

КОПИНГ-СТРАТЕГИИ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ И НАПРАВЛЕНИЯ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ КОРРЕКЦИИ

Е. В. СУХОВА

THE COPYING STRATEGIES OF PATIENTS WITH FIBROCAVERNOUS PULMONARY TUBERCULOSIS AND THE AREAS OF PSYCHOSOCIAL CORRECTION

E. V. SUKHOVA

Самарский государственный экономический университет

Обследовано 253 больных хроническим фиброзно-кавернозным туберкулезом легких с помощью клинических, рентгенологических, функциональных, лабораторных методов исследования, опросника Р. Лазаруса и специально разработанных анкет. Полученные данные позволили выявить деструктивные эмоции больных людей, их стратегии совладающего поведения и по результатам анализа копинг-стратегий предложить направления психосоциальной коррекции и способы мотивации к лечению.

Ключевые слова: фиброзно-кавернозный туберкулез легких, эмоции больных, хронический туберкулез, копинг-стратегии, мотивация к лечению больных туберкулезом, направления психосоциальной коррекции.

Two hundred and fifty-three patients with chronic fibrocavernous pulmonary tuberculosis were examined using clinical, radiological, functional, and laboratory studies, a questionnaire developed by R. Lazarus, and specially elaborated questionnaires. The findings made it possible to identify destructive emotions in the patients, their coping behavior strategies and, according to the analysis of coping strategies, to propose the areas of psychosocial correction and the modes of treatment motivation.

Key words: fibrocavernous pulmonary tuberculosis; patient emotions; chronic tuberculosis; coping strategies; treatment motivation in patients with tuberculosis; areas of psychosocial correction.

Р. Лазарус описал стратегию совладания с тревогой и стрессом, которая подразумевает постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия с целью управления специфическими внешними или внутренними требованиями, оцениваемые индивидом как подвергающие испытанию или превышающие его ресурсы [19]. Задача совладания с негативными жизненными обстоятельствами состоит в том, чтобы или преодолеть трудности, или уменьшить их отрицательные последствия, или избежать их, или вытерпеть [3, 5, 6, 8]. Эмоциональное возбуждение, вызванное стрессором, служит пусковым механизмом активных действий в стрессовой ситуации для адаптации к ней [21]. Индивид осознанно и целенаправленно с учетом конкретной проблемы и своего самочувствия изменяет социальное поведение, применяя совокупность различных поведенческих стратегий [13, 14, 17, 18]. Они были названы копинг-стратегиями [20]. В последние годы проблеме преодоления сложных жизненных ситуаций и копинг-стратегии активно исследуют в отечественной психологии на материале самых разных видов деятельности и трудных ситуаций – учебной, профессиональной, детско-родительских отношений, социально-политических ситуаций, а также на разных этапах онтогенеза [1, 2, 4, 7, 9-12, 15, 16]. Однако в доступной литературе не отражены копинг-стратегии больных хроническим туберкулезом легких. Между тем знание особенностей совладающего поведения

больных туберкулезом может быть использовано для мотивации к лечению, направлений психосоциальной коррекции, социальной адаптации больных.

Цель исследования – изучение копинг-стратегий у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и на основе их анализа определение направлений психосоциальной коррекции.

Материалы и методы

Была обследована группа больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких из 253 человек [152 мужчины (возраст $45,7 \pm 3,8$ года) и 101 женщина (возраст $44,0 \pm 3,9$ года)], проходивших курс стационарного лечения в Самарской областной туберкулезной больнице. Средняя длительность заболевания туберкулезом составляла $7,5 \pm 1,8$ года. Пациенты были отобраны с помощью метода сплошной выборки. Клинические методы обследования были обычными для подтверждения диагноза туберкулеза легких.

Для изучения копинг-стратегий использовали стандартный опросник Р. Лазаруса и С. Фолкмана в адаптации Т. Л. Крюковой. Испытуемому предлагаются 50 утверждений, касающихся поведения в трудной жизненной ситуации. Испытуемый должен оценить, как часто данные варианты поведения проявляются у него. Номера вопросов соответствуют конкретным шкалам, отражающим копинг-стратегию. С помощью данного опросни-

ка можно выявить следующие копинг-стратегии: конфронтация – ожесточенное противостояние между человеком и сложившейся ситуацией, агрессивный ответ конкретным жизненным обстоятельствам; самоконтроль – подавление эмоций для перехода к разумным действиям; поиск социальной поддержки – стремление обратиться за помощью к близким, единомышленникам, избавиться от одиночества в трудную минуту; бегство-избегание – уход от проблем, ответственность переносится на других людей; планирование решения проблемы – выработка точного плана выхода из сложившейся ситуации; дистанцирование – решение проблемы на расстоянии; позитивная переоценка – стремление увидеть в любой ситуации положительные стороны; принятие ответственности – принятие ответственности как данность [2, 3, 5, 8-12].

Для выявления эмоций, развившихся в ответ на заболевание, разработали специальную анкету (рационализаторское предложение № 509 Самарского военно-медицинского института). Для выявления изменения поведения после заболевания предложили другую анкету (рационализаторское предложение № 216 Самарского государственного медицинского университета). Все больные были информированы о том, то анкетирование анонимное, фамилия нигде не фигурирует, анализируются обобщенные данные, они дали согласие на обследование.

Результаты

После изучения данных историй болезней значимые клинические характеристики были проанализированы и представлены в виде табл. 1.

Как видно из табл. 1, клинические характеристики соответствовали фиброзно-кавернозному туберкулезу легких.

Таблица 1

Значимые клинические характеристики больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Признак	Число больных	Процентное соотношение
Наличие бацилловыделения	253	100
Наличие инвалидности	198	78
Отсутствие инвалидности	55	22
Признаки хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза на RG	253	100
Признаки эмфиземы на RG	253	100
ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца	253	100
Клинические признаки декомпенсации ХЛС	28	11
Множественная лекарственная устойчивость	96	15

Основные жалобы больных: общая слабость, одышка при незначительной физической нагрузке, постоянный кашель с небольшим количеством слизисто-гнойной мокроты, потливость по ночам, нарушение ночного сна, снижение работоспособности.

Бронхиальная обструкция и снижение объемных показателей соответствовали второй степени нарушения вентиляции по смешанному типу.

Бронхоскопическая картина и данные гистологической верификации соответствовали диагнозу хронического фиброзно-кавернозного туберкулеза легких.

У больных были также выражены лабораторные признаки воспалительного синдрома (СОЭ $23,7 \pm 1,7$ мм/ч, лейкоцитов в 1 мкл крови $9,7 \pm 1,1$ тыс., фибриноген $5,4 \pm 0,8$ г/л).

Анализ социальной ситуации показал следующее. 60,3% больных из сельской местности имели начальное или неполное среднее образование, 58,4% – среднее и 8,9% больных – высшее. 57,8% мужчин злоупотребляли алкоголем и 98,7% курили, стаж курения превышал 10 лет. 62,4% женщин курили, причем у 38,7% стаж курения превышал 10 лет. 62,3% мужчин отбывали срок в исправительно-трудовых учреждениях. Заболевание начиналось в местах лишения свободы у 40,3%. У 55% обследованных больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких не было средств к существованию.

Заболевание фиброзно-кавернозным туберкулезом легких привело к развитию целой гаммы разнонаправленных эмоций, которые были выявлены с помощью разработанной анкеты и представлены в табл. 2.

Из данных табл. 2 становится понятным, что для больных хроническим туберкулезом легких заболевание, требующее длительного лечения и повлекшее изменение поведения окружающих, является стрессором. В ответ на болезнь развились деструктивные эмоции – горе, гнев, возмущение, стыд, страх, вина. Достоверных различий между эмоциями у женщин и мужчин в ответ на заболевание не выявлено.

Выявленные эмоции показывают, насколько ситуация болезни значима для больных людей. Закономерно возникает вопрос – каким образом они справляются с этой стрессовой ситуацией, какие способы совладания (копинг-стратегии) используют? Для изучения копинг-стратегий было проведено их изучение с помощью опросника Р. Лазаруса. Результаты представлены в табл. 3. Согласно полученным данным, каждый человек использует одновременно несколько копинг-стратегий. Статистический анализ не выявил достоверных отличий в частоте использования представленных копинг-стратегий мужчинами и женщинами.

Для изучения изменения поведения у больных хроническим туберкулезом была также разработана специальная анкета, проведено анкетирование, результаты представлены в табл. 4. С

Эмоции больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Эмоции больных	Процент мужчин	Процент женщин
Стыд за свое заболевание, стыд перед расспросами и разговорами о нем, расспросов окружающих	16,8 ± 2,3	18,3 ± 3,1
Страх перед тем, что окружающие узнают диагноз и станут презирать и избегать	48,2 ± 2,6	20,6 ± 1,8
Вина перед близкими из-за болезни	27,0 ± 3,2	40,3 ± 2,4
Страх того, что окружающие могут увидеть их входящими в противотуберкулезный диспансер	72,4 ± 2,8	80,3 ± 3,1
Уверенность в том, что окружающие избегают и презирают больных туберкулезом	68,0 ± 2,6	80,2 ± 1,9
Недовольство из-за того, что заболевание туберкулезом привело к ограничению контактов	80,3 ± 3,2	80,7 ± 2,7
Гнев из-за изоляции от общества	48,6 ± 1,7	60,8 ± 3,2
Гнев из-за изоляции от друзей	38,8 ± 2,5	40,3 ± 2,6
Возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей	80,7 ± 2,9	60,4 ± 2,4
Горе из-за заболевания туберкулезом, так как больные туберкулезом являются изгоями общества	20,4 ± 2,6	27,8 ± 2,9
Чувство усталости от болезни, длительного лечения	48,4 ± 3,2	60,4 ± 2,6
Ощущение собственной физической слабости	52,4 ± 2,5	20,6 ± 1,8
Страх потерять работу	12,3 ± 2,6	10,7 ± 3,4
Страх перед неопределенностью будущего	20,6 ± 2,4	40,7 ± 1,7
Страх остаться в одиночестве из-за болезни	11,4 ± 3,2	36,3 ± 1,9
Страх перед невозможностью физически защитить себя	20,4 ± 1,2	10,5 ± 3,1
Страх умереть от туберкулеза	20,5 ± 3,1	30,7 ± 1,7
Усталость от разлуки с близкими	38,7 ± 2,1	52,4 ± 4,1
Усталость от больничного питания	44,2 ± 1,9	66,7 ± 2,3
Усталость от больничного окружения	52,7 ± 2,3	42,9 ± 3,1
Страх болезни и обсуждение ее симптомов с другими пациентами	46,2 ± 2,1	61,9 ± 1,8
Страх перед длительным лечением и обсуждение с более «опытными» пациентом лечения	38,7 ± 3,1	52,4 ± 2,4
Страх смерти и обсуждение с более «опытными» пациентом дополнительных методов лечения	25,3 ± 2,4	37,1 ± 3,2
Стремление получить информацию о своем заболевании и прогнозе	69,1 ± 2,4	85,7 ± 1,8
Жалость к себе	60,1 ± 3,8	80,7 ± 2,1
Желание добиться изменения в своем положении	24,4 ± 2,2	35,4 ± 1,9
Желание «отомстить» обществу за свое заболевание, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание	15,3 ± 2,4	8,9 ± 2,3
Чувство уверенности в благоприятном исходе заболевания	40,5 ± 3,5	57,8 ± 4,6
Сожаление о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения туберкулеза	92,7 ± 2,3	100,2 ± 1,9
Уверенность в компетентности лечащего врача	70,4 ± 3,1	79,2 ± 4,7
Уверенность в необходимости применения нетрадиционных методов лечения	84,5 ± 6,5	70,7 ± 3,7
Равнодушие ко всему, кроме своей болезни	40,0 ± 2,7	28,0 ± 3,4

Таблица 3

Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких по опроснику Р. Лазаруса

Копинг-стратегия	Процент мужчин, больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, которые ее используют	Процент женщин, больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, которые ее используют
Поиск социальной поддержки	74	66
Планирование решения проблемы	22	18
Конфронтация	20	17
Принятие ответственности	14	18
Бегство-избегание	11	8
Самоконтроль	8	6
Дистанцирование	6	4
Позитивная переоценка	2	0

Таблица 4

Изменение поведения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких

Изменение поведения больных	Процент мужчин	Процент женщин	Достоверность различий (χ^2)
Обращение к религии	76,8 $\pm$ 3,4	64,7 $\pm$ 3,6	4,78*
Использование нетрадиционных методов лечения	75,6 $\pm$ 3,2	34,9 $\pm$ 1,9	4,23*
Следование советам других больных	54,1 $\pm$ 3,1	31,3 $\pm$ 2,5	14,45*
Правильность выполнения врачебных назначений	50,1 $\pm$ 4,9	66,2 $\pm$ 4,7	5,80*
Невыполнение врачебных назначений	34,2 $\pm$ 2,5	23,8 $\pm$ 4,1	3,15
Выполнение правил личной гигиены	28,4 $\pm$ 3,5	74,4 $\pm$ 2,3	4,93*

Примечание: * различие достоверно.

помощью данной анкеты удалось выявить определенные различия копинг-стратегий у мужчин и женщин. Для мужчин, страдающих фиброзно-кавернозным туберкулезом легких, характерно обращение к религии, использование нетрадиционных методов лечения и следование советам других больных, для женщин – выполнение пра-

вил личной гигиены, врачебных назначений и обращение к религии.

Обсуждение результатов

Длительное, тяжелое, угрожающее жизни заболевание является стрессором, вызывает целый ряд негативных эмоций – страхи, стыд, гнев, тревогу. Эти эмоции настолько значимы для больных людей, что приводят к изменениям в поведении для того, чтобы справиться, совладать с ними. Страх снижает мотивацию к лечению и дисциплину больного. Различного рода страхи больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких возможно преодолеть с помощью приема рационализации страхов. Врачу важно учитывать, что различные страхи, сомнения и опасения больного в основном касаются лечения, прогноза, развития возможных осложнений, они одинаково терзают и мужчин, и женщин. Перед лечением необходимо проводить специальную разъяснительную работу, снимать страх, в том числе и перед возможными болевыми ощущениями при проведении некоторых процедур. По возможности предпочтительнее назначать не инъекции, а пероральные препараты. Если же без какой-то болезненной процедуры или обследования не обойтись, то следует подробно обосновать ее необходимость, информировать о методике проведения, безопасности для здоровья, возможности оказать немедленную помощь. Это снимет страх и тревогу. Необходимо предоставлять больному человеку достоверную научную информацию о заболевании, прогнозе, лечении на доступном ему уровне. Понимание процессов, происходящих в организме при заболевании и лечении, поможет преодолеть страхи. Если больной доверяет своему лечащему врачу, он готов обсудить свои страхи и тревоги, и это необходимо сделать. Рационализация страхов и тревог мотивирует на ответственное отношение к лечению со стороны больного.

Для адаптации к стрессовой ситуации больные люди осознанно прибегают к различным действиям, изменяют свое поведение, пытаются совладать с ситуацией хронической болезни.

Чаще всего они прибегают к копинг-стратегии «поиск социальной поддержки», что было выявлено с помощью опросника Р. Лазаруса. И при этом, как показали результаты изучения эмоций, 80% больных фиброзно-кавернозным туберкулезом мужчин и женщин испытывают недовольство из-за того, что заболевание туберкулезом привело к ограничению контактов, 80% мужчин и 60% женщин испытывают возмущение и гнев от отсутствия эмоциональной поддержки от членов семьи, близких и друзей, гнев из-за изоляции от друзей испытывают 39% мужчин и 40% женщин. Эти деструктивные эмоции также можно использовать в качестве мотивации к лечению. Необходимо сде-

лать акцент на том, что туберкулез является инфекционным заболеванием, окружающие и близкие опасаются заражения и из-за этого разрывают контакты, оставляя больного наедине с болезнью. Но если больной человек точно выполняет все правила личной гигиены, принимает назначенное лечение для абациллирования и снижения опасности, то страх заражения у окружающих станет меньше, они начнут оказывать больному человеку поддержку, в которой он так нуждается. Результаты проведенного исследования показали, что больные туберкулезом люди испытывают стыд за свою болезнь, страх того, что о ней узнают, и пытаются скрывать факт заболевания туберкулезом и лечения от него, такие негативные чувства испытывают в равной степени мужчины и женщины. Психосоциальная коррекция заключается в том, чтобы научить больного не скрывать факт заболевания и лечения, а напротив, информировать их о ходе лечения, положительных сдвигах, факте абациллирования. Такое поведение способствует не только социальной адаптации, но и является мотивацией к планомерному лечению.

Следующей по частоте использования является копинг-стратегия «планирование решения проблемы». Реально к ней прибегают 22% мужчин и 18% женщин. Чтобы использовать эту стратегию, необходимо иметь необходимую информацию, рационально отслеживать и контролировать ситуацию.

«Стремление получить информацию о своем заболевании и прогнозе» показали 69% мужчин и 85% женщин. Высокий процент использующих данную копинг-стратегию свидетельствует о том, что больные люди не располагают необходимой им информацией. Данная стратегия конструктивна, и для того, чтобы ее смогли применить больше больных, их необходимо достоверно информировать о течении заболевания и прогнозе. Только достоверная информация поможет планированию будущего.

Копинг-стратегия «следование советам других больных» достоверно чаще встречается у мужчин ($\chi^2 = 14,45$). Советуются чаще с более опытным пациентом, который имеет больший опыт лечения и больший опыт ошибок, которые он и передает. К такой копинг-стратегии прибегают от недостатка достоверной научной информации, от невозможности обсудить с лечащим врачом возникающие проблемы. Следовательно, неформальное отношение к больному человеку, компетентные советы и рекомендации также являются мотивацией к планомерному, точному выполнению врачебных назначений.

Анкетирование по специальной анкете показало, что больные туберкулезом люди, помимо вышеописанных копинг-стратегий, прибегают также и к другим копинг-стратегиям, которые достоверно отличаются у мужчин и женщин. По нашему мнению, на выбор копинг-стратегии влияли социальный статус больного и его сознательность. Осо-

бенно показательно невыполнение правил личной гигиены как способ совладающего поведения, т. е. заражение окружающих. Копинг-стратегия «конфронтация» характерна для 20% мужчин и 17% женщин. У 15% мужчин и 9% женщин было выявлено желание «отомстить» обществу за свое заболевание, считая, что это не инфекционное заболевание, а социальное страдание, месть проявляется в невыполнении правил гигиены. На наш взгляд, только социальная поддержка поможет преодолению этой поведенческой агрессии.

К копинг-стратегии «принятие ответственности» прибегают 14% мужчин и 18% женщин. Это также конструктивная копинг-стратегия. Для того, чтобы она могла быть использована большим числом больных, следует использовать выявленный позитивный факт — «уверенность в компетентности лечащего врача», которую показали 70% мужчин и 79% женщин. Необходимо делать акцент на том, что врач и больной человек являются партнерами, больной также несет ответственность за исход болезни, он должен точно выполнять назначения и рекомендации врача.

Результаты показали, что у больных людей сохраняется надежда на излечение, на новое эффективное средство, новый метод. «Чувство уверенности в благополучном исходе заболевания» показали 41% мужчин и 58% женщин. Эту уверенность необходимо укреплять достоверным информированием, поддерживать позитивный настрой, отмечать любые положительные сдвиги в лечении и опираться на них в работе.

К использованию нетрадиционных методов лечения достоверно чаще прибегают мужчины ($\chi^2 = 4,23$). Эта копинг-стратегия может быть охарактеризована как «вера в чудо», что свидетельствует о высокой внушаемости больного. Ее целесообразно использовать в лечебном процессе. Психологическое воздействие заключается в авторитетном внушении. Врач должен уверенно и твердо повторять больному: «Данная процедура безопасна! Это лекарство вам поможет!».

«Сожаление о том, что нет более эффективных препаратов и методов лечения туберкулеза» выразили 93% мужчин и 100% женщин. Нереализованное желание получить более эффективное лечение негативно влияет на дисциплину больного в процессе лечения, приводит к использованию нетрадиционных методов лечения. Однако его все же можно использовать для повышения мотивации к лечению путем назначения новых процедур, показанных больному, например различных ингаляций или физиопроцедур с успокаивающим действием.

«Невыполнение врачебных назначений», как совладающее поведение, было выявлено у 34% мужчин и 24% женщин. Между тем результаты выявленных эмоций показали наличие различного рода страхов перед болезнью и ее последствиями. Следовательно, у больных данной категории страх

перед лечением сильнее страха перед болезнью. Можно также расценить их как внушаемых, с преувеличением эмоций над разумным контролем поведения. С такими больными рекомендуется проводить работу путем косвенного внушения, в частности рассказывать о том, как у ряда больных, аккуратно выполняющих назначения врача, было достигнуто клиническое излечение.

Копинг-стратегия «обращение к религии» была выявлена у 77% мужчин и 65% женщин. Религия учит смирению, принятию ситуации, больные преодолевают социальную изоляцию, получают нравственную поддержку. Данная стратегия чаще встречается у мужчин ($\chi^2 = 4,78$). По числу пришедших к вере в Бога больных можно косвенно судить о числе людей, не получающих нужную моральную поддержку от близких и родных. Если родственные отношения сохраняются, целесообразно, чтобы врач поговорил с родными и близкими о важности для больного их тепла и внимания.

Выводы

1. Деструктивные эмоции у больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких – различного рода страхи, тревоги, опасения – не имеют отличий по частоте встречаемости у мужчин и женщин.

2. Больные фиброзно-кавернозным туберкулезом наиболее часто возлагают надежды на копинг-стратегию «поиск социальной поддержки».

3. К вере в Бога, как копинг-стратегии совладания с заболеванием, туберкулезом приходят 77% мужчин и 65% женщин.

4. Отсутствие необходимой информации об инфекционной природе туберкулеза и концентрация на проблеме туберкулеза как социальном страдании приводят к несоблюдению больными правил личной гигиены и способствуют заражению окружающих.

5. В психологической коррекции нуждаются все больные хроническим туберкулезом легких.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абитов И. Р. Антиципационная состоятельность в структуре совладающего поведения: в норме и при психосоматических и психотических расстройствах: Дис. ... канд. психол. наук. – Казань, 2007.
2. Гордеева Т. О., Осин Е. Н., Рассказова Е. А. и др. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Матер. II междунар. науч.-практ. конф., Кострома, 23-25 сентября 2010 г. / под ред. Т. Л. Крюковой и др. Кострома: Изд-во КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2010. – Т. 2. – С. 195-197.
3. Гуцина Т. В. Защитное и совладающее поведение в дисфункциональной семье в период кризиса: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2006.

4. Джидарьян И. А. Представления о счастье в российском менталитете. – СПб.: Алетей, 2001. – С. 82-93.
5. Крюкова Т. Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Авантитул, 2007.
6. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями // Ж. социол. и социал. антропологии. – 1998. – Т. 1, вып. 2.
7. Нартова-Бочавер С. К. «Coping Behavior» в системе понятий психологии личности // Психологич. ж. – 1997. – Т. 18, № 5.
8. Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2001.
9. Подобица О. Б. Совладающее поведение женщины на этапе принятия роли матери: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2005.
10. Сапоровская М. В. Детско-родительские отношения и совладающее (копинг) поведение родителей как факторы школьной адаптации первоклассников: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Кострома, 2003.
11. Шагарова И. В. Личностные детерминанты и типы копинг-поведения в ситуации потери работы: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2008.
12. Brown S. P., Westbrook R. A., Challagalla G. Good Cope, Bad Cope: Adaptive and maladaptive coping strategies following a critical negative work event // J. applied psychology. – 2005. – Vol. 90, № 4. – P. 982-998.
13. Carver C. S., Scheier M. F., Weintraub J. K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // J. Personality and Social Psychology. 1989. – Vol. 56. – P. 267-283.
14. Cheng C., Cheung M. W. L. Cognitive processes underlying coping flexibility: differentiation and integration // J. personality. – 2005. – Vol. 73, № 4. – P. 859-880.
15. Clark K. C., Bormann C., Cropanzano R., James K. Validation evidence for three coping measures // J. Personality Assessment. – 1995. – Vol. 65, № 3. – P. 434-455.
16. Compas B. E., Connor-Smith J., Saltzman S. et al. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research // Psychol. Bulletin. – 2001. – Vol. 127, № 1. – P. 87-127.
17. Compas B. An agenda for coping research and theory: basic and applied developmental issues // Int. J. Behavioral Development. – 1998. – Vol. 22, № 2. – P. 231-237.
18. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York, Springer, 1984.
19. Lazarus R. Emotions and interpersonal relationships: toward a person-centered conceptualization of emotions and coping // J. Personality. – 2006. – Vol. 74, № 1. – P. 9-43.
20. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
21. Losoya S., Eisenberg N., Fabes R. Developmental issues in the study of coping // Int. J. Behavioral Development. – 1998. – Vol. 22, № 2. – P. 287-313.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Сухова Елена Викторовна

Самарский государственный экономический университет,
доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры
«Экология и безопасность жизнедеятельности».
443090, г. Самара, ул. Советской Армии, д. 141.

Поступила 29.11.2013