенты с большим депрессивным расстройством реже используют эмоционально-ориентированное совладание [33]. В другой работе обнаружено, что лица с депрессией реже используют «когнитивную реструктуризацию» (как фактор) [67]. S. Choudhury и др. в целом получили результаты, указывающие на то, что пациенты реже используют ЭОКВ (поиск инструментальной поддержки, принятие, положительная переоценка) [16]. В одном исследовании выявлено, что пациенты с дистимией реже используют адаптивные копинги в эмоциональной и когнитивных сферах [3]. Результаты двух исследований свидетельствуют о том, что пациенты с депрессией реже прибегают к таким стратегиям, как позитивная переоценка [55, 56], поиск инструментальной социальной поддержки [56] и юмор [55]. К работам со смешанными результатами были отнесены две публикации. В одном исследовании было выявлено, что пациенты чаще используют стратегию «принятие ответственности» и реже копинг «позитивная переоценка» [6]. Duggar R. и др. установили, что пациенты с биполярной депрессией чаще используют принятие, но реже положительную переоценку [23]. I. Crasovan и D. Crasovan сообщили, что пациенты чаще используют такой способ ЭОКВ, как «принятие» [19].

В 16 исследованиях представлены данные об ЭОКО: 93,75% ( $n = 15$ ) — чаще используются в группе аффективных расстройств, чем в группе здоровых; 6,25% ( $n = 1$ ) — смешанные результаты [3, 5, 6, 16, 19, 20, 23, 25, 33, 49, 55, 56, 58, 67, 69, 73]. В четырех исследованиях было сообщено, что пациенты чаще, чем здоровые, прибегают к ЭОКО на уровне крупных измерений (дисфункциональный копинг, неадаптивный копинг в поведенческой сфере и др.) [3, 33, 69, 73]. В других исследованиях получены результаты, указывающие на то, что пациенты чаще используют различные способы ЭОКО, чем здоровые [5, 6, 16, 19, 20, 23, 25, 49, 55, 56, 67]. В исследовании, в котором использовался опросник CISS, выявлено, что пациенты чаще, чем здоровые используют эмоционально-

ориентированные стратегии, которые ранее были отнесены к ЭОКО по содержанию пунктов, но реже используют избегание [\[58\]](#).

Также здесь следует отметить, что некоторые результаты не были включены в расчет, поскольку нельзя отнести способы копинга к тому или иному виду. В трех исследованиях сообщено, что пациенты с аффективными расстройствами реже используют стратегию «юмор», чем здоровые [\[16, 23, 55\]](#). В двух исследованиях обнаружено, что пациенты чаще прибегают к такой стратегии, как «религиозный копинг» [\[16, 19\]](#).

### **Сравнение клинических групп**

В трех исследованиях сравнивались пациенты, страдающие большим депрессивным расстройством, с пациентами, страдающими биполярным расстройством. В одном исследовании не было обнаружено существенных различий в предпочтаемых стратегиях совладания, оцененных с помощью методики СОРЕ [\[24\]](#). В исследовании, проведенном K. Fletcher и др., также не было выявлено различий в копинге, оцененном с помощью краткой версии СОРЕ. Однако они обнаружили, что пациенты с депрессией реже, чем пациенты с биполярным расстройством, прибегают к использованию различных копинг-реакций, таких как руминации и принятие риска [\[26\]](#). H. Suh и др. обнаружили, что пациенты с униполярной депрессией меньше набирают баллов по шкалам CISS «избегающий копинг» и «проблемно-ориентированный копинг», чем пациенты с биполярным расстройством. Также они выявили, что лица с биполярным расстройством, находящиеся в текущий момент в депрессии, реже используют проблемно-ориентированный и избегающий копинг, и чаще прибегают к эмоционально-ориентированному совладанию, чем пациенты с биполярным расстройством без депрессии [\[62\]](#). Учитывая это, можно утверждать, что полученные результаты зависят от способа оценки копинга.

Orzechowska A. и др. продемонстрировали, что депрессивные пациенты реже используют стратегии «поиск инструментальной поддержки» и «поиск эмоциональной социальной поддержки», чем пациенты с тревожными расстройствами. Пациенты с первым эпизодом депрессии и пациенты с рекуррентной депрессией не различаются по использованию копинг-стратегий [\[56\]](#). Yamada K. и др. не обнаружили различий между пациентами с большим депрессивным расстройством, пациентами с неуточненной депрессией и пациентами с депрессией, имеющими сопутствующее психическое расстройство первой оси [\[72\]](#). Стоит отметить, что последние две группы имели небольшой размер выборки, что ограничивает обоснованность выводов исследования. В одном кросс-секционном исследовании было обнаружено, что группа пациентов с выраженным симптомами депрессии реже использует активное совладание, чем пациенты с умеренной депрессией [\[16\]](#). Попарные сравнения в лонгитюдном исследовании показали, что как в группе с высокой, так и в группе с умеренной тяжестью депрессии в момент начала исследования участники используют более дезадаптивный паттерн совладания, чем в группе с низкой тяжестью депрессии [\[71\]](#). E. Szadoczky и др. не выявили отличий между группой пациентов с ремиссией и группой без ремиссии [\[65\]](#). C. Yesiloglu и др. сообщили, что пациенты с депрессией, у которых была суициdalная попытка, чаще используют дисфункциональный копинг, чем пациенты без такой попытки [\[73\]](#).

### **Возрастные и гендерные особенности**

В 7 публикациях изучались гендерные характеристики в контексте копинга [\[10, 19, 23, 29,](#)

[\[55, 71, 72\]](#). Из них в 6 исследованиях были обнаружены отличия [\[10, 19, 29, 55, 71, 72\]](#). Некоторые исследователи обнаружили, что существует гендерная специфика в использовании способов совладания у пациентов с униполярной депрессией: женщины чаще используют эмоционально-ориентированные копинги, чем мужчины [\[10, 19, 55\]](#). Однако Woodhead E. и др. сообщили, что женщины используют более адаптивный паттерн совладания [\[71\]](#). K. Yamada и др., оценив 4 копинг-стратегии (руминации, активные отвлекающие реакции, когнитивные отвлекающие реакции и опасная активность), обнаружили, что мужчины чаще используют опасную активность в качестве совладания [\[72\]](#). В одном исследовании, в котором приняли участие пациенты с униполярной депрессией, имеющие опыт насилия в детстве, было выявлено, что мужчины чаще используют проблемно-ориентированные и избегающие стратегии, чем женщины, но не было выявлено различий в использовании эмоционально-ориентированных стратегий [\[29\]](#). В исследовании, в котором участвовали лица с биполярной депрессией, не было выявлено гендерных различий в предпочтениях копинга [\[23\]](#).

Что касается возрастных характеристик, то полученные результаты исследований не представляют собой последовательных данных о взаимосвязи копинга и возраста среди исследуемой клинической популяции [\[10, 36, 47, 62, 71, 72\]](#). Только в одном исследовании сравнивались группы разных возрастов. Было обнаружено, что лица в возрасте от 50 до 64 лет чаще используют проблемно-ориентированное совладание, чем лица в возрасте от 20 до 34 лет [\[53\]](#).

## Обсуждение

### **Взаимосвязь копинга с выраженностю депрессивного состояния**

В большинстве исследований были обнаружены обратные взаимосвязи проблемно-ориентированного совладания и ЭОКВ с симптомами депрессии, а также прямые корреляции между копингами, направленными на отстранение или избегание, и выраженностью депрессии.

A. Beck указывает, что при тяжелой депрессии ресурсы изымаются из адаптивных схем (умение совладать с трудностями и решать проблемы) и перераспределяются в сторону внутренних процессов (печаль, негативные когниции). Когнитивные схемы с негативным уклоном функционируют как автоматические процессы, которые являются быстрыми, непроизвольными и экономят ресурсы. Доминирование этой системы (эффективной, но дезадаптивной) может быть причиной негативного внимания и предвзятости в интерпретации. Напротив, во время депрессии роль системы когнитивного контроля (состоящей из исполнительных функций, решения проблем и переоценки) снижается. Работа этой системы является целенаправленной, рефлексивной и требующей усилий (ресурсов) [\[9\]](#). Это, в свою очередь, может влиять на процесс совладания со стрессом следующим образом. Согласно теории стресса и копинга R. Lazarus и др., вторичная когнитивная оценка связана с ресурсами и вариантами совладания (возможно ли предпринять какие-либо действия, необходимые для улучшения отношений человека с ситуацией стресса). Если ресурсы оцениваются как низкие, то, скорее всего, будут использованы эмоционально-ориентированные, избегающие стратегии. Если ресурсы оцениваются как достаточные, то будет использовано проблемно-ориентированное совладание [\[42-45\]](#). Основываясь на этих теоретических положениях, можно сказать, что чем более выражены симптомы депрессии, тем сильнее происходит перераспределение

ресурсов в сторону внутренних процессов. Это, в свою очередь, усиливает выраженность избегающих стратегий, поскольку эти стратегии способствуют быстрой редукции актуального внутреннего напряжения и не требуют больших затрат ресурсов. Помимо этого, выраженные симптомы депрессии снижают вероятность актуализации проблемно-ориентированных стратегий и ЭОКВ, так как они требуют усилий и ресурсов. Таким образом, депрессивное состояние влияет на изменение выраженности тех или иных стратегий. Косвенным подтверждением этому выводу являются результаты о том, что депрессивный паттерн совладания усиливается во время депрессии, но во время ремиссии возвращается к доболезненному уровню [\[57\]](#).

Стоит подчеркнуть, что в большинстве исследований оценка депрессии проводилась с помощью различных методов самоотчета, что в действительности может не отражать истинных взаимосвязей. Так, в одном исследовании было показано, что субъективная оценка тяжести (самооценка пациентом своего состояния) и объективная оценка тяжести (оценка состояния специалистом) по-разному связаны с копинг-стратегиями [\[36\]](#).

### **Копинг как фактор предиктор депрессии**

Результаты лонгитюдных исследований, по-видимому, указывают на то, что избегающее совладание (ЭОКО) связано с негативными исходами (поздняя ремиссия, более высокие симптомы депрессии и пр.) у пациентов с униполярной депрессией. Это можно объяснить тем, что избегающие стратегии приводят к тому, что проблема или стрессовая ситуация не разрешается, сохраняется и может развиваться, тем самым принося в перспективе еще больший дистресс, ухудшающий исход депрессии. Эти результаты согласуются с моделью генерации стресса и копинга. С. Holahan и др. провели 10-летнее лонгитюдное исследование, в котором приняли участие 1211 взрослых в возрасте от 55 до 65 лет на момент начала исследования. Они выявили, что избегающий копинг предсказывал увеличение числа хронических и острых стрессоров через четыре года, что, в свою очередь, предсказывало усиление депрессивных симптомов [\[35\]](#).

Что касается проблемно-ориентированного совладания и ЭОКВ, то результаты лонгитюдных исследований не предоставляют последовательных доказательств, что эти виды копинга предсказывают исходы депрессии у пациентов с униполярной депрессией. Помимо этого, в одном лонгитюдном исследовании было обнаружено, что в зависимости от типа биполярного расстройства различные способы совладания по-разному участвуют в прогнозировании будущей депрессии.

Полученные нами результаты соответствуют данным обзора M. Christensen и L. Kessing, которые указали, что эмоционально-ориентированные и избегающие способы совладания связаны с исходами депрессии у пациентов с аффективными расстройствами [\[17\]](#).

В одном лонгитюдном исследовании были представлены результаты, согласно которым физические упражнения в качестве копинга снижают уровень депрессии и нейтрализуют влияние негативных событий и заболеваний на депрессию [\[32\]](#). Физические упражнения оказывают антидепрессивное действие по нескольким биологическим и психосоциальным каналам. Например, физические упражнения могут повысить самоэффективность, что, в свою очередь, может оказывать положительное влияние на другие сферы жизни и противодействовать симптомам депрессии [\[38\]](#). Также в одном исследовании изучалась взаимосвязь между употреблением алкоголя в качестве копинга и депрессией. Было выявлено, что депрессивные симптомы в значительной степени связаны с увеличением

проблем, связанных с употреблением алкоголя [34]. Алкоголь, являясь типичным депрессантом, воздействует на мозг и по мере дальнейшего потребления может усиливать симптомы депрессии [60].

В нашем обзоре представлено одно исследование с большой выборкой, которое показывает, что депрессивный стиль совладания является фактором риска развития депрессии у здоровых людей [57], что также можно объяснить через модель генерации стресса, рассмотренную выше [35].

Способы преодоления стрессовых ситуаций не основаны на изолированной адаптации, а скорее опосредуют взаимосвязь других психосоциальных параметров с результатами адаптации. Предшествующие психосоциальные параметры включают характеристики стрессора (как дистальные, так и близкие стрессоры), социальный контекст, диспозиционные характеристики и когнитивные процессы [66]. В одном лонгитюдном исследовании было выявлено, что негативный копинг опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и риском развития депрессии. Позитивный копинг не выступал медиатором [47]. Однако в одном кросс-секционном исследовании было установлено, что позитивный копинг является посредником подобной взаимосвязи и негативно связан с формированием большого депрессивного расстройства [63]. Эти различия могут быть объяснены разной методологией исследования, в том числе различиями в методах оценки копинга.

### **Профиль совладания**

На основе результатов сравнения лиц с депрессией и здоровых людей можно сказать следующее. Во-первых, лица, страдающие депрессией, реже используют проблемно-ориентированные стратегии совладания, чем здоровые. Во-вторых, лица с депрессией чаще прибегают к ЭОКО. Что касается ЭОКВ, то результаты менее последовательны.

Полученные данные можно объяснить следующим образом. Как уже упоминалось ранее, процесс копинга зависит от когнитивной оценки. Лица с депрессией часто недооценивают контролируемость и изменчивость ситуации, что может приводить к пассивности, а не к активному взаимодействию с ситуацией стресса [11]. Это, в свою очередь, может объяснить наблюдаемый паттерн совладания. Также полученные результаты согласуются с теоретическими положениями А. Beck, который утверждал, что ресурсы перераспределяются в сторону внутренних процессов и изымаются из адаптивных схем [9]. J. Trew представил интегративную модель, рассматривающую депрессию с позиции двух фундаментальных мотивационных принципов: стремление достичь положительных результатов (сближение, англ. «approach») и стремление избежать отрицательных результатов (англ. «avoidance»). Проведя обзор существующих исследований, автор утверждает, что при депрессии наблюдается дефицит стремления к сближению и усиление избегания, что, в свою очередь, приводит к уменьшению позитивного подкрепляющего опыта, усилиению негативных переживаний и способствует возникновению и поддержанию депрессии [68]. В контексте этой модели полученные результаты могут быть интерпретированы следующим образом: дефицит проблемно-ориентированного копинга как отражение дефицита стремления к сближению, а предпочтение избегающих стратегий — как проявление усиленного избегания отрицательных результатов.

Что касается различий в копинг-поведении между клиническими группами, то выявлено

мало исследований, в которых бы изучалась эта тема. Необходимы дальнейшие исследования для определения профилей совладания, дифференцирующих клинические группы.

### **Пол и возраст.**

Было обнаружено, что у пациентов с униполярной депрессией имеется гендерная специфика в предпочтениях способов совладания: женщины чаще прибегают к эмоционально-ориентированным стратегиям совладания, чем мужчины. Это в целом согласуется с тем, что женщины чаще предпочитают эмоционально-ориентированные способы совладания. Есть несколько объяснений, например, исходя из гипотезы социализации, мужчины социализированы к использованию более активного и инструментального поведения, а женщины — к использованию более пассивного и эмоционально-ориентированного поведения [50]. Также, по-видимому, сопутствующий опыт детского насилия и тип депрессии (биполярная депрессия) могут изменять гендерную специфику копинг-поведения, однако ограниченное количество исследований не позволяет сделать однозначных выводов.

Что касается возраста, то исследования, рассмотренные в работе, не предоставляют последовательных данных о том, как возраст связан с копингом у исследуемой популяции. В отдельных публикациях были обнаружены различные взаимосвязи между возрастом и копинг-стратегиями. Oh M. и др. обнаружили, что лица с депрессией в возрасте 20-34 лет реже используют стратегии «решение проблем», чем пациенты старшего возраста. Авторы объясняют это тем, что молодые люди, как правило, более тревожны, подавлены и разочарованы, чем люди старшего возраста (высокий уровень невротизма). Им не хватает терпимости, альтруизма (низкий уровень доброжелательности), а также самоконтроля, искренности и благородства (низкий уровень добросовестности). Это может привести к тому, что они будут справляться со стрессом пассивно, негативно и импульсивно, а не напрямую, что может повысить их уязвимость к депрессии [53]. Есть свидетельства о том, что навыки совладания со стрессом формируются и развиваются в течение жизни и различаются между возрастными группами [4, 8, 61].

### **Способы оценки копинга.**

Как видно из полученных нами результатов, в исследованиях копинг оценивался по-разному, что затрудняет анализ, обобщение и сравнение данных. Показатели совладания во всех исследованиях, включенных в обзор, основывались на самоотчетах. В исследованиях использовались различные шкалы и опросники без какого-либо «золотого стандарта». Например, было выявлено, что исследователи достаточно часто используют опросник COPE и его краткую версию. Однако разная направленность (цели и задачи), характеристики выборок и другие различия между исследованиями не позволяют с достоверностью обобщить данные, полученные с помощью этого опросника. Кроме того, большинство методов, использовавшихся в анализируемых работах, обладают рядом недостатков. Например, опросник «The Coping Inventory for Stress Situation» ограничивается тремя факторами, которые не отражают реального копинга [1]. Также стоит учитывать, что опросники имеют ряд других проблем, таких как невозможность оценки динамических характеристик совладания, ненадежность воспоминаний о конкретном поведении и другие [1, 4, 28]. В связи с этой проблемой были разработаны различные методы оценки совладания. Например, были разработаны методы, такие как ежедневная оценка преодоления трудностей и экологические методы

мгновенной оценки [\[28\]](#).

## **Личность и копинг**

Совладание тесно связано с личностью. В метаанализе 2007 года были получены результаты, свидетельствующие о том, что оптимизм, экстраверсия, добросовестность и открытость способствуют более активному преодолению трудностей, а нейротизм, напротив, более пассивному преодолению трудностей. Также авторы работы обнаружили, что оптимизм, добросовестность и доброжелательность связаны с менее пассивными стратегиями копинга [\[18\]](#). N. Bolger и A. Zuckerman описали способы, с помощью которых личность и копинг могут совместно влиять на адаптацию. Во-первых, модель посредничества, которая предполагает, что личность влияет на выбор копинг-стратегий, которые, в свою очередь, влияют на исход адаптации. Другой способ — это модель модерации, которая предполагает, что личность влияет на эффективность копинг-стратегии [\[12\]](#). В данном обзоре не было найдено исследований, посвященных взаимодействию копинг-поведения и личности у пациентов с аффективными расстройствами.

## **Заключение**

Был проведен систематический обзор, посвященный теме копинга и депрессии среди лиц, страдающих аффективными расстройствами. Полученные результаты свидетельствуют о том, что симптомы депрессии негативно связаны с проблемно-ориентированным копингом и эмоционально-ориентированным копингом, направленным на вовлечение в ситуацию стресса, а избегающий копинг прямо связан с выраженностью симптомов депрессии. Что касается предсказательной силы копинга, то результаты лонгитюдных исследований указывают на то, что избегающий вид копинга связан с негативными исходами у пациентов с униполярной депрессией. Однако результаты исследований относительно проблемно-ориентированного совладания и эмоционально-ориентированного копинга, направленного на вовлечение в ситуацию стресса, не предоставляют доказательств их предсказательной силы. Обнаружено только одно исследование, в котором копинг изучался как фактор риска развития депрессивного расстройства у здоровых людей. Результаты двух исследований показали, что копинг опосредует взаимосвязь между жестоким обращением в детстве и депрессией. Результаты текущего обзора свидетельствуют о том, что пациенты с депрессией меньше используют проблемно-ориентированное совладание и чаще прибегают к избегающему копингу, чем здоровые. Выявлено, что существует дефицит исследований, в которых сравнивались профили совладания между различными клиническими группами. Что касается гендерных и возрастных характеристик, то также был обнаружен ограниченный объем исследований по данной проблеме. По-видимому, результаты указывают на то, что существует гендерная специфика репертуара копинг-поведения при униполярной депрессии: женщины чаще используют эмоционально-ориентированные стратегии, чем мужчины. Результаты, касающиеся возрастных характеристик и копинга, не предоставляют последовательных доказательств. Было выявлено, что исследователи используют разные методики. Это, в свою очередь, затрудняет анализ, обобщение и сравнение данных. Не было обнаружено исследований, в которых бы исследовалось взаимодействие копинга с личностными особенностями.

Стоит отметить ряд основных ограничений текущего обзора. Во-первых, в поиске и отборе публикаций, а также в перекодировании результатов исследования участвовал один автор, что может быть источником предвзятости обзора. Во-вторых, некоторые

публикации не были доступны, что может привести к искажению общей картины исследуемой проблемы. В-третьих, включенные в обзор исследования отличались значительным разнообразием, включая этническое разнообразие, которое, как известно, влияет на связь между копинг-поведением и депрессией [15]. В связи с этим некоторые положения обзора следует рассматривать как предварительные, нуждающиеся в последующей проверке по мере накопления эмпирического материала.

Будущие исследователи в области копинга и депрессии могут сосредоточить внимание на предсказательной роли копинга в развитии депрессивного расстройства у здоровых лиц, возрастных и половых характеристиках пациентов с аффективными расстройствами, кросс-культурных различиях и взаимодействии между копингом и личностью. Кроме того, могут быть использованы методы оценки копинга, позволяющие учитывать его динамические характеристики.

## **Библиография**

1. Абабков В. А., Перре М. Адаптация к стрессу. Основы теории, диагностики, терапии. СПб.: Речь, 2004. 166 с.
2. Антохин Е.Ю. Непсихотическая депрессия и избыточная масса тела: клинико-психологические особенности // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2013. № 4. С. 47-58.
3. Антохин Е.Ю. и др. Дистимия: особенности психопатологии и протективных структур и их динамика в терапии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. 2017. № 3. С. 251-265.
4. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: ПЕР СЭ, 2006. 528 с.
5. Исаева Е.Р., Зуйкова Н.В. Защитно-совпадающий стиль поведения больных депрессивными расстройствами // Сибирский психологический журнал. 2002. № 16-17. С. 84-88.
6. Лысенко А.В. Исследование особенностей копинг-стратегий у больных рекуррентным депрессивным расстройством // Скиф. Вопросы студенческой науки. 2018. № 11. С. 53-56.
7. Незнанов Н.Г., Коцюбинский А.П., Мазо Г.Э. Биopsихосоциальная психиатрия: руководство для врачей. М.: СИМК, 2020. 904 с.
8. Aldwin C.M. et al. Age differences in stress, coping, and appraisal: Findings from the Normative Aging Study // The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 1996. Vol. 42. No. 8. P. 179-188.
9. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates // American journal of psychiatry. 2008. Vol. 165. No 8. P. 969-977.
10. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression //Journal of personality and social psychology. 1984. Vol. 46. No. 4. P. 877.
11. Bockting C.L.H. et al. Differential predictors of response to preventive cognitive therapy in recurrent depression: a 2-year prospective study //Psychotherapy and psychosomatics. 2006. Vol. 75. No. 4. P. 229-236.
12. Bolger N., Zuckerman A. A framework for studying personality in the stress process // Journal of personality and social psychology. 1995. Vol. 69. No. 5. P. 890.
13. Carver C.S., Connor-Smith J. Personality and coping // Annual review of psychology. 2010. Vol. 61. No. 1. P. 679-704.
14. Carver C.S., Vargas S. Stress, coping, and health // The Oxford handbook of health psychology / Edited by H.S. Friedman. Oxford university press, 2011. Part 2. P. 162-188.
15. Cheng C. et al. Coping style and mental health amid the first wave of the COVID-19

- pandemic: a culture-moderated meta-analysis of 44 nations // *Health Psychology Review*. 2024. Vol. 18. No. 1. P. 141-164.
16. Choudhury S., Sahoo S., Dash S. R. Coping Mechanisms Used by Women with Major Depression // *EXECUTIVE EDITOR*. 2020. Vol. 11. No. 10. P. 170.
17. Christensen M.V., Kessing L.V. Clinical use of coping in affective disorder, a critical review of the literature // *Clinical practice and epidemiology in mental health*. 2005. Vol. 1. P. 1-9.
18. Connor-Smith J.K., Flachsbart C. Relations between personality and coping: a meta-analysis // *Journal of personality and social psychology*. 2007. Vol. 93. No. 6. P. 1080.
19. Crasovan I.C., Crasovan D.N. R. Identifying coping mechanisms specific to non-psychotic major depressive disorder—Using the Romanian Version of COPE Questionnaire // *Revista de Psihologie*. 2021. Vol. 67. No. 3. P. 21-34.
20. Cronkite R.C. et al. Life circumstances and personal resources as predictors of the ten-year course of depression // *American journal of community psychology*. 1998. Vol. 26. No. 2. P. 255-280.
21. Cronkite R.C. et al. Life stressors and resources and the 23-year course of depression // *Journal of Affective Disorders*. 2013. Vol. 150. No. 2. P. 370-377.
22. De Berardis D. et al. Religious coping, hopelessness, and suicide ideation in subjects with first-episode major depression: An exploratory study in the real world clinical practice // *Brain Sciences*. 2020. Vol. 10. No. 12. P. 912.
23. Duggar P. et al. Gender Differences in Emotional Intelligence and Coping Strategies in Patients of Bipolar Depressive Disorder // *Sch J App Med Sci*. 2021. Vol. 12. P. 1813-1833.
24. Engel-Yeger B. et al. Sensory processing patterns, coping strategies, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders // *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2016. Vol. 38. P. 207-215.
25. Erden S.C., Uygur A.B., Karakus K. Evaluation of coronavirus anxiety levels and coping strategies of major depressive disorder, generalized anxiety disorder, and panic disorder patients during the COVID-19 pandemic // *Sisli Etfal Hastan Tip Bul*. 2023. Vol. 57. No. 1. P. 33-45.
26. Fletcher K., Parker G.B., Manicavasagar V. Coping profiles in bipolar disorder // *Comprehensive psychiatry*. 2013. Vol. 54. No. 8. P. 1177-1184.
27. Fletcher K., Parker G., Manicavasagar V. The role of psychological factors in bipolar disorder: prospective relationships between cognitive style, coping style and symptom expression // *Acta neuropsychiatrica*. 2014. Vol. 26. No. 2. P. 81-95.
28. Folkman S., Moskowitz J.T. Coping: Pitfalls and promise // *Annu. Rev. Psychol*. 2004. Vol. 55. No. 1. P. 745-774.
29. Güll A. et al. Differences Between Childhood Traumatic Experiences and Coping Styles For Male and Female Patients with Major Depression // *Turkish Journal of Psychiatry*. 2017. Vol. 28. No. 4. P. 246-254.
30. Hammen C. et al. Psychiatric history and stress: predictors of severity of unipolar depression // *Journal of abnormal psychology*. 1992. Vol. 101. No. 1. P. 45.
31. Hammen C. Stress and depression // *Annu. Rev. Clin. Psychol*. 2005. Vol. 1. No. 1. P. 293-319.
32. Harris A.H.S., Cronkite R., Moos R. Physical activity, exercise coping, and depression in a 10-year cohort study of depressed patients // *Journal of affective disorders*. 2006. Vol. 93. No. 1-3. P. 79-85.
33. Ho C.S.H., Chua J., Tay G.W.N. The diagnostic and predictive potential of personality traits and coping styles in major depressive disorder // *BMC psychiatry*. 2022. Vol. 22. No. 1. P. 301.
34. Holahan C.J. et al. Drinking to cope and alcohol use and abuse in unipolar depression: a

- 10-year model // Journal of abnormal psychology. 2003. Vol. 112. No. 1. P. 159.
35. Holahan C.J. et al. Stress generation, avoidance coping, and depressive symptoms: a 10-year model // Journal of consulting and clinical psychology. 2005. Vol. 73. No. 4. P. 658.
36. Holubova M. et al. Quality of life and coping strategies of outpatients with a depressive disorder in maintenance therapy-a cross-sectional study // Neuropsychiatric disease and treatment. 2017. P. 73-82.
37. Hutchinson J.G., Williams P.G. Neuroticism, daily hassles, and depressive symptoms: An examination of moderating and mediating effects // Personality and Individual Differences. 2007. Vol. 42. No. 7. P. 1367-1378.
38. Kandola A. et al. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity // Neuroscience & Biobehavioral Reviews. – 2019. Vol. 107. P. 525-539.
39. Kendler K.S., Karkowski L.M., Prescott C.A. Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression // American journal of psychiatry. 1999. Vol. 156. No. 6. P. 837-841.
40. Kessing L.V., Agerbo E., Mortensen P.B. Does the impact of major stressful life events on the risk of developing depression change throughout life? // Psychological medicine. 2003. Vol. 33. No. 7. P. 1177-1184.
41. Krantz S.E., Moos R.H. Risk factors at intake predict nonremission among depressed patients // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1988. Vol. 56. No. 6. P. 863.
42. Lazarus R.S., Launier R. Stress-related transactions between person and environment // Perspectives in interactional psychology. Boston, MA: Springer US, 1978. P. 287-327.
43. Lazarus R.S., Folkman S. Stress, Appraisal, and Coping. NY: Springer, 1984. P. 445.
44. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping // European Journal of personality. 1987. Vol. 1. No. 3. P. 141-169.
45. Lazarus R.S. Coping theory and research: past, present, and future // Psychosomatic medicine. 1993. Vol. 55. No. 3. P. 234-247.
46. Liberati A. et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration // Annals of internal medicine. 2009. Vol. 151. No. 4. P. W-65-W-94.
47. Li M. et al. To what extent do social support and coping strategies mediate the relation between childhood maltreatment and major depressive disorder: A longitudinal community-based cohort // Development and psychopathology. 2024. Vol. 36. No. 1. P. 50-61.
48. Manceaux P., Zdanowicz N. Immunity, coping and depression // Psychiatria Danubina. 2016. Vol. 28. No. suppl 1. P. 165-169.
49. Maruta, N. Clinical-Psychopathological and Pathopsychological Prognostic Factors of Recurrent Depressive Disorders Course / N. Maruta, V. Fedchenko // Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology. 2019. Vol. 10. No. 1. P. 120-134.
50. Matud M.P. Gender differences in stress and coping styles // Personality and individual differences. 2004. Vol. 37. No. 7. P. 1401-1415.
51. McWilliams L.A., Cox B.J., Enns M.W. Use of the Coping Inventory for Stressful Situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress 1 // Journal of clinical psychology. 2003. Vol. 59. No. 12. P. 1371-1385.
52. Monroe S.M. et al. Major life events and major chronic difficulties are differentially associated with history of major depressive episodes // Journal of abnormal psychology. 2007. Vol. 116. No. 1. P. 116.
53. Oh M. et al. Differences in personality, defense styles, and coping strategies in individuals with depressive disorder according to age groups across the lifespan // Psychiatry investigation. 2019. Vol. 16. No. 12. P. 911.

54. Oldehinkel A.J., Ormel J., Neeleman J. Predictors of time to remission from depression in primary care patients: do some people benefit more from positive life change than others? // Journal of Abnormal Psychology. 2000. Vol. 109. No. 2. P. 299.
55. Orzechowska A. et al. Depression and ways of coping with stress: A preliminary study // Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. – 2013. Vol. 19. P. 1050.
56. Orzechowska A. et al. Ways of Coping with Stress among Patients with Depressive Disorders // Journal of Clinical Medicine. 2022. T. 11. No. 21. P. 6500.
57. Ormel J., Oldehinkel A.J., Vollebergh W. Vulnerability before, during, and after a major depressive episode: a 3-wave population-based study // Archives of general psychiatry. 2004. Vol. 61. No. 10. P. 990-996.
58. Pu S. et al. The relationship between the prefrontal activation during a verbal fluency task and stress-coping style in major depressive disorder: a near-infrared spectroscopy study // Journal of psychiatric research. 2012. Vol. 46. No. 11. P. 1427-1434.
59. Rodgers S. et al. Low emotion-oriented coping and informal help-seeking behaviour as major predictive factors for improvement in major depression at 5-year follow-up in the adult community // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2017. Vol. 52. No. 9. P. 1169-1182.
60. Schuckit M.A. Alcohol, anxiety, and depressive disorders // Alcohol health and research world. 1996. Vol. 20. No. 2. P. 81.
61. Skinner E.A., Zimmer-Gembeck M.J. The development of coping // Annu. Rev. Psychol. – 2007. Vol. 58. No. 1. P. 119-144.
62. Suh H. et al. Similarities and differences of strategies between bipolar and depressive disorders on stress coping // Psychiatry Investigation. 2020. Vol. 17. No. 1. P. 71.
63. Su Y. et al. The relationship between childhood maltreatment and mental health problems: coping strategies and social support act as mediators // BMC psychiatry. 2022. Vol. 22. No. 1. P. 359.
64. Swindle R.W., Cronkite R.C., Moos R.H. Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression // Journal of Abnormal Psychology. 1989. Vol. 98. No. 4. P. 468.
65. Szádóczky E. et al. Predictors for 2-year outcome of major depressive episode // Journal of Affective Disorders. 2004. Vol. 83. No. 1. P. 49-57.
66. Taylor S.E., Stanton A.L. Coping resources, coping processes, and mental health // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2007. Vol. 3. No. 1. P. 377-401.
67. Thompson R.J. et al. Maladaptive coping, adaptive coping, and depressive symptoms: Variations across age and depressive state // Behaviour research and therapy. 2010. Vol. 48. No. 6. P. 459-466.
68. Trew J.L. Exploring the roles of approach and avoidance in depression: An integrative model // Clinical psychology review. 2011. Vol. 31. No. 7. P. 1156-1168.
69. Tsujimoto E. et al. Discrepancies between self-and observer-rated depression severities in patients with major depressive disorder associated with frequent emotion-oriented coping responses and hopelessness // Neuropsychiatric disease and treatment. 2018. P. 2331-2336.
70. VandenBos G. R. APA Dictionary of Psychology // American Psychological Association. 2007.
71. Woodhead E. et al. The role of depression course on life functioning and coping outcomes from baseline through 23-year follow-up // Journal of Mental Health. 2022. Vol. 31. No. 3. P. 348-356.
72. Yamada K. et al. Coping behavior in depressed patients: A longitudinal study // Psychiatry research. 2003. Vol. 121. No. 2. P. 169-177.

73. Yeşiloğlu C. et al. The relationship of coping skills with psychache in patients with depressive disorder // Medicine. 2023. Vol. 102. No. 29. P. e3433.

### **Результаты процедуры рецензирования статьи**

*Рецензия скрыта по просьбе автора*