



27. *Psikhoterapevticheskaya entsiklopediya* (Psychotherapy Encyclopedia). St. Peterburg, 2006. 944 p.
28. Nurkova V. V. Avtobiograficheskaya pamyat s pozitsiy kulturno-deyatelnostnoy psikhologii, rezultaty i perspektivy issledovaniya (Autobiographical memory in terms of cultural activity-psychology, research results and prospects). *Vestn. Moskovskogo universiteta. Ser. 14: Psikhologiya* (Bulletin of Moscow University. Series 14: Psychology), 2011, no. 1, pp. 79–90.
29. *Psikhologiya lichnosti* (Personality Psychology). Moscow, 2007. 653 p.
30. Godin J. *La Nouvelle Hypnose: Vocabulaire, Principe et Methode Introduction a l'hypnotherapie ericksonienne*. Paris, 1992. 256 p. (Russ.ed.: *Novyy gipnoz: glossariy, printsipy i metod. Vvedeniye v eriksonovskuyu gipnoterapiyu*. Moscow, 2003. 298 p.).

УДК 316.6+159.9:61

АДАПТАЦИОННЫЕ СТРАТЕГИИ В УСЛОВИЯХ ТЯЖЕЛОГО, ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ КАК СУБЪЕКТИВНАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ СИТУАЦИИ БОЛЕЗНИ

М. М. Орлова

Орлова Мария Михайловна – кандидат психологических наук, доцент кафедры консультативной психологии, Саратовский государственный университет
E-mail: Orlova-maria2010@mail.ru



В статье анализируются адаптационные стратегии больных туберкулезом легких с точки зрения авторского понятия «ситуация болезни». Выявленные стратегии рассматриваются как проявление субъективной составляющей «ситуации болезни». Автор рассматривает модель стратегий преодоления, характерную для больных туберкулезом, как систему противоречивых по своим функциям стратегий преодоления, связанную со смысловой переориентацией личности и неприятием новой социальной идентичности инвалида. Полученные нами результаты позволяют выделить модели ситуаций как объективных, так и субъективных в многомерности составляющих.

Ключевые слова: ситуация болезни, адаптационные стратегии, социальная идентичность.

Ситуацию болезни у инвалидов второй группы инвалидности больных туберкулезом легких можно отнести к социально-психологической, для которой характерна крайняя выраженность влияний болезни и ее социальных последствий, существенная компенсация которых уже невозможна. Для этих больных характерны тяжелое течение заболевания, длительное пребывание в стационаре, инвалидность, разрыв семейных связей – все это, как правило, делает невозможной реализацию прежде значимых мотивов [1–3]. Такая ситуация имеет социально-психологические основания, поскольку включает в себя не только изменения со стороны организма, но и изменения социального статуса и социальных ролей. Процессы адаптации к ситуации болезни как трудной жизненной ситуации могут рассматриваться с точки зрения их эффективности, механизмов, способствующих и препятствующих эффектив-

ной адаптации, или тех, которые направлены на изменение ситуации и себя в ситуации.

Ряд исследователей [4–5] рассматривает социальную адаптацию как один из механизмов социализации личности. По мнению А. А. Реана [6], основной смысл социализации заключается в возможности актуализации «Я». Социализация личности, с этой точки зрения, происходит в системе трудных жизненных ситуаций, в которых человек реализует себя как субъекта, в частности, в адаптационных стратегиях, либо способствующих, либо препятствующих развитию личности. Ситуация болезни, которая может рассматриваться как субъектно-социальная реальность, построена на системных изменениях, объективно связанных с тяжестью, обратимостью и социальными последствиями болезни и сопровождающих изменения в социальном статусе больного среди других людей, и субъективно – с утратой прежних возможностей личности и сменой социальной идентичности, может рассматриваться как вариант трудной жизненной ситуации. В связи с этим к анализу адаптационных стратегий в ситуации болезни должны быть применимы механизмы, выявленные в структуре социально-психологической адаптации.

Эффективной социально-психологической адаптацией можно считать принятие индивидом своей социальной роли [7], умение реагировать адекватно изменяющейся ситуации, использовать соответствующие адаптационные механизмы. Регулирующая роль самосознания в субъектном подходе признается определяю-



щим критерием развития личности как субъекта жизнедеятельности [8–10]. К. А. Абульханова пишет о том, что в Я-концепции отражается жизненная стратегия субъекта как часть самосознания.

Субъектный подход в психологии опровергает представление, согласно которому внутренняя и внешняя активность человека непосредственно детерминируется воздействиями окружающей среды или отдельными психическими функциями и раскрывает способность человека к самодетерминации [11, 12]. Совладающее с трудной жизненной ситуацией поведение связано с системой целеполагающих действий, прогнозированием возможных исходов, творческим порождением новых решений трудной (проблемной) ситуации [13].

Р. С. Лазарусом и С. Фолкманом [14] рассматриваются адаптационные стратегии как проблемно-ориентированные и эмоционально-ориентированные стратегии преодоления. В первом случае возможности человека направлены на изменение проблемы, во втором – на регуляцию переживаний стресса. Они могут включать ряд направлений: усилия, направленные на уменьшение эмоционального дистресса, на когнитивное изменение события, намеренное усиление дистресса, чтобы мобилизоваться для действия.

Л. И. Анцыферова в качестве стратегий совладания с жизненными трудностями выделяет преобразующие стратегии и стратегии приспособления. К вспомогательным приемам самосохранения в ситуациях трудностей и несчастий можно отнести техники борьбы с эмоциональными нарушениями, вызванными неустранимыми, с точки зрения субъекта, негативными событиями [13]. Такие ситуации, как считает А. О. Прохоров [15], способствуют появлению новых личностных образований, таких как новые ценности, новые отношения к людям, большая осмысленность жизни и пр.

Л. И. Анцыферова разделяет стратегии совладания на преобразующие (понимание ситуации как проблемы и возможности ее изменения), изменение собственных характеристик и отношения к ситуации (придание ей нетривиального смысла), вспомогательные (стратегии внутреннего отчуждения от ситуации, подавления мыслей о ней) и саморазрушающие (наркомания, алкоголизм, суицид [13]).

Таким образом, восприятие ситуации опирается, с одной стороны, на особенности самой ситуации, а с другой – на индивидуальные когнитивные репрезентации различных ситуаций. Чем более жестко определенной является внешняя ситуация, тем более ее восприятие и интерпретация задаются внешними, объективными факторами. Напротив, если внешняя

ситуация является менее определенной, то ее восприятие в большей мере определяется индивидуальными особенностями участников и их интерпретацией ситуаций.

Л. Ф. Бурлачук, Е. Ю. Коржова пишут о важности принципа «компонентной перспективы», согласно которому поведение является функцией личности, ситуации и их взаимодействия [16]. Т. Л. Крюкова [17] также обосновывает субъектный подход в исследовании социальной адаптации, поскольку механизмы совладания используются человеком сознательно и целенаправленно [18, 19].

Д. А. Реан [20] предлагает классифицировать типы психологической адаптации не по критерию «активный – пассивный», а по вектору активности, направленности «вовне» и «внутри». Если оба вида активности по каким-либо причинам для личности невозможны, то осуществляется поиск в социальном пространстве новой среды. А. А. Реаном выделены следующие стратегии адаптации: активное изменение ситуации; активное изменение свойств собственной личности; активный поиск новой социальной среды с более высокими возможностями для данной личности и для ее развития; вероятно-комбинированный; пассивная дезадаптация (принятие требований, норм, установок, ценностей социальной среды без включения процесса самоизменения, самокоррекции и саморазвития). Автор считает, что при выборе стратегии адаптации личностью оцениваются:

а) требования социальной среды (сила, степень враждебности, степень ограничения возможностей для удовлетворения потребностей и т.п.);

б) собственный потенциал самоизменения;

в) цена усилий.

Оценка всех этих характеристик, как он указывает, происходит в свернутом виде, на неосознаваемом, интуитивном уровне.

Е. А. Сергиенко справедливо отмечает, что обращение к субъектному подходу открывает возможность изучения поведения, деятельности как опосредованных внутренним миром человека, его субъектными выборами, активным построением модели окружающего мира [21]. При этом совладающее поведение является не пассивным отражением качеств личности и особенностей жизненной ситуации, с которой столкнулся человек, а «зеркалом» его субъектной активности. Совладание либо задается человеком как субъектом своего поведения [13], либо человек становится марионеткой в руках обстоятельств. Такие люди, оставаясь личностями, перестают быть субъектами и становятся производными от своего способа поведения.

Вопрос о личностной типичности репертуара защитных механизмов, его устойчивости



в различных жизненных ситуациях ставился многими авторами: Е. С. Романовой, В. Г. Гребенниковым [22]; Ю. С. Савенко [23]; Е. Т. Соколовой, В. В. Николаевой [24], О. Н. Арестовой, Н. А. Калининой [25]. В этой связи возникает проблема индивидуального диапазона защитного репертуара личности, детерминации выбора человеком того или иного способа защиты, личностной регуляции защитного поведения. Сохраняет актуальность и вопрос об объективных и субъективных критериях эффективности защитного поведения.

Нами были проведены исследования специфичности адаптационных стратегий больных туберкулезом легких, инвалидов второй группы инвалидности. Были исследованы здоровые испытуемые (186 человек) и больные туберкулезом легких, имеющие вторую группу инвалидности (26 человек), в возрасте от 25 до 60 лет (мужчины и женщины), использован комплекс методов: исследование адаптационных стратегий с помощью методик: «Исследование жизненного стиля» Келлермана–Плутчика–Конте, «Исследование копинг-стратегий» Лазаруса, а также исследование самоотношения по методике МИС, определение идентичности по методике (тесту) Куна «Кто Я», анализ представлений о здоровом и больном человеке методом анкетирования, исследование ретроспективной оценки переживания здоровья и болезни.

При статистической обработке результатов была выявлена достоверность различий между группами согласно *t*-критерию Стьюдента, а также использован метод корреляционного анализа Пирсона с помощью компьютерной программы SPSS-19. Корреляционные зависимости рассматривались со степенью значимости 0,05.

Результаты исследования. Анализ специфичности адаптационных механизмов больных туберкулезом показал, что для здоровых испытуемых характерно повышение положительной переоценки (0,6/0,5; $t = 3,4$; $p < 0,01$), для больных туберкулезом – повышение конфронтационного копинга (0,6/0,5; $t = 4,8$; $p < 0,01$), дистанцирования (0,6/0,5; $t = 5,8$; $p < 0,01$), принятие ответственности (0,7/0,6; $t = 3$; $p < 0,01$), бегство – избегание (0,6/0,5; $t = 6$; $p < 0,01$), вытеснение (42,1/31,4; $t = 4,3$; $p < 0,01$), регрессия (45,5/31,1; $t = 5,9$; $p < 0,01$) замещение (38,1/20,1; $t = 6,5$; $p < 0,01$), проекция (63,4/54,7; $t = 2,6$; $p < 0,01$).

Таким образом, для больных туберкулезом характерно повышение как копинг-стратегий, так и психологических защит, кроме возможности положительно интерпретировать происходящее. Это, по-видимому, свидетельствует о том, что больные туберкулезом переживают трудную жизненную ситуацию, которая стимулирует бурное проявление адаптационных стратегий

как когнитивного, так и эмоционального уровня и свидетельствует, на наш взгляд, о смысловой переориентации личности, связанной с демонстрацией активности для сохранения видимости влияния на ситуацию и при этом определяющей выбор стратегии пассивной дезадаптации.

Конфронтационный копинг имеет множественные корреляции с другими копинг-стратегиями и психологическими защитами, снижает значимость социально-психологических ограничений и повышает значимость искусства как помощи здоровью. Таким образом, у больных туберкулезом конфронтационный копинг предполагает инфантильную протестную реакцию, но при этом играет роль оптимизирующего фактора в отношении восприятия социальных ограничений, связанных с ситуацией болезни.

Дистанцирование у больных туберкулезом не имеет значимых корреляций с представлениями о здоровом и больном человеке, при этом отрицательно коррелирует с самопринятием и аутосимпатией, положительно – с конфронтационным копингом, самоконтролем, бегством – избеганием, планированием решения и замещением. Таким образом, дистанцирование может быть копинг-стратегией, связанной со снижением положительного самоотношения и с возможностью заместить объект аффективной реакции.

Принятие ответственности противостоит другим формам стратегий преодоления и снижает значимость перспектив в представлениях о проблемах больного. Можно предположить, что принятие ответственности – это декларация желаемого.

Бегство – избегание коррелирует со снижением самопринятия, повышением копинг-стратегий, снижением значимости комфорта как ресурса здоровья.

Положительное переопределение в группе больных туберкулезом имеет множественные корреляции как с копинг-стратегиями, так и с психологическими защитами, а также с представлениями о психологических проблемах больного человека и снижением социально-психологических ограничений больного человека.

Вытеснение коррелирует с открытостью и самопринятием, другими формами психологических защит и представлением, что здоровье дает возможность работать, т.е. вытеснение сохраняет позитивное самоотношение больного. Регрессия может рассматриваться как инфантильное искажение реальности, создающее ощущение благополучия.

В группе больных туберкулезом замещение можно рассматривать как часть симптомокомплекса, состоящего из психологических защит и копинг-стратегий, позволяющих снизить страх болезни, прежде всего, тех социальных



ограничений, которые характерны для инвалидизирующего заболевания, сопровождающегося стигматизацией.

Проекция снижает негативное самоотношение, стимулирует стратегии преодоления как осознанные, так и бессознательные и подчеркивает значимость работы как аналога здоровья.

Обращает на себя внимание сращивание копинг-стратегий и психологических защит, т.е. большинство копинг-стратегий у больных туберкулезом неосознаваемы в той или иной степени. Единственная стратегия, выраженная у больных туберкулезом и противостоящая психологическим защитам, – это принятие ответственности.

По-видимому, адаптационные механизмы, характерные для больных туберкулезом, предполагают трансформацию их внутренней структуры. Возможно, что трудная жизненная ситуация, к которой относится тяжелое, инвалидизирующее и стигматизирующее заболевание, создает для личности высокую значимость преодоления и субъективное представление о чрезмерной трудности препятствий, что приводит к выводу об их непреодолимости и стремлению субъективно упростить задачу за счет искажения и упрощения реальности и иллюзии преодоления.

В группе больных туберкулезом как стратегии преодоления, так и психологические защиты оптимизируют представления, связанные со значимостью социальных ограничений больного человека. По-видимому, именно они выступают в качестве определяющих актуальную трудную жизненную ситуацию.

Стратегии преодоления в этой группе имеют более разнообразные связи с факторами идентичности: протест, вызванный беспомощностью, реакция на неудовлетворенность собственной личностью. Психологические защиты в ситуации туберкулеза поддерживают самоуважение, что можно рассматривать как проявление глубокой трансформации личности, когда она базируется на неосознаваемых механизмах психологической защиты, позволяющих, несмотря на активизацию адаптационных стратегий, ничего не менять в реальности.

Полученные взаимозависимости можно рассматривать как определенную модель стратегий преодоления, характерную для больных туберкулезом. Эта модель предполагает противоречивые по своим функциям стратегии преодоления, попытку взять происходящее под свой контроль и одновременно желание уйти от проблем, что можно рассматривать как стратегию гиперконтроля на фоне растерянности и беспомощности. Как проявление этой противоречивости можно рассматривать характерное для этой ситуации бурное проявление адаптационных стратегий как когнитивного, так и эмоционального уровней. По-видимому, это свидетельствует о

том, что больные туберкулезом переживают трудную жизненную ситуацию, которая стимулирует смысловую переориентацию личности, связанную с принятием новой социальной идентичности инвалида. Это доказывается, в частности, тем, что как стратегии преодоления, так и психологические защиты оптимизируют представления, связанные со значимостью социальных ограничений больного человека. По-видимому, именно они выступают в качестве определяющих актуальную трудную жизненную ситуацию. Выявленная адаптация происходит в отношении новой социальной идентичности, так как у больных туберкулезом стратегии преодоления имеют более разнообразные связи с факторами идентичности: протест, вызванный беспомощностью, реакция на неудовлетворенность собственной личностью. Психологические защиты поддерживают позитивное самоотношение, что можно рассматривать как проявление пассивной дезадаптации, поскольку адаптация происходит за счет искажения реальности и позволяет, несмотря на активизацию адаптационных стратегий, ничего не менять.

Проведенное нами исследование показывает, что ситуация тяжелого инвалидизирующего заболевания создает для больного субъективно неразрешимую ситуацию, связанную с утратой идентичности здорового человека и формированием идентичности инвалида, что происходит за счет инфантилизации и искажения восприятия реальности.

Список литературы

1. Орлова М. М. Условия формирования изменений личности больных заболеваниями легких : автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1982. 20 с.
2. Орлова М. М. Социально-психологическая адаптация соматических больных и ситуация болезни // Психология системного функционирования личности. Саратов, 2004. С. 223–225.
3. Орлова М. М. Понятие «ситуации болезни» – объективные и субъективные составляющие // Изв. Саратов. ун-та. Нов. сер. Сер. Философия. Психология. Педагогика. 2009. Т. 9, вып. 1. С. 82–87.
4. Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А. Социальная психология личности : учеб. пособие для вузов. М., 2001. 301 с.
5. Андреева Г. М. Социальная психология : учебник для высш. учеб. заведений. М., 1998. 376 с.
6. Реан А. А. Акмеология личности // Психол. журн. 2000. Т. 21, № 3. С. 88–95.
7. Будякина М. П., Русалинова А. А. Некоторые аспекты социально-психологической адаптации новичков на предприятии // Социальная психология и социальное планирование. Л., 1973. С. 92–97.
8. Абульханова К. А. О субъекте психической деятельности. М., 1973. 288 с.



9. Абульханова К. Л. Принцип субъекта в отечественной психологии // Психология. Журн. Высшей школы экономики. 2005. Т. 2, № 4. С. 3–21.
10. Брушлинский А. В. Психология субъекта / отв. ред. проф. В. В. Знаков. М.; СПб., 2003. 272 с.
11. Абульханова К. А. Рубинштейновская категория субъекта и ее различные методологические значения // Проблема субъекта в психологической науке / отв. ред. А. В. Брушлинский, М. И. Воловикова, В. Н. Дружинин. М., 2000. С. 13–26.
12. Рубинштейн С. Л. Человек и мир. М., 1997. 190 с.
13. Анцыферова Л. И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование жизненных ситуаций и психологическая защита // Психол. журн. 1994. Т. 15, № 1. С. 3–18.
14. Lazarus R. S., Folkman S. Stress, appraisal, and coping. N.Y., 1984. 218 p.
15. Прохоров А. О. Саморегуляция психических состояний: феноменология, механизмы, закономерности. М., 2005. 352 с.
16. Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю. Введение в психологию жизненных ситуаций: учеб. пособие. М., 1998. 268 с.
17. Крюкова Т. Л. Человек как субъект совладающего поведения // Психол. журн. 2008. № 2. С. 88–95.
18. Крюкова Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения // Психол. журн. 2005. Т. 26, № 2. С. 5–15.
19. Крюкова Т. Л., Петрова Е. А. Семейные ресурсы совладающего поведения: значение прародителей и предков // Психология и практика: сб. науч. ст. / под ред. Т. Л. Крюковой, С. А. Хазовой. Кострома, 2006. С. 12–23.
20. Реан А. А. Психология личности. Социализация, поведение, общение. СПб., 2004. 416 с.
21. Сергиенко Е. А. Субъектная регуляция и совладающее поведение // Психология совладающего поведения: материалы междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. Е. А. Сергиенко, Т. Л. Крюкова. Кострома, 2007. С. 64–66.
22. Романова Е. С., Гребенников В. Г. Защитные механизмы психики: Генезис. Функционирование. Диагностика. М., 1996. 144 с.
23. Савенко Ю. С. Проблемы психологических компенсаторных механизмов и их типологии // Проблемы клиники и патогенеза психических заболеваний / под общ. ред. С. Ф. Семенова. М., 1974. С. 95–112.
24. Соколова Е. Т., Николаева В. В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М., 1995. 359 с.
25. Арестова О. Н., Калинина Н. В. Индивидуальные особенности функционирования защитных механизмов // Вестн. Моск. ун-та. Сер. Психология. 2000. № 1. С. 20–29.

Adaptative Strategies under the Conditions of Serious Disabling Disease as a Subjective Element of the Disease Situation

M. M. Orlova

Saratov State University,
83, Astrakhanskaya str., 410012, Saratov, Russia
E-mail: Orlova-maria2010@mail.ru

The article analyzes adaptive strategies of patients with pulmonary tuberculosis in terms of the author's «disease situation» concept. The identified strategies are considered as aspects of the «disease situation» subjective element. The author examines the model of coping strategies, which is specific for patients with pulmonary tuberculosis, as a system of coping strategies contradictory in its functions, connected with the semantic refocusing of a person and the rejection of a new social identity of the disabled person. We have obtained the results that allow outlining conditions models in multidimensionality – both objective and subjective.

Key words: disease situation, adaptive strategies, and social identity.

References

1. Orlova M. M. *Usloviya formirovaniya izmeneniy lichnosti bolnykh zabolevaniyami legkikh: avtoref. dis. ... kand. psikh. nauk (Personality Change Development Conditions of the Patients with Lung Diseases)*. Moscow, 1982. 20 p.).
2. Orlova M. M. *Sotsialno-psikhologicheskaya adaptatsiya somaticheskikh bolnykh i situatsiya bolezni. Psikhologiya sistemnogo funktsionirovaniya lichnosti. (Social and Psychological Adaptation of Patients with Somatic Diseases and Disease Situation (Psychology of Systematic Functioning of Personality))*. Saratov, 2004, pp. 223–225.
3. Orlova M. M. Ponyatie «situatsii bolezni» – obyektivnye i subyektivnye sostavlyayushchie (Concept of «Disease Situation» – Objective and Subjective Components). *Izvestiya Sarat. un-ta. Nov. ser. Ser. Filofofiya. Psikhologiya. Pedagogika*. 2009, vol. 9, iss. 1, pp. 82–87.
4. Belinskaya O. A., Tikhomandritskaya O. A. *Sotsialnaya psikhologiya lichnosti: uchebn. posobie dlya vuzov (Social Psychology of Personality)*. Moscow, 2001. 301 p.
5. Andreeva G. M. *Sotsialnaya psikhologiya: uchebnik dlya vysshikh uchebnykh zavedeny (Social Psychology: The textbook for higher educational institutions)*. Moscow, 1998. 376 p.



6. Rean A. A. Akmeologiya lichnost. *Psikhol. zhurn.* (Akmeology of Personality) Psychological Magazine. 2000, vol. 21, no. 3, pp. 88–95.
7. Budyakina M. P., Rusalina A. A. Nekotorye aspekty sotsialno-psikhologicheskoi adaptatsii novichkov na predpriyatii. *Sotsialnaya psikhologiya i sotsialnoe planirovanie.* (Some Aspects of Social and Psychological Adaptation of Newcomers at Enterprises. Social Psychology and Social Planning. L., 1973, pp. 92–97.
8. Abulkhanova K. A. *O subyekte psikhicheskoi deyatelnosti* (About Mental Activity Subject). Moscow, 1973. 287 p.
9. Abulkhanova K. L. Printsip subyekta v otechestvennoi psikhologii. *Psikhologiya. zhurnal vysshei shkoly ekonomiki* (The Principle of Subject in Russian Psychology. Psychology. The Higher School of Economics Magazine). 2005, vol. 2, no. 4, pp. 3–21.
10. Brushlinsky A. V. Psikhologiya subyekta, pod red. V. V. Znakov (Psychology of Subject, ed. V. V. Znakov). Moscow, St. Petersburg, 2003. 272 p.
11. Abulkhanova K. A. Rubinshteinovskaya kategoriya subyekta i ee razlichnye metodologicheskie Problema subyekta v psikhologicheskoi nauke. *otv. red. A. V. Brushlinsky, M. I. Volovikova, V. N. Druzhinin.* (Rubinstein Category of Subject and Its Various Methodological Values. Problem of Subject in Psychological Science, eds. A. V. Brushlinsky, M. I. Volovikova, V. N. Druzhinin. Moscow, 2000, pp. 13–26.
12. Rubinshtein S. L. *Chelovek i mir* (Person and World). Moscow, 1997. 347 p.
13. Antsyferova L. I. Lichnost v trudnykh zhiznennykh usloviyakh: pereosmyslivanie, preobrazovanie zhiznennykh situatsiy i psikhologicheskaya zashchita. *Psikhol. zhurn.* (Personality in Difficult Life Situations: Rethinking, Transformation of Life Situations and Psychological Protection. Psychological Magazine). 1994, vol. 15, no. 1, pp. 3–18.
14. Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* N.Y., 1984. 445 p.
15. Prokhorov A. O. *Samoregulyatsiya psikhicheskikh sostoyaniy: fenomenologiya, mekhanizmy, zakonomernosti* (Self-Control of Mental State: Phenomenology, Mechanisms, Regularities). Moscow, 2005. 352 p.
16. Burlachuk L. F., Korzhova E. Yu. *Vvedenie v psikhologiyu zhiznennykh situatsiy: uchebnoe posobie* (Introduction to Psychology of Life Situations). Moscow, 1998, 288 p.
17. Kryukova T. L. Chelovek kak subyekt sovladayushchego povedeniya. *Psikhologicheskii zhurnal* (Person as Subject of Coping Behavior. Psychological Magazine). 2008, no. 2, pp. 88–95.
18. Kryukova T.L. Vozrastnye i krosskulturnye razlichiya v strategiyakh sovladayushchego povedeniya. *Psikhologicheskii zhurnal* (Age and Cross-Cultural Differences in Coping Behavior Strategies. Psychological Magazine). 2005, vol. 26, no. 2, pp. 5–15.
19. Kryukova T. L., Petrova E. A. Semeinye resursy sovladayushchego povedeniya: znachenie praroditelei i predkov. *Psikhologiya i praktika* (Family Resources of Coping Behavior: Significance of Ancestors. Psychology and Practice. Kostroma, 2006, pp. 12–23.
20. Rean A. A. *Psikhologiya lichnosti. Sotsializatsiya, povedenie, obshchenie* (Psychology of Personality. Socialization, Behavior, Communication). St. Petersburg, 2004. 416 p.
21. Sergienko E. A. Subyektynaya regulyatsiya i sovladayushchee povedenie. *Psikhologiya sovladayushchego povedeniya: materialy mezhdunar. nauch.-prakt. konferentsii* (Subject Regulation and Coping Behavior. Psychology of Coping Behavior). Kostroma, 2007, pp. 64–66.
22. Romanova E. S., Grebennikov V. G. Zashchitnye mekhanizmy psikhiki. *Genezis. Funktsionirovanie. Diagnostika* (Protective Mechanisms of Mentality: Origin. Functioning. Diagnostics). Moscow, 1996. 144 p.
23. Savenko Yu. S. Problemy psikhologicheskikh kompensatornykh mekhanizmov i ikh tipologii. *Problemy kliniki i patogeneza psikhicheskikh zabolevaniy* (Problems of Psychological Compensatory Mechanisms and Their Typology. Problems of Clinic and Pathogenesis of Mental Diseases). Moscow, 1974, pp. 95–112.
24. Sokolova E. T., Nikolaeva V. V. *Osobennosti lichnosti pri pogranychnykh rasstroistvakh i somaticheskikh zabolevaniyakh* (Peculiarities of Personality with Borderline Disorders and Somatic Diseases). Moscow, 1995. 359 p.
25. Arestova O. N., Kalinina N. V. Individualnye osobennosti funktsionirovaniya zashchitnykh mekhanizmov. *Vestn. Mosk. un-ta. Ser. Psikhologiya.* (Individual Peculiarities of Protective Mechanism Functioning. Bulletin of Moscow State University. Series Psychology), 2000, no. 1, pp. 20–29.