

УДК: 159.9.07

DOI 10.25513/2410-6364.2018.4.12-18

**И. Н. Абросимов
В. М. Ялтонский**

ВЫБОР КОПИНГ-СТРАТЕГИИ КАК ФАКТОР ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТА К ХРОНИЧЕСКОМУ СОМАТИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ

Описаны результаты эмпирического исследования, которые указывают на связь совладающего поведения пациента в условиях хронического заболевания с другими показателями и предикторами эффективности адаптации к болезни. Полученные данные позволяют говорить об условном выделении малоадаптивных и адаптивных стратегий совладания с заболеванием. В качестве факторов, связанных с копинг-поведением, рассмотрены восприятие болезни и ее личностный смысл, приверженность лечению и качество жизни пациента.

Ключевые слова: совладающее поведение; совладающее с болезнью поведение; адаптация к хронической болезни; психологическая адаптация.

**I. N. Abrosimov
V. M. Yaltonskiy**

THE CHOICE OF COPING STRATEGY AS A FACTOR OF PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE PATIENT TO CHRONIC SOMATIC DISEASE

The article describes the results of an empirical study that indicate the relationship between coping behavior of a patient with other indicators and predictors of the effectiveness of adaptation to the disease. The received data allow to speak about conditional allocation of nonadaptive and adaptive coping strategies with the disease. As factors related to coping behavior, we consider the perception of the disease and its personal meaning, adherence to treatment and quality of life of the patient.

Keywords: coping behavior; coping with disease behavior; adaptation to chronic illness; psychological adaptation.

Введение

Актуальность настоящего исследования обусловлена значительным ростом практических и теоретических разработок современной отечественной и зарубежной клинической психологии в области адаптации личности к имеющемуся заболеванию, подчеркивающих важность здоровьесберегающего и здоровье-ориентированного поведения пациента для повышения эффективности процессов лечения и реабилитации пациента [1].

Внимание исследователей в сфере приспособления личности к хроническому заболеванию не сосредотачивается только на влиянии физических симптомов, тяжести течения болезни на психическое функционирование пациента [2]. Их интересует то, как индивид воспринимает, оценивает эти новые условия жизни, пытается ли изменить их или же под-

страивается под них сам за счет коррекции или отказа от прежних форм поведения и освоения новых [3].

Описание процесса адаптации к хроническому заболеванию в современной литературе часто включает наличие следующих составляющих: 1) влияние демографических данных пациента и показателей тяжести заболевания; 2) проявление устойчивости (резильентности) личности пациента – самооффективность, жизнестойкость, оптимизм, совладание со стрессом; 3) проявление уязвимости (риска) личности пациента – руминация, нарушение личностных границ в общении и самовосприятии; 4) позитивное межличностное взаимодействие – эмоциональная (эмпатическая) и инструментальная (советы по преодолению) социальная поддержка, наличие диадического (совместного) копинга; 5) негативное межличностное

взаимодействие – ограничения социальной поддержки (трудности выражения чувств, сверхконтроль), отсутствие совместных форм копинга [3]. Одна из ключевых ролей в адаптации к болезни отводится преодолению негативных переживаний или состояний в связи с заболеванием посредством выбора и применения того или иного копинг-стиля.

Теория стресса и совладающего с ним поведения под целью и результатом успешной адаптации человека рассматривает восстановление гармоничного баланса между внешней средой индивида, предъявляющей порой трудновыполнимые требования, и его личностью, которая включает потребности, мотивы, смыслы и ресурсы [4]. Отношения между ними могут быть искажены или даже прерваны серьезными, угрожающими жизни и благополучию стрессорами, в качестве одного из которых может быть рассмотрено тяжелое хроническое заболевание.

Специфика совладания с имеющимся хроническим заболеванием и адаптации к нему обусловлена множеством факторов. Далее рассмотрим некоторые из них. Так, важным представляется учет динамического аспекта хронического заболевания, поскольку периоды его течения, лечения и «отступления» зачастую не имеют четких границ, характеризуются неравномерной и непропорциональной относительно друг друга протяженностью во времени, смещая и искажая тем самым субъективное восприятие временной перспективы самого пациента [5]. Опыт длительного заболевания может также вносить изменения в структуру и функционирование «чувственной ткани» заболевания, искажая словарь интрацептивного опыта человека. Это может затруднить дифференциацию субъективных состояний и когнитивных репрезентаций здоровья и нездоровья, которые составляют основу одного из начальных этапов на пути к регулированию болезни [6; 7]. Социально-психологический аспект заболевания, и в частности вопросы, связанные с приобретением инвалидности, ограничением возможности полноценного образования, трудоустройства, создания семьи, также являются факторами, обуславливающими совладание с болезнью [8; 9]. Основным механизмом нарушения адаптации здесь могут выступать затруднения или невозможность обратной связи, эмпатии и социальной поддержки в межличностных отношениях с

близкими и значимыми другими, а также формирование общего стигматизирующего отношения к конкретному заболеванию в социуме. Изменения самооценки и самоидентификации, обусловленные наличием неизлечимого, трудноконтролируемого, обезображивающего или смертельного недуга, являются неотъемлемой составляющей процесса адаптации к нему. Наличие хронического заболевания изменяет самоотношение личности, поскольку ранее сформированная в период здоровья идентичность заменяется болезненной идентификацией, отражающей имеющиеся физические нарушения, эмоциональные реакции на физические симптомы и когнитивные представления о болезни [10]. Хроническая болезнь, таким образом, вмешивается в стабильность образа «я» заболевшего человека, внося определенную степень неопределенности в его жизнь [11].

Анализ моделей изменения поведения в отношении здоровья и рискованного поведения позволяет условно рассмотреть активность индивида в отношении своего здоровья как результат или важную составляющую процесса саморегуляции личности в условиях болезни [12]. Описание механизмов саморегуляции не ограничивается этапами готовности и силой намерения личности для изменения поведения и рассматривает активное применение личностью стратегий по преодолению нежелательного состояния как механизм регулирования своего состояния [13]. В рамках данного подхода авторы все чаще рассматривают такие конструкты, как восприятие болезни, внутренняя картина болезни и лечения, комплаенс, качество жизни пациента, в соотношении с показателями его копинг-ресурсов и копинг-стратегий [14; 15].

Материалы и методы

В исследовании приняли участие 80 пациентов с муковисцидозом (шифр по МКБ-10 E84.0) мужского (35 человек) и женского (45 человек) пола, проходящих плановое стационарное (60 человек) и амбулаторное (20 человек) лечение, в возрасте от 18 до 28 лет (средний возраст – $23,7 \pm 4,8$ года). У всех пациентов заболевание характеризовалось диффузной тяжелой симптоматической картиной (нарушение функций дыхания и пищеварения), которая манифестировала в раннем детстве и служила причиной высокой вероятности летального исхода. Клинической базой исследования являлась лаборатория муковис-

цидоза ГБУЗ г. Москвы «ГКБ № 57 ДЗ г. Москвы» при НИИ пульмонологии МЗ РФ. При обследовании пациентов были использованы следующие психодиагностические методики:

1. «Краткий опросник восприятия болезни» (E. Broadbent, et al. (2006); русскоязычная версия – В. М. Ялтонский, А. В. Ялтонская, Н. А. Сирота, Д. В. Московченко (2017)). Измеряемые параметры: «Идентификация заболевания», «Последствия болезни», «Течение болезни», «Контроль болезни», «Контроль лечения», «Озабоченность болезнью», «Понимание болезни».

2. Опросник «Личностный смысл болезни» (на основе классификации Z. Lipowski; В. М. Ялтонский (2007)). Измеряемые параметры: «Позитивные и негативные смыслы» – «Расплата», «Слабость», «Потеря», «Угроза», «Облегчение», «Помощь», «Вызов», «Опыт».

3. Опросник эмоционального реагирования на болезнь (В. М. Ялтонский (2007)). Определяет спектр переживаемых эмоций и их интенсивность.

4. Опросник «Приверженность лечению при муковисцидозе» (Т. L. Masterson (2007); русскоязычная версия – В. М. Ялтонский). Описывает уровень приверженности пациента предписанным формам лечения.

5. Опросник качества жизни (SF-36 Health Status Survey, J. E. Ware, et al. (1994)). Измеряемые параметры качества жизни: «Физическое функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием», «Интенсивность боли», «Общее состояние здоровья», «Жизненная активность», «Социальное функционирование», «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», «Психическое здоровье».

6. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Л. И. Вассерман и соавт. (2009)). Измеряемые копинг-стратегии: «Конфронтация», «Дистанцирование», «Бегство-избегание», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Планирование решения проблем», «Позитивная переоценка».

7. Опросник «Совладающее поведение при муковисцидозе» (J. Abbot (2001); русскоязычная версия – В. М. Ялтонский (2010)). Измеряемые стратегии совладания с муковисцидозом: «Оптимизм», «Надежда», «Отвлечение», «Избегание».

Применялся пакет программ статистической обработки данных SPSS (v. 20, 2011).

Полученные результаты

Применение методов факторного и кластерного анализа в отношении результатов исследования стратегий совладающего поведения позволило выделить внутри выборки пациентов с муковисцидозом две группы: группу А ($n = 42$) – пациенты с преобладанием фактора «Адаптивное совладание» (в фактор вошли стратегии «Оптимизм» – r (значение факторной нагрузки) = 0,937, «Надежда» – $r = 0,803$, «Позитивная переоценка» – $r = 0,771$, «Планирование решения проблем» – $r = 0,686$); группу Б ($n = 35$) – пациенты с преобладанием фактора «Малоадаптивное совладание» (в фактор вошли стратегии «Бегство-избегание» – $r = 0,885$, «Принятие ответственности» – $r = 0,826$, «Конфронтация» – $r = 0,763$).

Исследование показателей саморегуляции личности в условиях болезни (восприятие болезни, личностный смысл болезни, эмоциональное реагирование на болезнь)

В группе пациентов, активно совладающих с заболеванием (группа А), статистически значимо выше показатели восприятия болезни «Понимание» ($8,4 \pm 1,35$, $6,3 \pm 2,83$; $p = 0,040$), «Идентификация» ($7,8 \pm 1,61$, $5,3 \pm 1,87$; $p = 0,003$), «Последствия» ($7,0 \pm 2,0$, $4,17 \pm 2,25$; $p = 0,005$), см. рис. При этом в группе Б (малоадаптивный стиль совладания с болезнью) статистически значимо ниже суммарные показатели негативных смыслов болезни («Враг», «Наказание», «Слабость», «Угроза») ($3,7 \pm 0,82$, $1,85 \pm 1,57$; $p = 0,002$) и положительного эмоционального реагирования на болезнь («Надежда», «Удивление», «Уверенность», «Радость от преодоления», «Благодарность за поддержку») ($1,55 \pm 0,85$, $0,88 \pm 0,6$; $p = 0,041$), чем в группе А (адаптивное совладание).

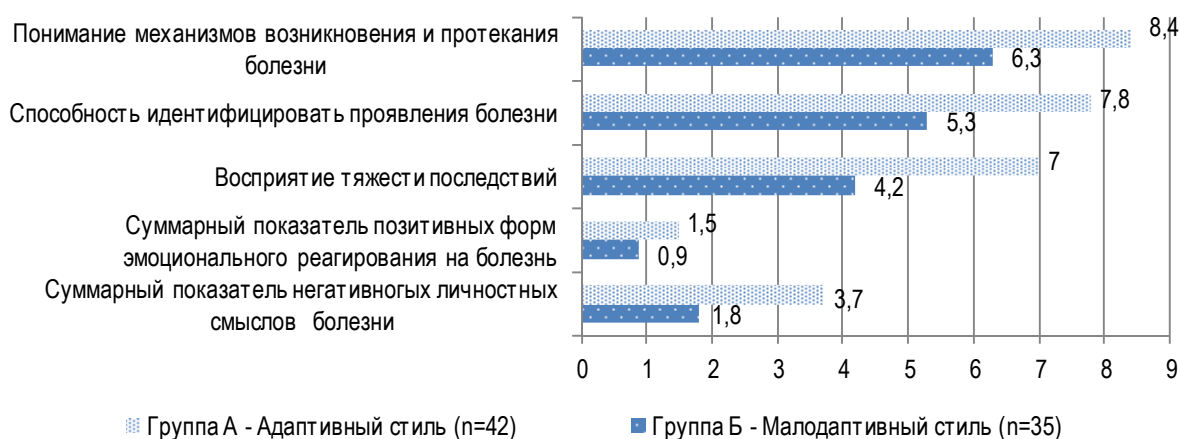
Таким образом, важным предиктором выбора стратегий совладающего с тяжелым заболеванием поведения являются параметры субъективного восприятия пациентом имеющейся болезни. Комплексная оценка заболевания как достаточно понятного, имеющего узнаваемые проявления на телесном уровне и серьезные негативные последствия для дальнейшей жизни активирует систему защитно-совладающих механизмов саморегуляции личности, которые направлены на повышение ее адаптации и непосредственное преодоление болезни. Недооценка соответствующих

параметров восприятия болезни отражается в выборе защитно-избегающего и конфронтационного поведения. Подобные способы реагирования хотя и выполняют важную протективную функцию в отношении токсичных эмоциональных состояний, однако в условиях болезни расцениваются как малоадаптивные, поскольку снижают готовность индивида к активным действиям по преодолению болезни.

Также в качестве показателей, связанных с выбором малоадаптивных стратегий, могут быть рассмотрены приписываемый заболеванию личностный смысл и формы эмоционального реагирования. В литературе принято соотносить их отрицательные значения с избегающими формами совладания [16]. Вера пациента в непреодолимость и фатальность ситуации болезни приводит к попыткам редуцирования (путем избегания) сопутствующих токсичных эмоций и, как правило, к реакции «замирания» в отношении активного

преодоления болезни. И иногда это поведение не является критической ошибкой. Чаще же внутри- и межличностные ресурсы или же дополнительные стрессоры в виде нарастания симптоматики и / или снижения трудоспособности активизируют процесс совладания с ситуацией болезни.

Однако эта закономерность видится понятной и оправданной в условиях остро протекающей и имеющей недавнюю манифестацию болезни [17], но она теряет свою линейность и очевидность, когда хроническое заболевание сопровождает человека с ранних этапов развития и становится неотъемлемым условием жизни, как это происходит в случае со взрослыми пациентами с муковисцидозом. Здесь серьезность болезни и ее интегрированность в общую картину жизни пациента не допускает использования подобных психологических механизмов.



Установленные статистически значимые различия среди показателей саморегуляции личности в условиях болезни в выделенных группах

Как уже было показано, выбор адаптивных копинг-стратегий взрослых с муковисцидозом сопряжен с показателями их субъективного восприятия болезни – понимания механизмов течения и реальных последствий. Это не позволяет избавиться от негативных переживаний, которые в условиях непрекращающейся болезни являются неизбежными, но дает и более ценную возможность – испытывать положительные эмоции, несмотря на болезнь (радость от успехов в лечении, чувство гордости за свои силы, удивление новым возможностям и улучшениям и др.).

При этом смысл болезни, используемый пациентом с адаптивным стилем совладания,

чаще носит более негативную характеристику («Враг», «Наказание», «Слабость», «Угроза») в условиях угрожающего хронического заболевания. Активные копинг-стратегии в отношении к хроническому заболеванию здесь не опираются на позитивные смыслы, как бы отталкивающие токсичные переживания и недооценивающие динамику и перспективы своего состояния. Именно учет всей серьезности и угрозы хронической болезни, принятие негативных переживаний, связанных с ней, позволяют инициировать защитно-совладающее поведение пациентов с муковисцидозом.

Можно предположить, что в ситуации остро протекающей болезни, наоборот, присвоение позитивных личностных смыслов (болезнь как одна из преград, проверка на прочность и др.) способствует активации и поддержке здоровьесберегающих форм поведения [18].

Такое разнообразие форм реагирования в различных условиях и ситуациях болезни подтверждают положения Н. Leventhal (1980) о нелинейности и сложности человеческого поведения и саморегуляции в отношении своего здоровья, включающих эксплицитные и имплицитные процессы [19]. Полученные результаты также дополняют имеющиеся на сегодняшний день данные о функционировании «органа» саморегуляции личности в условиях болезни – внутренней картины болезни – не только как о понятном и логичном феномене. Простота теоретического конструкта является неотъемлемым его достоинством, но неизбежны также его развитие и дополнение при решении задач, которые сталкивают психологов и врачей со сложностью и неоднозначностью человеческого поведения в условиях болезни.

Исследование показателей адаптации к болезни (приверженность лечению, качество жизни)

Пациенты, характеризующиеся в условиях болезни адаптивным копинг-стилем (группа А), обнаруживают статистически значимо более высокие показатели приверженности лечению антибиотиками (перорально $-4,5 \pm 0,85$, $3,33 \pm 0,78$; $p = 0,004$; в виде аэрозоля $-3,33 \pm 1,83$, $2,0 \pm 1,15$; $p = 0,050$) – эффективному методу предупреждения и купирования ведущих симптомов муковисцидоза (см. табл.). Интересными представляются данные исследования качества жизни пациентов с муковисцидозом, отличающихся стилем копинг-поведения. Так, например, пациенты с малоадаптивным поведением в болезни статистически значимо выше оценивают такие показатели качества своей жизни, как интенсивность боли ($87,39 \pm 17,23$, $55,3 \pm 19,86$; $p = 0,001$) и ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием ($77,83 \pm 32,84$, $46,6 \pm 42,22$; $p = 0,050$). При этом данные же пациенты обнаруживают более низкие показатели общего состояния здоровья ($49,0 \pm 17,26$, $35,54 \pm 18,54$; $p = 0,049$).

Установленные статистически значимые различия среди показателей адаптации личности в условиях болезни в выделенных группах

Показатели адаптации к болезни		Группа А – Адаптивный стиль (n = 42)	Группа Б – Малоадаптивный стиль (n = 35)	Значимость различий
		Me \pm SD, стандарты		
Приверженность лечению	Пероральный прием антибиотиков	4,5 \pm 0,85	3,33 \pm 0,78	P = 0,004
	Прием антибиотиков в виде аэрозоля	3,33 \pm 1,83	2,0 \pm 1,15	P = 0,050
Качество жизни	Интенсивность боли	55,3 \pm 19,86	87,39 \pm 17,23	P = 0,001
	Эмоциональное состояние	46,6 \pm 42,22	77,83 \pm 32,84	P = 0,050
	Общее состояние здоровья	49,0 \pm 17,26	35,54 \pm 18,54	P = 0,049

Полученные данные соотносятся с результатами, полученными в зарубежных исследованиях на схожей выборке. Так, J. Abbot (2001) указывает, что в группе не приверженных лечению пациентов с муковисцидозом показатели таких копинг-стратегий, как «Оптимистическое принятие» и «Надежда», были статистически значимо ниже, чем в группе приверженных [20]. Исследование Р. Е. Pfeffer (2003) показало, что избегание может также рассматриваться как способ отрицания наличия болезни или минимизации ее проявлений [21].

Выбор копинг-стратегий, фокусированных на эмоциях, обусловлен потребностью пациента в сохранении своих социальных и ролевых (семейных, гражданских, професси-

ональных и др.) функций. Применение осознанных стратегий дистанцирования и отвлечения от болезни, позволяет индивиду переживать менее интенсивные негативные эмоции и сохранять свою психическую активность на уровне «до болезни». Важно, что в рамках данного варианта внутренней картины болезни пациент избавляет себя от негативных эмоций вместе с субъективными болезненными ощущениями. Происходит отождествление и искажение чувственного и эмоционального уровней внутренней картины болезни, которые могут опосредовать неблагоприятные результаты лечения и течения заболевания.

Пациенты, активно совладающие с проблемами в условиях болезни, наоборот, отмечают интенсивные болевые ощущения и снижение эмоционального фона в связи с невыполнением своих ролевых функций. Однако они оценивают уровень своего общего здоровья как более высокий, что, возможно, обусловлено их опытом успешного противодействия болезни и высокой самоэффективностью в контроле над ней. Эти результаты соотносятся с процессуальным подходом R. Schwarzer (2011), согласно которому процесс саморегуляции поведения в отношении поддержания здоровья сопровождается переживанием самоэффективности [13].

Заключение

1. В структуре адаптации личности к условиям хронического заболевания в качестве ключевого фактора, обуславливающего ее результат, важно рассматривать выбор стратегий совладающего с болезнью поведения пациента.

2. С общепсихологических позиций вопрос эффективности и адаптивности совладающего поведения является открытым и требующим дальнейшего изучения. Однако эмпирические данные, полученные в рамках клинико-психологических исследований, позволяют говорить об условном выделении стратегий, ориентированных на купирование негативных эмоциональных состояний в связи с имеющейся болезнью (малоэффективны в непосредственном преодолении заболевания), и стратегий, ориентированных на решение конкретных проблем, связанных с преодолением болезни (активное преодоление болезни).

3. Целостный подход к проблеме адаптации в условиях болезни предполагает не выбор той или иной копинг-стратегии, а формирование широкого и гибкого копинг-стиля, включающего различные стратегии, направленные не только на непосредственное преодоление самого заболевания, но и на совладание с вызванными им переживаниями, которые являются неотъемлемой частью «опыта болезни» человека.

4. В качестве предикторов выбора совладающего поведения и, соответственно, адаптации в условиях болезни могут быть рассмотрены восприятие болезни, когнитивная оценка болезни как угрозы, предписываемый личностный смысл болезни. Параметрами успешности адаптации к болезни могут выступать показатели приверженности лечению и качества жизни пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. Сирота Н. А., Московченко Д. В. Совладающее поведение и когнитивная оценка прогрессирования заболевания у женщин с онкологическими заболеваниями репродуктивной системы // Психическое здоровье. – 2015. – № 11 (114). – С. 19–26.
2. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М. : Изд-во Моск. унта, 1987. – 168 с.
3. Helgeson V., Zajdel M. Adjusting to Chronic Health Conditions // Annual Review of Psychology – 2017. – № 68. – P. 545–571.
4. Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / науч. ред. Л. И. Вассерман. – СПб. : Речь, 2010. – 191 с.
5. Петракова Т. И. Временная перспектива и мотивация достижений у больных хроническим алкоголизмом // Медицинская психология в России. – Электрон. журн. – 2011. – № 6. – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 08.07.2017).
6. Ялтонский В. М., Абросимов И. Н. Эмоциональное реагирование на болезнь и ее психосемантическое содержание у взрослых пациентов с муковисцидозом // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2016. – Т. 48, № 4. – С. 20–23.
7. Тхостов А. Ш., Елшанский С. П., Рупчев Г. Е. Объем и категориальная структура словаря внутренних ощущений при разных заболеваниях // Ежегодник Российского психологического общества. – 2003. – № 7. – С. 563–565.
8. Перре М., Бауманн У. Клиническая психология и психотерапия. СПб. : Питер, 2012. – 944 с. – (Мастера психологии).
9. Lipowski Z. J. Psychosocial reactions to physical illness processes // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – № 128. – P. 1069–1072.
10. Charmaz K., Rosenfeld D. Chronic illness // The New Blackwell Companion to Medical Sociology. – Oxford : Wiley-Blackwell, 2010. – P. 312–333.
11. Марцинковская Т. Д., Юрченко Н. И. Проблема совладания в транзитивном обществе // Психологические исследования. – Электрон. журн. – 2016. – Т. 9, № 49. – URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n49/1332-martsinkovskaya49.html> (дата обращения: 29.08.2018).
12. Рассказова Е. И., Тхостов А. Ш., Гульдман В. В. Способы заботы о здоровье и соматические жалобы в норме: роль представлений и роль действий // Психологические исследования. – Электрон. журн. – 2016. – Т. 9, № 50. – С. 4. – URL: <http://psystudy.ru/num/2016v9n50/1355-rasskazova50.html> (дата обращения: 29.08.2018).

13. Рассказова Е. И., Кошелева Н. В. Психологические методы изменения поведения, связанного со здоровьем: возможности и ограничения // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 3 (82). – С. 183–205.
14. Ялтонский В. М., Абросимов И. Н. Совладающее с болезнью поведение взрослых с муковисцидозом // Национальный психологический журнал. – 2014. – №3 (15). – С. 56–61.
15. Субъективные представления о болезни, лечении и стратегии совладания с ними в структуре когнитивно-поведенческих факторов риска рецидива у лиц, зависимых от психоактивных веществ: руководство / В. М. Ялтонский, Я. В. Колпаков, И. Н. Абросимов, Д. В. Лопатин, А. В. Ялтонская. – М. : ННЦ наркологии, 2012. – 14 с.
16. Штрахова А. В. Личностный смысл болезни – суммарный вектор психического отражения болезни болеющим субъектом // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2008. – № 33 (133). – С. 78–82.
17. Михайличенко Т. Г., Щелкова О. Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. – 2017. – № 1. – С. 121–138.
18. Рогачева Т. В. Смысловая реальность болеющей личности: структурно-функциональный анализ: на материале болезней и нарушений системы кровообращения: автореф. дис. ... д-ра. психол. наук. – Томск, 2004. – 35 с.
19. Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense model of illness danger // Rachman S. Medical psychology. – New York : Pergamon, 1980. – P. 7–30.
20. Ways of coping with cystic fibrosis: implications for treatment adherence / J. Abbott, M. Dodd, L. Gee, A. K. Webb // Disability and rehabilitation. – 2001. – № 8. – P. 315–324.
21. Pfeffer P. E., Pfeffer J. M., Hodson M. E. The psychosocial and psychiatric side of cystic fibrosis in adolescents and adults // Journal of Cystic Fibrosis – 2003. – Vol. 2, iss. 2. – P. 61–68.

Информация о статье

Дата поступления

30 августа 2018

Дата принятия в печать

26 ноября 2018

Сведения об авторах

Абросимов Илья Николаевич – кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (Москва, Россия). E-mail: i.abrosimov@bk.ru.

Ялтонский Владимир Михайлович – доктор психологических наук, профессор кафедры клинической психологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (Москва, Россия). E-mail: yaltonsky@mail.ru.

Для цитирования

Абросимов И. Н., Ялтонский В. М. Выбор копинг-стратегии как фактор психологической адаптации пациента к хроническому соматическому заболеванию // Вестник Омского университета. Серия «Психология». 2018. № 4. С. 12–18. DOI: 10.25513/2410-6364.2018.4.12-18.

Article info

Received

August 30, 2018

Accepted

November 26, 2018

About the authors

Abrosimov Ilya Nikolaevich – Candidate of Psychological Sciences, Docent, Department of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (Moscow, Russia). E-mail: i.abrosimov@bk.ru.

Yaltonkiy Vladimir Mihaylovich – Doctor of Psychological Sciences, Professor, Department of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry (Moscow, Russia). E-mail: yaltonsky@mail.ru.

For citations

Abrosimov, I. N., Yaltonkiy, V. M. The Choice of Coping Strategy as a Factor of Psychological Adaptation of the Patient to Chronic Somatic Disease. *Herald of Omsk University. Series "Psychology"*, 2018, no. 4, pp. 12-18. DOI: 10.25513/2410-6364.2018.4.12-18. (In Russian).