

УДК 159.938.363.6

DOI: 10.17072/2078-7898/2016-3-115-121

СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ С РАЗНЫМИ ТИПАМИ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ

Шиляев Владислав Александрович

Центр реабилитации инвалидов «На Казанской» (Киров)

В статье дан теоретический анализ проблемы совладания со стрессом людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации в связи с ограничением возможностей по здоровью. Представлены результаты эмпирического исследования особенностей совладающего поведения у людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) с учетом типа отношения к болезни. Выявлены отличия в совладающем поведении лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья, с адаптивным и дезадаптивным типами отношения к болезни: лица с ОВЗ с адаптивным типом отношения к болезни более склонны к конструктивной копинг-стратегии «положительная переоценка трудностей», в то время как лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни чаще используют неконструктивные формы реагирования на стресс — предпочитают избегать решения проблем, проявляют настойчивость и агрессивность в преодолении трудностей и чаще обращаются за помощью к социальному окружению. Полученные в ходе исследования данные могут использоваться психологами реабилитационных учреждений при составлении программы психокоррекционных мероприятий с целью оказания адресной психологической помощи личности, оказавшейся в ситуации ограничения возможностей здоровья.

Ключевые слова: трудная жизненная ситуация, совладающее поведение, лица с ограниченными возможностями здоровья, тип отношения к болезни.

COPING BEHAVIOR IN INDIVIDUALS WITH DISABILITIES WITH DIFFERENT TYPES OF ATTITUDE TO THE DISEASE

Vladislav A. Shilyaev

Disabled Rehabilitation Center «Na Kazanskoy» (Kirov)

The article conducts theoretical analysis of the problem of coping with stress by people who are in difficult life situation due to limited opportunities of health. The article presents the results of empirical studies of coping behavior in people with disabilities based on the type of attitude to the disease. The differences in coping-behavior of persons with disabilities with adaptive and non-adaptive types of attitude to the disease are the following: persons with disabilities with adaptive types of attitude to disease are more prone to constructive coping strategy «positive reevaluation of difficulties», while persons with disabilities with the non-adaptive type of relationship to disease are more likely to use disruptive forms of stress-response — prefer to avoid problem solving, persistence and aggressiveness to overcome difficulties and often turn for help to the social environment. The obtained results, highlighting the peculiarities of coping behavior and the relationship to disease of persons with disabilities, can be used in preparing the program of corrective treatment by psychologists in rehabilitation agencies to provide focused psychological support of personality to any situation limit possibilities of health.

Keywords: difficult life situation, coping behavior, persons with disabilities, the type of attitude to the disease.

Проблема совладающего (копинг) поведения в трудных жизненных ситуациях в последние годы привлекает все большее внимание отечественных и зарубежных психологов. Проводятся исследования совладающего поведения личности, оказавшейся в ситуации потери работы (К. Леана, А.К. Осницкий,

Д. Фельдман, Т.С. Чуйкова, И.В. Шагарова), в ситуации одиночества (М.В. Верещагина, Т.Л. Крюкова), в экстремальных ситуациях (М.Ш. Магомед-Эминов, В.С. Милосердова). Совладающее поведение людей с ограниченными возможностями стало предметом исследования Л.А. Александровой,

С.Л. Богома, А.А. Лебедевой, Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой и др. Авторы сходятся во мнении, что для каждого человека характерен определенный стиль совладающего поведения, формирующийся в процессе жизни и зависящий от ресурсов личности. Это имеет особую значимость для людей с ограниченными возможностями здоровья, поскольку человек, оказавшийся в ситуации ограничения возможностей здоровья, попадает в стрессовую ситуацию, вследствие которой изменяются условия его существования: биологические условия, социальный статус, психическое состояние, связанное с формированием внутренней картины болезни. Все это влечет за собой изменение физических и энергетических возможностей личности, сужение круга ее социальных контактов, приводит к ощущению неопределенности будущего (Е.В. Морозова, 2008; Ж.В. Порохина, 2007; Н.Б. Шабалина, 2000 и др.). В связи с этим ограничение возможностей по здоровью ставит человека перед необходимостью использовать внутренние ресурсы, предъявляет требования к его стрессоустойчивости и адаптивности. Поэтому проблема совладающего поведения человека, оказавшегося в ситуации ограничения возможностей по здоровью, приобретает особую актуальность.

Проблема преодоления стресса у зарубежных исследователей обозначена понятием «копинг» (coping — от англ. «соре», употребляемое в значении «успешно справиться, преодолевать»). В отечественной психологии чаще используется понятие «совладание», под которым подразумевается комплекс способов преодоления дезадаптации и стрессовых состояний [2].

Термин «копинг» был впервые использован Л. Мерфи в исследованиях способов преодоления детьми кризисов взросления. Позднее Р. Лазарус и С. Фолкман определяли копинг как «постоянно изменяющиеся когнитивные и поведенческие усилия (способы), направленные на преодоление специфических внешних и внутренних требований, которые оцениваются человеком как значительные или превышающие его ресурсы» [10, р. 141]. Авторы различают два глобальных типа совладания: *проблемно-ориентированное*, направленное на преодоление источника стресса, и *эмоционально-ориентированное*, направленное на преодоление эмоциональной реакции, возникшей в связи со стрессом. В дальнейшем методом факторного анализа Р. Лазарус и С. Фолкман выделили восемь стратегий совладания (копингов), из которых две стратегии относятся к проблемно-ориентированному совладанию и шесть стратегий — к эмоционально-ориентированному. К эмоционально-ориентированному совладанию авторы относят: дистанцирование; самоконтроль; поиск социальной поддержки; принятие ответственности; избегание (уход от проблемы); положительная пере-

оценка. Стратегиями проблемно-ориентированного совладания являются: конфронтативный копинг; плановое решение проблемы [там же].

Представители костромской психологической школы (Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтык, М.В. Сапоровская и др.) определили совладающее поведение как целенаправленное поведение субъекта, которое позволяет ему преодолеть трудную жизненную ситуацию, используя способы, адекватные особенностям личности и ситуации. Подчеркивая осознанность совладающего поведения, авторы говорят о том, что человек может либо изменить ситуацию (в случае ее подконтрольности), либо приспособиться к ней (если ситуация не поддается контролю). От того, насколько хорошо человек владеет таким поведением, зависит его здоровье и благополучие. Совладающее поведение может быть конструктивным (проявление активности с целью изменения ситуации, сосредоточение на положительных аспектах проблемы, анализ ситуации и поиск способов ее решения) и неконструктивным (избегание, пассивность, агрессивность, импульсивное поведение и др.) [8, 9].

Одним из перспективных направлений изучения психологических детерминант копинг-поведения личности в трудной жизненной ситуации является изучение ее отношения к событию или ситуации [10]. В нашем исследовании в качестве такого события рассматривается ситуация ограничения возможностей здоровья и сформированное в связи с ней отношение к болезни. Как отмечает Е.Р. Исаева, сама по себе болезнь влияет на эмоциональное состояние человека и может определять выбор совладающего со стрессом поведения [4, с. 89].

Для описания субъективной стороны болезни в научной литературе используются различные термины: аутопластическая картина заболевания (А. Гольдшейдер, 1929), внутренняя картина болезни (Р.А. Лурия, 1977), отношение к болезни (В.Н. Мясищев, 1995; К.А. Скворцов, 1958), сознание болезни (Е.К. Краснушкин, 1960; Л.Л. Рохлин, 1957), «реакция на заболевание» (Н.Д. Лакошина, 2007; Г.К. Ушаков, 1987).

А. Гольдшейдер под аутопластической картиной заболевания понимал совокупность ощущений, переживаний и представлений, сознаваемых больным в связи со своим заболеванием. Автор выделил аффективный (ощущения и переживания больного) и интеллектуальный (представления больного о своем заболевании) уровни картины заболевания [3]. Основываясь на концепции А. Гольдшейдера, Р.А. Лурия называет внутренней картиной болезни «весь тот огромный внутренний мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия и ощущения, эмоций, аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» [6, с. 38].

В.Н. Мясичев и Л.И. Вассерман продолжили работу Р.А. Лурии в изучении внутренней картины заболевания и наряду с эмоциональным и когнитивным компонентами отношения к болезни выделили ее мотивационно-поведенческий компонент, отражающий выработку определенной стратегии поведения в жизненных ситуациях в связи с болезнью (принятие роли больного, активная борьба с болезнью, игнорирование, пессимистические установки и пр.), а также связанные с болезнью реакции, способствующие адаптации или дезадаптации по отношению к ней [1, 7].

Психологическая диагностика отношения к болезни стала предметом специальных исследований Л.И. Вассермана, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой, А.Я. Вукса. Отношение к болезни определяется данными авторами как элемент психологического анализа целостной системы отношений личности и рассматривается как значимое, поскольку оказывает влияние и на другие ее отношения. Для всестороннего изучения отношения к болезни необходимо учитывать отношение человека к тем сферам его жизненного функционирования, на которые может влиять сам факт заболевания; кроме того, важно изучать субъективное отношение индивида к факту заболевания. Отношение к болезни, как и каждое психологическое отношение, индивидуально и неповторимо, однако исследования показывают, что отношение конкретного человека к болезни, оставаясь уникальным, может быть описано через его принадлежность к определенным психологическим типам отношений через выявление сходства с отношениями к болезни у других людей [1].

Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс выделяют и описывают два основных типа отношения человека к своему заболеванию: адаптивное и неадаптивное. *Адаптивное отношение* к болезни представлено гармоничным, эргопатическим и анозогнозическим типами, при которых психическая и социальная адаптация индивида существенно не нарушается. *Неадаптивное отношение* к болезни представлено тревожным, ипохондрическим, неврастеническим, меланхолическим, апатическим, сенситивным, эгоцентрическим, дисфорическим и паранойальным типами. У индивидов с данными типами реагирования на болезнь отмечаются нарушения социальной адаптации. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких людей проявляется в дезадаптивном поведении: тревожном, подавленном состоянии, «уходе» в болезнь, отказе от борьбы и т.п. [1].

Типологический подход к описанию отношения к болезни позволяет использовать научное обобщение для передачи важных сведений об отношении конкретного человека к своей болезни, что в свою очередь дает возможность психологу, как и врачу,

использовать эти сведения для психотерапии [1]. Данная типологизация может быть применена и в исследовательских целях, в частности, для изучения связи совладающего поведения индивида с его отношением к инвалидизирующему заболеванию.

Цель исследования — изучение особенностей совладающего поведения у лиц с ОВЗ с различным типом субъективного отношения к своему заболеванию.

Гипотезы исследования

1. Лица с ОВЗ с адаптивным и дезадаптивным типами отношения к болезни используют различные стратегии совладающего поведения, а именно: лица с ОВЗ с адаптивным типом отношения к болезни чаще, чем лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни, предпочитают конструктивные стратегии (планирование решения проблемы, положительная переоценка), в то время как лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни чаще используют неконструктивные стратегии (избегание, конфронтативный копинг).

2. Есть взаимосвязь между совладающим поведением и отношением к болезни лиц с ограниченными возможностями здоровья, а именно: конструктивные стратегии совладающего поведения (планирование решения проблемы, положительная переоценка, самоконтроль, принятие ответственности) лиц с ограниченными возможностями здоровья связаны с адаптивными типами отношения к болезни (гармоническим, эргопатическим, анозогнозическим), тогда как неконструктивные стратегии (избегание, конфронтативный копинг) отрицательно связаны с адаптивными типами отношения к болезни.

Организация и методы эмпирического исследования

В качестве респондентов в исследовании участвовало 210 человек (83 мужчины, 127 женщин), прошедших реабилитацию в центре для инвалидов г. Кирова, имеющих первую ($n = 19$), вторую ($n = 55$) и третью ($n = 136$) группы инвалидности по следующим заболеваниям: остеохондроз, системное заболевание позвоночника, инсульт. Средний возраст участников исследования — 44 года ($\min = 22$, $\max = 60$, $SD = 10,4$).

С целью определения субъективного отношения к болезни был применен опросник психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ» Л.И. Вассермана, А.Я. Вукса, Б.В. Иовлева, Э.Б. Карповой (2005) [1]. Для определения копинг-стратегий использовался опросник способов совладания — «ОСС» (R. Lazarus, S. Folkman, 1988, в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004) [5].

Результаты исследования и их обсуждение

При использовании методики «ТОБОЛ» было выявлено, что 42 % респондентов (89 чел.) имеют дезадаптивный тип отношения к болезни; 41 % респондентов (86 чел.) имеют адаптивный тип отношения к болезни; у 11 % респондентов (35 чел.) отмечен смешанный (сочетание адаптивного и дезадаптивного) тип отношения к болезни. Для дальнейшей обработки использовались протоколы респондентов с

адаптивным и неадаптивным типами отношения к болезни (n = 175).

Для оценки полученных данных использовались методы описательной статистики (среднее значение, стандартное отклонение), Т-критерий Стьюдента для независимых выборок. Показатели совладающего поведения респондентов в исследуемых группах представлены в табл. 1.

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения показателей способов совладания у респондентов с адаптивным и дезадаптивным отношением к болезни

Способы совладающего поведения	Адаптивное отношение к болезни (n = 86)		Дезадаптивное отношение к болезни (n = 89)		Т-критерий	
	М	δ	М	δ	t	p
Конфронтативный копинг	8,35	3,09	9,72	3,38	-2,800	<0,01
Дистанцирование	9,81	2,86	10,27	2,73	-1,077	–
Самоконтроль	13,91	3,22	13,06	3,1	1,780	–
Поиск социальной поддержки	10,98	3,44	12,2	3,3	-2,401	<0,05
Принятие ответственности	7,08	2,04	7,69	2,91	-1,594	–
Избегание	4,23	2,55	6,37	3,06	-5,030	<0,000
Планирование решения проблемы	11,91	3,6	11,04	3,15	1,682	–
Положительная переоценка	13,83	3,94	12,08	3,33	3,163	<0,01

Анализ приведенных в таблице данных свидетельствует, что лица с ОВЗ с различным типом отношения к своему заболеванию статистически значимо различаются по четырем показателям совладающего поведения. Так, респонденты с дезадаптивным типом отношения к болезни более агрессивны и конфликтны в преодолении трудностей, чем респонденты с адаптивным типом. Агрессивные и эмоционально насыщенные формы реагирования на стресс могут быть характерны для неврастенического типа отношения к болезни, основой которого является раздражение, а также для паранойяльного типа в связи с крайней подозрительностью.

Лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни чаще обращаются за поддержкой и помощью к окружающим, чем лица с адаптивным типом. Ориентированность на взаимодействие с другими людьми, ожидание внимания и сочувствия может быть свойственно респондентам с ипохондрическим и эгоцентрическим типами отношения к болезни. Как отмечает Е.Р. Исаева, неспособность конструктивно действовать в трудной жизненной ситуации приводит к тому, что у больных появляется чувство беспомощности и некомпетентности, в связи с чем они ищут помощи и поддержки со стороны социального окружения [4].

Лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни достоверно чаще склонны к бегству от ре-

шения проблем, чем лица с ОВЗ с адаптивным типом. При явном предпочтении стратегии избегания у респондентов с дезадаптивным типом отношения к болезни могут проследиваться неконструктивные формы поведения в стрессовых ситуациях: нетерпение, вспышки раздражения, что характерно для неврастенического типа отношения к болезни; уход от ответственности, пассивность, свойственные апатическому типу отношения к болезни; отрицание либо полное игнорирование проблемы, погружение в фантазии и т.д.

Респонденты с адаптивным типом отношения к болезни чаще используют стратегию «положительная переоценка», чем респонденты с дезадаптивным типом. То есть лица с ОВЗ с адаптивным типом отношения к болезни более склонны искать позитивный смысл в событиях, «философски» относиться к действительности, видеть не только отрицательные, но и положительные стороны происходящих событий, с оптимизмом смотреть в будущее.

Таким образом, совладающее поведение лиц с ОВЗ связано с типом отношения к болезни. Так, респонденты с дезадаптивным типом отношения к болезни в трудных жизненных ситуациях чаще избегают решения проблем, испытывая потребность в сочувствии, защите, поддержке, проявляя неконструктивные эмоциональные формы реагирования

на стресс, по сравнению с респондентами с адаптивным типом отношения к болезни.

Респонденты с адаптивным типом отношения к болезни в большей степени склонны видеть позитивные стороны в трудностях, вкладывая в них новый смысл, тем самым снижая и обесценивая для себя значимость этих событий.

С целью выявления взаимосвязей между типами отношения к болезни и копинг-стратегиями был применен корреляционный анализ (использовался коэффициент корреляции Пирсона). В табл. 2 представлены значимые взаимосвязи способов совладания и адаптивных типов отношения к болезни.

Таблица 2. Корреляционные взаимосвязи способов совладания и адаптивных типов отношения к болезни

Способы совладающего поведения	Адаптивные типы отношения к болезни		
	Гармоничный	Эргопатический	Анозогнозический
Конфронтативный копинг	-,204**	-,267**	-,247**
Поиск социальной поддержки			-,181*
Избегание	-,220**	-,317**	-,250**
Положительная переоценка	,187*	,168*	,188*

Примечание: * — уровень значимости $p \leq 0,05$, ** — уровень значимости $p \leq 0,01$.

Отмечены отрицательные значимые корреляции между стратегиями совладания «конфронтативный копинг», «избегание» и адаптивными типами отношения к болезни ($p \leq 0,01$). У респондента, которому несвойственно использование стратегии «конфронтативный копинг» (недостаточная целенаправленность и рациональная обоснованность поведения в проблемной ситуации), а также стратегии «избегание» (уход от ответственности и активных действий по изменению ситуации), отмечается высокая степень выраженности адаптивных типов отношения к болезни. На уровне тенденции отрицательно коррелирует стратегия «поиск социальной поддержки» и анозогнозический тип отношения к болезни ($p \leq 0,05$), т.е. человеку, отрицающему наличие у себя болезни и не признающему себя больным, нет

смысла привлекать внешние (социальные) ресурсы для решения проблемы, которой он не видит. Отмечены и слабые положительные корреляционные связи стратегии «положительная переоценка» и адаптивных типов отношения к болезни ($p \leq 0,05$). Это позволяет говорить о тенденции использования стратегии «положительная переоценка» (преодоление негативных переживаний в связи с трудной ситуацией за счет сосредоточения внимания на ее положительных аспектах, рассмотрения ее как личностного роста) респондентами с адаптивными типами отношения к болезни.

В табл. 3 представлены значимые взаимосвязи способов совладания и дезадаптивных типов отношения к болезни.

Таблица 3. Корреляционные взаимосвязи способов совладания и дезадаптивных типов отношения к болезни

Способы совладающего поведения	Дезадаптивные типы отношения к болезни		
	Ипохондрический	Неврастенический	Паранойяльный
Конфронтативный копинг			,175*
Принятие ответственности		,152*	
Избегание			,196**
Планирование решения проблемы	-,176*		

Отмечены корреляционные связи между стратегиями совладания и дезадаптивными типами отношения к болезни. Так, положительная корреляционная связь на уровне тенденции между стратегией «конфронтативный копинг» и паранойяльным типом отношения к болезни ($p \leq 0,05$) позволяет говорить о том, что респондентам, проявляющим агрессивные формы реагирования в трудных ситуациях, могут быть свойственны подозрительность и недо-

верие ко всему, что имеет отношение к лечебному процессу.

Положительная связь на уровне тенденции выявлена между стратегией «принятие ответственности» и неврастеническим типом отношения к болезни ($p \leq 0,05$). Возможно, что частое использование данной стратегии свидетельствует о склонности лиц с ОВЗ с неврастеническим типом отношения к болезни к самокритике, переживанию чувства вины и недо-

влетворенности, что может провоцировать у таких респондентов вспышки раздражительности и гнева.

Установлена положительная корреляционная связь между стратегией «избегание» и паранойяльным типом отношения к болезни ($p \leq 0,01$), т.е. чем больше респондентам свойственно уклоняться от ответственности и действий по разрешению возникших трудностей, тем более характерны для них чрезмерная подозрительность и настороженность к лечению и медицинскому персоналу.

На уровне тенденции выявлена отрицательная связь между стратегией «планирование решения проблемы» и ипохондрическим типом отношения к болезни ($p \leq 0,05$). Чем больше человек переживает по поводу болезни, чем более противоречивые чувства он испытывает, с одной стороны, а с другой — неуверенность в успехе лечения, тем меньше он способен правильно оценить ситуацию и принять конструктивные меры для ее разрешения.

Выводы

Таким образом, выдвинутые нами гипотезы частично подтвердились: действительно, лица с ОВЗ с адаптивным типом отношения к болезни более склонны к конструктивной копинг-стратегии «положительная переоценка трудностей», в то время как лица с ОВЗ с дезадаптивным типом отношения к болезни чаще используют неконструктивные формы реагирования на стресс — предпочитают избегать решения проблем, проявляют настойчивость и агрессивность в преодолении трудностей, чаще обращаются за помощью к социальному окружению.

Существует взаимосвязь между совладающим поведением и отношением к болезни лиц с ограниченными возможностями здоровья: положительная связь между конструктивными стратегиями совладающего поведения («планирование решения проблемы», «положительная переоценка») лиц с ограниченными возможностями здоровья и адаптивными типами отношения к болезни; отрицательная связь между стратегией «избегание» и адаптивными типами отношения к болезни.

Полученные в ходе исследования данные могут использоваться психологами реабилитационных учреждений при составлении программы психокоррекционных мероприятий с целью оказания адресной психологической помощи личности, оказавшейся в ситуации ограничения возможностей здоровья.

Список литературы

1. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2005. 32 с.
2. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.

3. *Гольдшейдер А.* Боевые вопросы врачевания: пер. с нем. М.: Госиздат, 1929. 95 с.
4. *Исаева Е.Р.* Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. 136 с.
5. *Крюкова Т.Л.* Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. 2-е изд. испр., доп. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. 64 с.
6. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. М., 1977. 112 с.
7. *Мясищев В.Н.* Психология отношений / под ред. А.А. Бодалева. М.: Ин-т практической психологии; Воронеж: МОДЭК, 1995. 356 с.
8. *Совладающее поведение больных шизофренией как стратегия адаптации/дезадаптации к «ситуации заболевания»* / Н.А. Сирота, В.А. Соболев, И.А. Давыдова и др. // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2013. № 2(2). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 01.08.2016).
9. *Совладающее поведение: Современное состояние и перспективы* / под ред. А.Л. Журавлева, Т.Л. Крюковой, Е.А. Сергиенко. М.: Изд-во Ин-та психологии РАН, 2008. 474 с.
10. *Lazarus R., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer, 1984. 456 p.

Получено 14.02.2016

References

1. *Wasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B., Wux A.Y.* *Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni* [Psychological diagnostics of attitude to the disease]. St. Petersburg, Psychoneurological Research Institute named after V.M. Bekhterev Publ., 2005, 32 p. (In Russian).
2. *Vodopyanova N.E.* *Psihodiagnoatika stressa* [Psychodiagnosics of stress]. St. Petersburg, Piter Publ., 2009, 336 p. (In Russian).
3. *Goldsheider A.* *Boevie voprosi vrachevaniya* [Combat issues of healing]. Moscow, Gosizdat Publ., 1929, 95 p. (In Russian).
4. *Isaeva E.R.* *Koping-povedenie i psihologicheskaya zashita lichnosti v usloviyah zdorov'ya i bolezni* [Coping behavior and psychological defense of personality in the conditions of health-health and disease]. St. Petersburg, St. Petersburg State Medical University Publ., 2009, 136 p. (In Russian).
5. *Krukova T.L.* *Metodi izucheniya sovladaushogo povedeniya: tri koping shkali* [Methods of studying coping behavior: three coping scales]. Kostroma, KGU named after N.A. Nekrasov, 2010, 64 p. (In Russian).
6. *Luria A.R.* *Vnutrennyya kartina bolezni i yatrogenie zabolevaniya* [The internal picture of disease and iatrogenic disease]. Moscow, 1977, 112 p. (In Russian).
7. *Myasishchev V.N.* *Psihologiya otmoshenij* [Psychology

- gy of relations]. Moscow, Institute of Practical Psychology Publ., Voronezh, NGO MODEK Publ., 1995, 356 p. (In Russian).
8. [Coping behavior of patients with schizophrenia as a strategy of adaptation / maladaptation to «the situation of the disease»]. *Klinicheskaya I medicinskaya psichologiya: issledovaniya, obuchenie, praktika: elektronnyi nauchnyi zhurnal* [Clinical and medical psychology: research, training, practice: electronic scientific journal]. 2013, no. 2(2). Available at: <http://medpsy.ru/climp> (accessed 01.08.2016). (In Russian).
9. *Sovladaushee povedenie: sovremennoe sostoyanie i perspektivi* [Coulduse behavior: modern condition and prospects]. Moscow, Institute of Psychology RAN Publ., 2008, 474 p. (In Russian).
10. Lazarus R., Folkman S. Stress, appraisal and coping. N.Y.: Springer, 1984, 456 p. (In English).

The date of the manuscript receipt 14.02.2016

Об авторе

Шильяев Владислав Александрович

заведующий отделением социально-психологической реабилитации, медицинский психолог высшей категории

Центр реабилитации инвалидов «На Казанской»,
610004, Киров, ул. Казанская, 3;
e-mail: vasch2253@yandex.ru

About the author

Shilyaev Vladislav Alexandrovich

Head of the Social and Psychological Rehabilitation's Department, Medical Psychologist of the Highest Category

Disabled Rehabilitation Center «Na Kazanskoy»,
3, Kazanskaya str., Kirov, Russia;
e-mail: vasch2253@yandex.ru

Просьба сослаться на эту статью в русскоязычных источниках следующим образом:

Шильяев В.А. Совладающее поведение у лиц с ограниченными возможностями здоровья с разными типами отношения к болезни // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2016. Вып. 3(27). С. 115–121. doi: 10.17072/2078-7898/2016-3-115-121

Please cite this article in English as:

Shilyaev V.A. Coping behavior in individuals with disabilities with different types of attitude to the disease // Perm University Herald. Series «Philosophy. Psychology. Sociology». 2016. Iss. 3(27). P. 115–121. doi: 10.17072/2078-7898/2016-3-115-121