



УДК 159.9.072.432

**РОЛЬ ПАССИВНЫХ СТРАТЕГИЙ СОВЛАДАЮЩЕГО СО СТРЕССОМ
ПОВЕДЕНИЯ В АДАПТАЦИИ / ДЕЗАДАПТАЦИИ К БОЛЕЗНИ
У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЁГКИХ**

М. А. Ярославская

**Психиатрическая клиническая больница № 12 Департамента
здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия**

**ROLE OF PASSIVE COPING STRATEGIES IN ADAPTATION /
DISADAPTATION TO DISEASE OF PATIENTS WITH CHRONIC
NONSPECIFIC LUNG DISEASES**

М. А. Yaroslavskaya

Psychiatric hospital № 12, Moscow, Russia

Summary. The purpose of the research was to study the patterns of using coping and adherences to it's different types in patients with chronic non-specific lung diseases. The results of the study may be useful in developing educational systems of coping behavior skills for patients for their health and well-being.

Key words: coping behavior; coping strategies; adaptation; patients with chronic non-specific lung diseases.

Хронические неспецифические заболевания лёгких (ХНЗЛ) имеют большое социально-экономическое значение из-за их высокой распространённости, частого развития инвалидности больных, особенно старших возрастных групп, а также связанного с этим снижения качества жизни пациентов. Оптимальная тактика ведения больных ХНЗЛ предполагает насыщенную и поддерживающую терапию. Несмотря на значительный прогресс в медикаментозном и психотерапевтическом лечении в настоящее время недостаточное внимание, в контексте психологических исследований, уделяется вопросу адаптации пациентов с ХНЗЛ.

Проблемами адаптации человека к стрессовым, проблемным ситуациям, в частности к заболеванию, занимается активно развивающееся направление – психология совладания. Совладающее поведение (копинг) – «поведение, направленное на приспособление к обстоятельствам и предполагающее сформированное умение использовать

определённые средства для преодоления эмоционального стресса» [1].

Единой классификации копинг-стратегий не существует. Lazarus R. S., Folkman S. выделили два основных вида копинга: проблемно- и эмоционально-ориентированные [2, 3]. Проблемно-фокусированный копинг – попытка повышения эффективности взаимодействия в диаде «человек-среда», с помощью изменения когнитивной оценки ситуации. Эмоционально-фокусированный копинг – это мысли и действия, целью которых является снизить физическое или психологическое влияние стресса [2, 3]. Так же выделяют активные и пассивные стратегии копинга. Активный копинг – поведенческие или психологические ответы, направленные на непосредственное изменение природы стрессора или переосмысление. Пассивный (избегающий) копинг может привести индивидуума к деятельности (например, употребление алкоголя) или психическим состояниям (тревоги, депрессии), которые удерживают его от



прямого решения стрессовых событий. Многочисленные исследования по изучению копинг-стратегий показывают, что предпочтение активных справляющихся стратегий, как поведенческих, так и эмоциональных – являются лучшими способами взаимодействия со стрессовыми событиями [4, 5]. Предпочтение избегающих стратегий – психологический фактор риска для неблагоприятных ответов на стрессовые события жизни [4, 5, 6, 7].

Изучением роли совладающего поведения в адаптации и дезадаптации к заболеванию детей и взрослых, страдающих ХНЗЛ различных возрастных групп активно занимаются зарубежные исследователи [8–22]. Большинство работ посвящено выделению наиболее эффективных – активных в борьбе с заболеванием стратегий и деструктивных – избегающих, приводящих к ухудшению состояния здоровья. Так, С. Barton и др., полагают, что эмоционально-ориентированный стиль у больных бронхиальной астмой (БА), связан с более низким восприятием контроля заболевания, злоупотреблением медикаментозного лечения, стационарной госпитализацией после возникновения астматического приступа [8]. Эмоционально-фокусированный копинг связан с качеством жизни, которое связано с ослабленным здоровьем [9]. D. Nazarian и др. исследовали связь использования избегающих стратегий (вторичных) копинга с максимальной объёмной скоростью выдоха (МОСВ) у взрослых, страдающих астмой. Учёные пришли к выводу, что отрицание, как одна из форм избегающего копинга, связано как с большими симптомами астмы, так и с худшими показателями МОСВ [12]. Результаты исследования совладающего поведения детей больных астмой неоднозначны. Как отмечают D. K. Mitchell & K. K. Murdock, что использование как активного (первичного), так и пассивного (вторичного)

видов копинга может быть связано с эффективными управлением поведения и активным участием в семейной, социальной и физической деятельности [10]. В отличие от вышеописанного, результаты исследования Van De Ven MO et al. подростков больных БА в возрасте от 12 до 16 лет, показали, что больные использующие активные виды копинга, такие как «преодоление ограниченного образа жизни», «поиск информационной поддержки», «положительная переоценка», имеют более высокие баллы по шкале «качество жизни» в сравнении с пациентами, предпочитающими избегающие виды стратегий [18]. В подтверждение вышеописанному, S. A. Meijer и др., исследуя выборку, состоящую из подростков с различными хроническими заболеваниями (астма, муковисцидоз, ювенильный артрит, и конституционная экзема) пришли к выводу, что преобладание пассивного копинга (например, депрессивные реакции и другие формы вторичного копинга) связано с худшим психосоциальным функционированием (низкая самооценка, плохо развитые социальные навыки, высокий уровень тревоги, пассивное поведение), в то время как предпочтение активного копинга (например, конфронтация и другие типы первичного копинга), были связаны с положительным психосоциальным функционированием [11].

Н. С. F. McCathie и др. полагают, что мужчины, страдающие хронической обструктивной болезнью лёгких (ХОБЛ), которые чаще обращаются к ресурсам самоэффективности, социальной поддержки имеют менее выраженные симптомы депрессии, тревоги и более высокий уровень качества жизни по сравнению с пациентами, у которых по данным характеристикам более низкие значения [13]. Американские исследователи Chien-yun Wu и др. изучили совладающие стили поведения наиболее часто используемые больными ХОБЛ



и пришли к выводу, что эффективными видами копинга являются обращение к религии, оптимистический (юмор), положительная переоценка ситуации и физическая активность [14].

Глубокая и качественная проработка особенностей совладания со стрессовыми событиями, в частности заболеванием пациентов, страдающих ХНЗЛ, может помочь в лечении и реабилитации данной группы больных.

Цель настоящего исследования – изучить параметры совладающего поведения у больных ХНЗЛ.

Характеристика групп обследуемых и методы

В исследовании приняли участие 180 человек в возрасте от 30 до 60 лет. Основная группа включала в себя 120 пациентов, страдающих хроническими неспецифическими заболеваниями лёгких. Из общего числа больных 7 человек находились на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Центральной клинической больницы № 1 ОАО «РЖД»; 5 женщин получали медицинскую помощь в отделениях Психиатрической клинической больницы № 12, сопутствующие психиатрические диагнозы: F34.1 на фоне органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства сосудистого генеза; F60.4х «Ну» расстройство личности. Декомпенсация на фоне сосудистого заболевания головного мозга; F06.6 Органическое эмоциональное лабильное (астеническое) расстройство. 108 человек находились на стационарном лечении в отделениях Городской клинической больницы № 70.

Выборка из 120 пациентов была разбита на 2 группы. В первую группу вошли 60 больных, имеющих диагноз бронхиальная астма (БА) (шифр по МКБ – 10 J45.0 – J45.9), средний возраст составил – $47,2 \pm 10,2$. Среди пациентов преобладали женщины – 41 человек, средний возраст составил

$48,9 \pm 9,9$. Мужчин – 19 человек, средний возраст – $43,4 \pm 10$.

Вторую группу составили 60 человек, имеющих диагноз хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) (шифр по МКБ – 10 J44.1), средний возраст – $52,7 \pm 6,1$. По гендерному составу выборки отмечалось преобладание мужчин – 37 человек, средний возраст составил $52,8 \pm 6$. Женщин 23 человека, средний возраст – $52,6 \pm 6,4$.

Группу сравнения составили 60 человек условно здоровых, не имеющих заболеваний дыхательных путей, средний возраст составил – $42,8 \pm 8,7$. Среди данной выборки преобладали женщины – 41 человек, средний возраст – $42,93 \pm 8,9$. Мужчин – 19 человек, средний возраст $42,42 \pm 8,6$.

Для изучения частоты использования и оценки степени эффективности копинг стратегий применялся копинг-опросник Ways of Coping Questionnaire (WCQ) Lazarus, Folkman., адаптированный в лаборатории психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана.

Статистическая обработка результатов исследования

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

Описание методики

Описание метода Ways of Coping Questionnaire

Методика «Ways of Coping Questionnaire» (WCQ) разработана Lazarus и Folkman в 1988 году, адаптирована



в лаборатории психоневрологического института им. В. М. Бехтерева под руководством Л. И. Вассермана в 2009 году. Опросник включает в себя 50 утверждений, каждое из которых предлагает определённый вариант поведения в затруднительной ситуации.

Участнику исследования даётся инструкция: «Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения в затруднительных ситуациях. Прочитав каждое из утверждений, решите, верно оно по отношению к Вам или нет. Вы можете выбрать четыре варианта ответа на этот вопрос в зависимости от того, насколько часто Вы используете указанный в утверждении способ поведения: 0 – «никогда», 1 – «редко», 2 – «иногда», 3 – «часто». Выбранный Вами ответ отметьте в соответствующей графе опросного листа. Будьте внимательны и старайтесь отвечать искренне. Правильных и неправильных («плохих» и «хороших») ответов здесь нет.

Как следует из инструкции, ответ оценивается испытуемым по 4-балльной шкале в зависимости от частоты обращения к стратегии: никогда – 0 баллов, редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла. Пункты методики объединены в 8 шкал, соответствующих копинг-стратегий.

1. Конфронтация
2. Дистанцирование
3. Самоконтроль
4. Поиск социальной поддержки
5. Принятие ответственности
6. Бегство – избегание
7. Планирование решения проблемы
8. Положительная переоценка

Обработка и интерпретация результатов:

Степень предпочтительности стратегии определяется по шкале Т – баллов при М (среднем значении по стандартной шкале) равном 50 Т – баллам и σ (стандартном отклонении) равном 10 Т – баллам.

Для определения «сырых» показателей по шкалам методики вычисляется сумма показателей по утверждениям, входящим в каждую из шкал, с учётом соотношения между ответом и начисляемыми баллами.

После расчёта «сырых» значений по шкалам осуществляется их перевод в стандартные Т – баллы. Для определения стандартного показателя необходимо соотнести «сырой» балл со значениями нормативной группой с учётом пола и возраста.

Степень предпочтительности для испытуемого стратегии совладания со стрессом определяется на основании следующих нормативов:

- 1) показатель меньше 40 баллов – редкое использование стратегии;
- 2) 40 баллов \leq показатель \leq 60 баллов – умеренное использование соответствующей стратегии;
- 3) показатель более 60 баллов – выраженное предпочтение соответствующей стратегии.

Результаты исследования совладающего поведения и их обсуждение

Результаты исследования показали, что испытуемые групп ХОБЛ, БА и сравнения в своём поведенческом арсенале в ситуации болезни по-разному используют пассивные виды совладающего со стрессом поведения.

Шкала Дистанцирование

Достоверно реже обращаются к стратегии дистанцирования больные ХОБЛ, для них средние показатели варьируют в пределах $38,03 \pm 6,2$, т. е. менее 40 Т – баллов, в сравнении с пациентами, имеющими диагноз БА ($P = 0,000$) для них значения равны – $53,9 \pm 9,25$, и группой сравнения ($P = 0,000$) баллы, которых составили – $46,6 \pm 9,4$ (диаграмма № 1). Недостаточное использование копинга дистанцирование больными ХОБЛ может приводить затруднениям в снижении субъективной значимости



проблемы, стрессовой ситуации, таким образом приводить к возрастанию эмоционального напряжения, чрезмерному сосредоточению на конфликте. Здоровые испытуемые достоверно реже ($P = 0,000$) обращаются к стратегии в сравнении с пациентами, страдающими БА. Таким образом, больные БА чаще других групп прибегают в стрессовых ситуациях к дистанцированию. Можно предположить, что обращение

к данной стратегии связано с неумением гибко регулировать межличностные отношения, а так же позволяет больному бронхиальной астмой снизить эмоциональную степень вовлечённости к заболеванию в стрессовой ситуации. По-видимому, предпочтение копинга связано с недостаточным развитием личностных ресурсов, психологической и физиологической слабостью организма в связи с заболеванием.

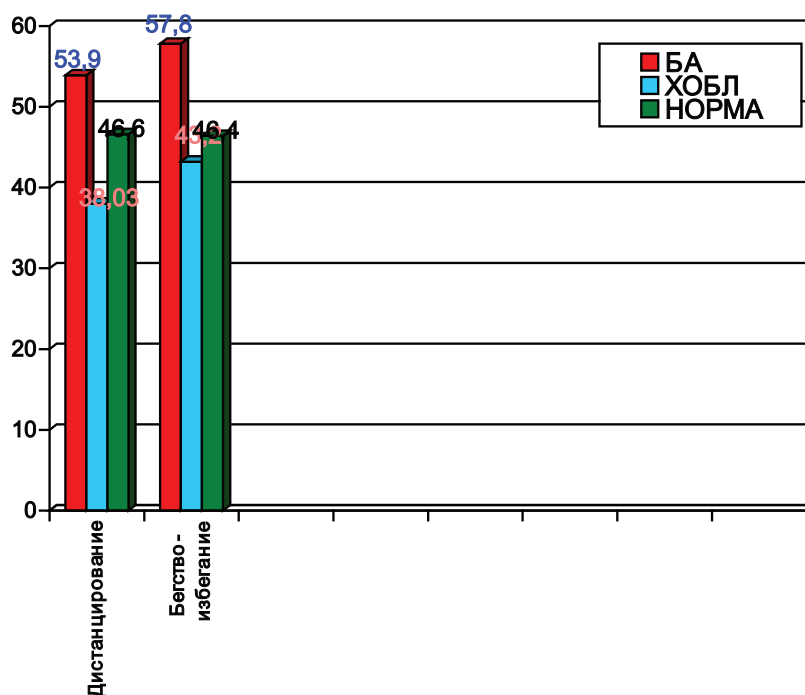


Диаграмма 1. Средние показатели предпочтительности пассивных видов стратегий преодолевающего поведения для групп БА, ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики «WSCQ»

Не найдено надёжных различий ($P > 0,05$) при исследовании особенностей использования копинг-стратегии дистанцирования между мужчинами и женщинами, исследуемых выборок (табл. 1).

Сравнение результатов между женщинами из групп БА, ХОБЛ и сравнения представлены на диаграмме № 2. Женщины, у которых была диагности-

рована бронхиальная астма, достоверно активнее используют отстранение, переключение внимание, обесценивание в сравнении с пациентками с ХОБЛ ($P = 0,000$) и здоровыми испытуемыми ($P = 0,000$). Средние значения для больных БА составили – $55,3 \pm 8,9$, для пациенток, страдающих ХОБЛ – $37,3 \pm 7,3$, для женщин из группы сравнения показатели варьируют в пределах $47,6 \pm 8,5$.



Здоровые испытуемые достоверно чаще ($P = 0,000$) в проблемных ситуациях используют стратегию дистанцирование,

что предотвращает интенсивные эмоциональные реакции на фрустрацию, в отличие от пациенток с ХОБЛ.

Таблица 1
Результаты исследования различий в использовании стратегии дистанцирование между мужчинами и женщинами с помощью методики «Ways of Coping Questionnaire»

Выборка	Мужчины	Женщины	Достоверность
Бронхиальная астма	$50,9 \pm 9,5$	$55,3 \pm 8,9$	$P > 0,05$
ХОБЛ	$38,5 \pm 5,4$	$37,3 \pm 7,3$	$P > 0,05$
Группа сравнения	$44,4 \pm 11,1$	$47,6 \pm 8,5$	$P > 0,05$

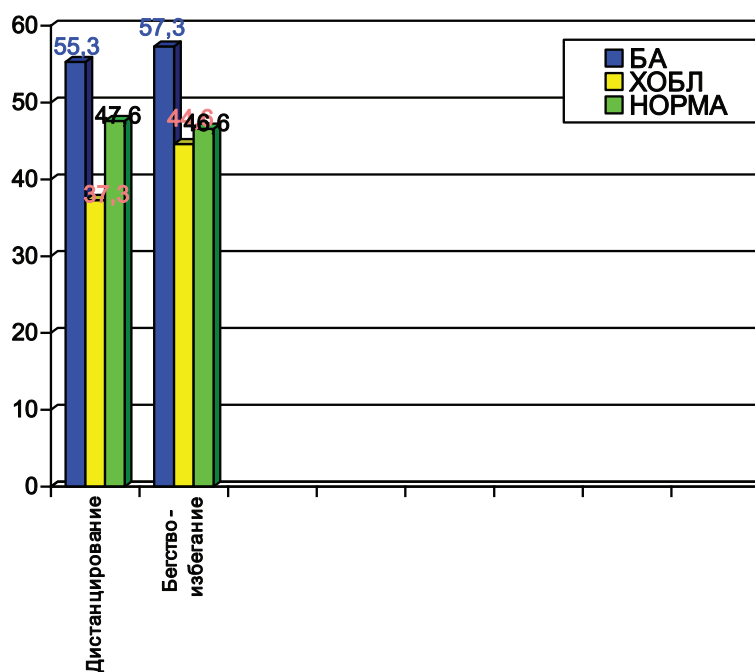


Диаграмма 2. Средние показатели предпочтительности пассивных видов стратегий преодолевающего поведения для пациенток с БА, больных ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики «WCQ»

Как видно из диаграммы 3, больные ХОБЛ достоверно реже используют дистанцирование в сравнении с пациентами, страдающими БА ($P = 0,000$) и здоровыми мужчинами ($P = 0,01$). Средние баллы для пациентов с ХОБЛ составили – $38,5 \pm 5,4$, для лиц, страдающих БА – $50,9 \pm 9,5$, у здоровых испытуемых показатели варьируют в пре-

делах $44,4 \pm 11,1$. Надёжный различий в обращении к копингу между пациентами с БА и здоровыми и испытуемыми не выявлено ($P > 0,05$).

Таким образом, больные БА, оказавшись в стрессовых ситуациях, чаще пациентов с ХОБЛ и группы сравнения обращаются к приёмам отстранения, переключения внимания, с целью



снижения эмоциональной вовлечённости в проблему или болезнь, а так же в связи с неумением регулировать межличностные отношения. Лица, страда-

ющие ХОБЛ, напротив, страдают от повышенной вовлечённости в проблему, неумения снизить значимость стрессовой ситуации.

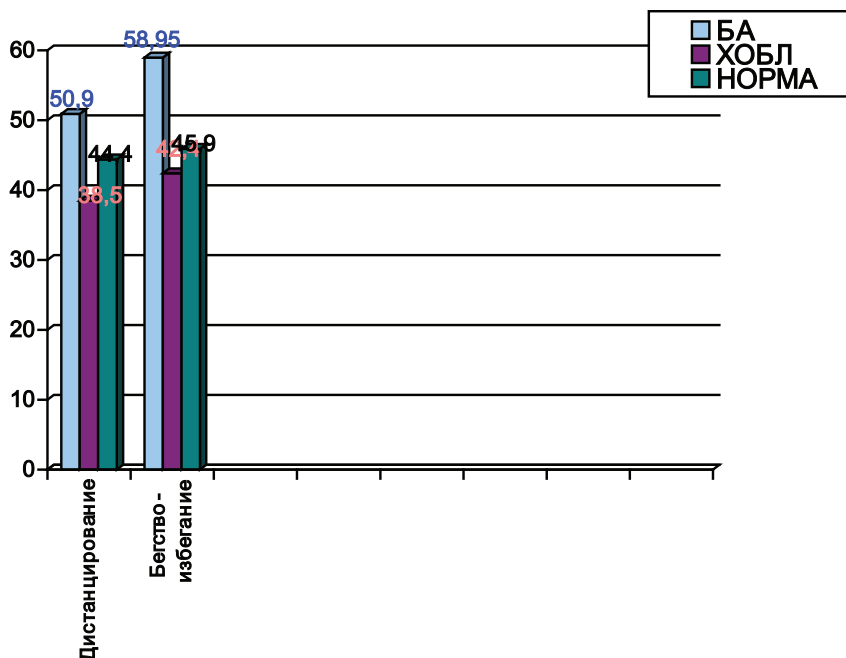


Диаграмма 3. Средние показатели предпочтительности пассивных видов стратегий преодолевающего поведения для пациентов с БА, больных ХОБЛ и здоровых испытуемых, полученных с помощью методики «WSCQ»

Шкала Бегство–избегание

Средние показатели для больных БА составили $57,8 \pm 8,4$, что достоверно выше ($P = 0,000$) значений пациентов, страдающих ХОБЛ, полученные баллы для которых варьируют в пределах $43,2 \pm 5,1$, и здоровых испытуемых – $46,4 \pm 9,9$ (диаграмма 1). Указанная стратегия находится на первой ранговой позиции по частоте использования у лиц, имеющих диагноз бронхиальная астма, т. е. ведущей, что свидетельствует о склонности отрицать наличие проблем и уходить от их решения, непризнавать личной роли в возникновении трудностей, ухудшения своего состояния. Больные могут вымещать свое «плохое» настроение на окружающих, обвинять близких родственников, на-

чатьство, коллег в ухудшении своего здоровья и др. В попытках снятия эмоционального напряжения больные могут прибегать к употреблению алкоголя, курению, перееданию.

Группа сравнения достоверно чаще ($P = 0,05$) больных ХОБЛ использует стратегию бегство – избегание. Таким образом, у больных ХОБЛ получены достоверно более низкие результаты в сравнении со здоровыми испытуемыми и пациентами, страдающими астмой, что указывает на попытки активного противостояния пациентов заболеванию, стрессовой ситуации, поиск альтернативных способов решения трудностей.

Не найдено надёжных различий ($P > 0,05$) при исследовании особенностей использования копинг



стратегии бегство – избегание между мужчинами и женщинами, исследуемых групп (табл. 2). Женщины, больные БА испытывают достоверно больший ($P = 0,000$) дефицит энергетических

и личностных ресурсов для совладания с болезнью и стрессовыми ситуациями в сравнении с пациентками, имеющими диагноз ХОБЛ и здоровыми испытуемыми (диаграмма 2).

Таблица 2

Результаты исследования различий в использовании стратегии бегство – избегание между мужчинами и женщинами с помощью методики «Ways of Coping Questionnaire»

Выборка	Мужчины	Женщины	Достоверность
Бронхиальная астма	58,95 ± 7,4	57,3 ± 8,9	$P > 0,05$
ХОБЛ	42,4 ± 4,9	44,6 ± 5,1	$P > 0,05$
Группа сравнения	45,9 ± 11,4	46,6 ± 9,3	$P > 0,05$

Средние баллы для больных БА составили – 57,3 ± 8,9, ХОБЛ – 44,6 ± 5,1, здоровых испытуемых – 46,6 ± 9,3. Не выявлено надёжных различий ($P > 0,05$) в использовании стратегии между женщинами из групп сравнения и ХОБЛ.

Мужчины больные бронхиальной астмой достоверно активнее больных ХОБЛ ($P = 0,000$) и здоровых испытуемых ($P = 0,001$) в стрессовых ситуациях для преодоления негативных переживаний используют психологические механизмы отрицания трудностей, отвлечения с помощью употребления спиртных напитков, курения и пр. Средние баллы для больных, имеющих диагноз БА, составили – 58,95 ± 7,4, ХОБЛ – 42,4 ± 4,9, здоровых испытуемых – 45,9 ± 11,4 (диаграмма № 3). Не найдено надёжных различий ($P > 0,05$) в использовании стратегии между пациентами, страдающими ХОБЛ и здоровыми мужчинами.

Суммируя результаты исследования по шкале бегство – избегание, можно сделать вывод, что больные БА чаще испытуемых из групп сравнения и ХОБЛ прибегают к реагированию по типу уклонения в стрессовых ситуациях, отрицают присутствие личной роли в ухудшении своего состояния, склонны перекладывать решения своих проблем на других людей.

Выводы

1. Больные БА в сравнении с пациентами, страдающими ХОБЛ и здоровыми испытуемыми, достоверно в большей степени отдают предпочтение использованию в стрессовых ситуациях пассивных видов копинг стратегий.

2. Больные БА, оказавшись в стрессовых ситуациях, чаще пациентов с ХОБЛ и группы сравнения обращаются к приёмам отстранения, переключения внимания, с целью снижения эмоциональной вовлечённости в проблему или болезнь, а так же в связи с неумением регулировать межличностные отношения.

3. Больные ХОБЛ, страдают от повышенной вовлечённости в проблему, неумения снизить значимость стрессовой ситуации.

Исследование показало, что пациенты, страдающие ХНЗЛ дезадаптивно реагируют в ситуациях повышенной стрессовой нагрузки.

Больные БА для совладания со стрессовыми и проблемными ситуациями, в период обострения заболевания, чаще обращаются к избегающим копинг-стратегиям. Это свидетельствует о неумении пациентов гибко регулировать межличностные отношения, недостаточном развитии личностных ресурсов, психологической и физиологической ослабленности



организма в связи с болезнью. Таким образом, в структуре личности больных наблюдаются скорее защитные механизмы, отрицающие, искажающие восприятие реальности, способствующие формированию неадаптивных вариантов копинг-стратегий, включающих когнитивные усилия снижения субъективной значимости проблемы, поведенческую пассивность в решении, т. е. выявляется в большей степени дезадаптивное дисфункциональное реагирование в стрессовой ситуации. Вышеизложенное способствует негативному восприятию себя и социума, снижению самооценки, ухудшению отношений с окружением, понижению работоспособности, провоцированию бронхоспазма и пр., т. е. ухудшению как психического, так и физического состояния пациента.

Лица, страдающие ХОБЛ, испытывают затруднения в снижении субъективной значимости проблемы, стрессовой ситуации, чрезмерно сосредоточены на конфликте, чаще руководствуются рациональным подходом.

Полученные результаты, могут быть полезны в создании психообразовательных программ для пациентов, страдающих ХНЗЛ, что является необходимым компонентом реабилитационного процесса в психосоматической практике.

Библиографический список

1. Малкина-Пых И. Г. Стратегии поведения при стрессе. [Электронный ресурс] // Московский психологический журнал. – 2005. – № 12. URL : <http://magazine.mospsy.ru> (дата обращения: 19.10.2010).
2. Folkman S. and Lazarus R. S. Coping and emotion // Monat A. and Richard S. Lazarus. Stress and Coping. N.-Y., 1991, p. 207–227.
3. Lazarus Richard S. and Folkman Susan The concept of coping // Monat A. and Richard S. Lazarus. Stress and Coping. N.-Y., 1991, p. 189–206.
4. Holahan, C. J., & Moos, R. H. Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children // Journal of Abnormal Psychology, 1987; 96 : 3–13.
5. Penley J. A., Tomaka J., Wiebe J. S. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // J. Behav Med, 2002; 25 : 551–603.
6. Terry D. J., Callan V. J., Sartori G. Employee adjustment to an organizational merger: stress, coping and intergroup differences // Stress Med, 1996; 12 : 105–122.
7. Pisarski A., Bohle P., Callan V. J. Effects of coping strategies, social support and work-non work conflict on shift worker's health // Scand J Work Env Health, 1998; 24(3) : 141–145.
8. Barton, C, Clarke, D, Sulaiman, N, Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma // Respir Med, 2003. – Jul; 97 : 747–761.
9. Hesselink, A, Penninx, B, Schlosser, M, et al The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD // Quality Life Res, 2004; 13 : 509–518.
10. Mitchell, D. K., & Murdock, K. K. Self-competence and coping in urban children with asthma // Children's Health Care, 2002; 31(4) : 273–293.
11. Meijer, S. A., Sinnema, G. O., Bijstra, J., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. G. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness // Social Science & Medicine, 2002; 54(9) : 1453–1461.
12. Nazarian, D., Smyth, J. M., & Sliwinski, M. J. A naturalistic study of ambulatory asthma severity and reported avoidant coping styles // Chronic Illness, 2006; 2(1) : 51–58.
13. McCathie H. C. F., Spence S. H. and R. L. Tate Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors // European Respiratory Journal. – 2002; 19 : 47–53.
14. Wu, Chien-yun; Lee, Yan-Yao; Baig, Karin; Wichaikhum, Ora-anong. Coping behaviors of individuals with chronic obstructive pulmonary disease // MedSurg Nursing. – 2001. – December 1; FindArticles.com. – 20 Aug, 2009.
15. Lima L., Guerra M. P., de Lemos M. S. The psychological adjustment of children with asthma: study of associated variables // Span J Psychol. – 2010, May; 13 (1) : 353–63.
16. Kim D. H., Yoo I. Y. Development of a questionnaire to measure resilience in children with chronic diseases // J Korean Acad Nurs. – 2010, Apr; 40 (2) : 236–46.
17. Kaptein A. A., Klok T., Moss-Morris R., Brand P. L. Illness perceptions: impact on self-management and control in asthma // Curr Opin Allergy Clin Immunol. – 2010, Jun; 10(3) : 194–199.
18. Van De Ven M. O., Engels R. C., Sawyer S. M., Otten R., Van Den Eijnden R. J. The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma // Qual Life Res. – 2007, May; 16 (4) : 625–34.
19. Rydström I., Hartman J., Segesten K. Not letting the disease get the upper hand over life: strategies of teens with asthma // Scand J Caring Sci. – 2005, Dec; 19(4) : 388–95.



20. Fley G., Beier J. Coping strategies of children with asthma. Testing the applicability of the German version of the Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) // *Pflege*. – 2006, Feb; 19(1) : 4–10.
21. Murdock K. K., Greene C., Adams S. K., Hartmann W., Bittinger S., Will K. The puzzle of problem-solving efficacy: understanding anxiety among urban children coping with asthma-related and life stress // *Anxiety Stress Coping*. – 2010, Jul; 23(4) : 383–98.
22. Protudjer J. L., Kozyrskij A. L., Becker A. B., Marchessault G. Normalization strategies of children with asthma // *Qual Health Res*. – 2009, Jan; 19(1) : 94–104.
11. Meijer, S. A., Sinnema, G. O., Bijstra, J., Mellenbergh, G. J., & Wolters, W. H. G. Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness // *Social Science & Medicine*, 2002; 54(9) : 1453–1461.
12. Nazarian, D., Smyth, J. M., & Sliwinski, M. J. A naturalistic study of ambulatory asthma severity and reported avoidant coping styles // *Chronic Illness*, 2006; 2(1) : 51–58.
13. McCathie H. C. F., Spence S. H. and R. L. Tate Adjustment to chronic obstructive pulmonary disease: the importance of psychological factors // *European Respiratory Journal*. – 2002; 19 : 47–53.
14. Wu, Chien-yun; Lee, Yan-Yao; Baig, Karin; Wichai khum, Ora-anong. Coping behaviors of individuals with chronic obstructive pulmonary disease // *MedSurg Nursing*. – 2001. – December 1; FindArticles.com. – 20 Aug, 2009.
15. Lima L., Guerra M. P., de Lemos M. S. The psychological adjustment of children with asthma: study of associated variables // *Span J Psychol*. – 2010, May; 13 (1) : 353–63.
16. Kim D. H., Yoo I. Y. Development of a questionnaire to measure resilience in children with chronic diseases // *J Korean Acad Nurs*. – 2010, Apr; 40 (2) : 236–46.
17. Kaptein A. A., Klok T., Moss-Morris R., Brand P. L. Illness perceptions: impact on self-management and control in asthma // *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. – 2010, Jun; 10(3) : 194–199.
18. Van De Ven M. O., Engels R. C., Sawyer S. M., Otten R., Van Den Eijnden R. J. The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma // *Qual Life Res*. – 2007, May; 16 (4) : 625–34.
19. Rydström I., Hartman J., Segesten K. Not letting the disease get the upper hand over life: strategies of teens with asthma // *Scand J Caring Sci*. – 2005, Dec; 19(4) : 388–95.
20. Fley G., Beier J. Coping strategies of children with asthma. Testing the applicability of the German version of the Schoolagers' Coping Strategies Inventory (SCSI) // *Pflege*. – 2006, Feb; 19(1) : 4–10.
21. Murdock K. K., Greene C., Adams S. K., Hartmann W., Bittinger S., Will K. The puzzle of problem-solving efficacy: understanding anxiety among urban children coping with asthma-related and life stress // *Anxiety Stress Coping*. – 2010, Jul; 23(4) : 383–98.
22. Protudjer J. L., Kozyrskij A. L., Becker A. B., Marchessault G. Normalization strategies of children with asthma // *Qual Health Res*. – 2009, Jan; 19(1) : 94–104.

Bibliography

1. Malkina-Pykh I. G. Strategii povedeniya pri stresse. [Elektronnyiy resurs] // *Moskovskiy psihologicheskij zhurnal*. – 2005. – № 12. URL: [http:// magazine.mospsy.ru](http://magazine.mospsy.ru) (data obrascheniya: 19.10.2010).
2. Folkman S. and Lazarus R. S. Coping and emotion // *Monat A. and Richard S. Lazarus. Stress and Coping*. N.-Y., 1991, p. 207–227
3. Lazarus Richard S. and Folkman Susan The concept of coping // *Monat A. and Richard S. Lazarus. Stress and Coping*. N.-Y., 1991, p. 189–206
4. Holahan, C. J., & Moos, R. H. Risk, resistance, and psychological distress: A longitudinal analysis with adults and children // *Journal of Abnormal Psychology*, 1987; 96 : 3–13.
5. Penley J. A., Tomaka J., Wiebe J. S. The association of coping to physical and psychological health outcomes: a meta-analytic review // *J. Behav Med*, 2002; 25 : 551–603.
6. Terry D. J., Callan V. J., Sartori G. Employee adjustment to an organizational merger: stress, coping and intergroup differences // *Stress Med*, 1996; 12 : 105–122.
7. Pisarski A., Bohle P., Callan V. J. Effects of coping strategies, social support and work-non work conflict on shift worker's health // *Scand J Work Env Health*, 1998; 24(3) : 141–145.
8. Barton, C., Clarke, D., Sulaiman, N., Abramson M. Coping as a mediator of psychosocial impediments to optimal management and control of asthma // *Respir Med*, 2003. – Jul; 97 : 747–761.
9. Hesselink, A., Penninx, B., Schlosser, M., et al The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD // *Quality Life Res*, 2004; 13 : 509–518.
10. Mitchell, D. K., & Murdock, K. K. Self-competence and coping in urban children with asthma // *Children's Health Care*, 2002; 31(4) : 273–293.

© Ярославская М. А., 2014