

**ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛЕЗНИ И ЕГО СВЯЗЬ
СО СТИЛЯМИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ
У ПОДРОСТКОВ С ОПУХОЛЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ
(проект № 18-00-00393 К (18-00-00049))

Обсуждаются результаты исследования представлений о болезни и стилей совладающего поведения у подростков ($n = 43$) с опухолями опорно-двигательного аппарата (ОДА) с разным уровнем актуально переживаемого стресса. Проводится сопоставление данных, полученных до и после проведения хирургической операции по поводу удаления опухоли ОДА. Ожидаемые в соответствии с гипотезой результаты о том, что в представлениях подростков о болезни доминируют оценки физического и эмоционального состояний, не подтвердились. Показано, что представление о болезни соотносится с социальной поддержкой и ресурсами совладания (мотивацией к выздоровлению) и практически не включает в себя характеристики физического и эмоционального состояний ребенка. Сравнение связи представлений о болезни и стилей совладания в подгруппах подростков с разным уровнем стресса позволило выявить следующие различия: при низком уровне стресса мотивация к выздоровлению как внутренний ресурс ребенка соотносится с активным поиском социальной помощи, которая на этапе после операции начинает поддерживаться разными стилями совладающего поведения – «решением проблем» и «обращением за помощью»; интенсивное переживание стресса существенно ограничивает возможности подростка, который соотносит свое заболевание с физическими и эмоциональными проблемами, решаемыми путем пассивного ожидания помощи со стороны близких людей. Собственные ресурсы совладания с трудной жизненной ситуацией у подростков с высоким уровнем стресса оказываются малодоступными.

Ключевые слова: подростки, стресс, представление о болезни, опухоли опорно-двигательного аппарата, стили совладания, мотивация к выздоровлению, физическое и эмоциональное состояния, социальная поддержка.

Информация об авторе: Харламенкова Наталья Евгеньевна, ORCID 0000-0002-0508-4157, доктор психологических наук, профессор, ФГБУН Институт психологии РАН, Москва, Россия.

E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Дата поступления статьи: 25.03.2020.

Для цитирования: Харламенкова Н.Е. Представление о болезни и его связь со стилями совладающего поведения у подростков с опухолями опорно-двигательного аппарата // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2020. Т. 26, № 2. С. 134–140. DOI 10.34216/2073-1426-2020-26-2-134-140.

Natal'ya Ye. Kharlamenkova
Institute of Psychology RAS

**DISEASE REPRESENTATION AND ITS RELATIONSHIP WITH THE COPING STYLES
IN ADOLESCENTS WITH TUMOURS OF THE MUSCULOSKELETAL SYSTEM**

The study was carried out with the financial support of the Russian Fund of Basic Research according to the research project № 18-00-00393 K (18-00-00049)

The investigation results of the disease representation and its relationship with the coping styles in adolescents ($n = 43$) with tumour of the musculoskeletal system are discussed. The data obtained before and after surgery for the removal of the musculoskeletal tumour were compared. The results expected in accordance with the hypothesis that estimates of physical and emotional states dominate in adolescents disease representations have not been confirmed. It is shown that disease representation correlates with the social support and coping resources (motivation for recovery) and practically does not include the characteristics of the child's physical and emotional states. A comparison of the relationship between disease representation and coping styles in subgroups of adolescents with different levels of stress revealed the following differences: with a low level of stress, the motivation for recovery as the child's internal resource is correlated with an active search for social support which at the stage after surgery, begins to be supported by different styles of coping behaviour – solving the problem and reference to others; intense experience of stress significantly limits the possibilities of a teenager which correlates its disease with the physical and emotional problems solved by passively waiting for help from loved ones. Own resources to cope with difficult life situations in adolescents with high levels of stress are not widely available.

Keywords: adolescents, stress, disease representation, musculoskeletal system tumours, coping styles, recovery motivation, physical and emotional states, social support.

Information about the author: Natal'ya Ye. Kharlamenkova, ORCID 0000-0002-0508-4157, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Federal State-Financed Institute of Psychology RAS, Moscow, Russia.

E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

Article received: March 25, 2020.

For citation: Kharlamenkova N.Ye. Disease representation and its relationship with the coping styles in adolescents with tumours of the musculoskeletal system. Vestnik of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics, 2020, vol. 26, № 2, pp. 134–140 (In Russ.). DOI 10.34216/2073-1426-2020-26-2-134-140.

Пожилые и старческий возраст ассоциируются в социуме со снижением социальной, в том числе профессиональной, активности, ограничением возможностей, ухудшением здоровья. В общественном сознании укоренено представление о том, что с возрастом растет статистика хронических заболеваний, повышается риск развития онкологии.

Детский и подростковый возраст также не является исключением, однако в меньшей степени соотносится с тяжелыми физическими недугами, с так называемыми возрастными заболеваниями. Доброкачественная онкология у ребенка и подростка вызывает серьезное беспокойство у родителей, которое транслируется ему в виде комплекса эмоциональных реакций – тревоги, отчаяния, уныния и др. Неожиданная для родителей информация об онкологическом заболевании, даже если опухоль оказывается доброкачественной, нарушает привычный ритм функционирования семьи и регуляцию семейных отношений. Трудная ситуация может способствовать изменению иерархии ролей в семье; она является фактором, влияющим на принятие родителем ответственности за здоровье и психическое благополучие ребенка. Нам установлено, что, если мать соотносит с болезнью ребенка свои эмоциональные реакции (страх, беспокойство и др.), то есть не отрицает своих чувств, она оказывается способной справиться со стрессом и тревогой, помочь своему ребенку совладать с трудной жизненной ситуацией [Харламенкова, Дан, Казымова и др.].

Исследования внутренней картины болезни [Лурия: 112; Николаева: 168; Тхостов, Арина: 32], внутренней картины дефекта [Тихонова, Хазова: 177] убедительно показали, что субъективные представления о заболевании, отношение к своей болезни существенно влияют на процесс лечения, восстановления после болезни, соотносятся с различными стратегиями совладания с трудной жизненной ситуацией [Leventhal, Meyer, Nerenz: 7], [Lowe, Norman: 280]. В исследовании Мартина Хаггера с коллегами показано, что восприятие болезни как угрозы сопряжено с определенным исходом заболевания и эта связь опосредована влиянием копинг-стратегий [Hagger, Koch, Chatzisarantis et al.: 1117].

Представления о болезни у ребенка и взрослого, скорее всего, имеют свою специфику. С нашей точки зрения, ребенок в большей степени склонен ориентироваться на наличие/отсутствие болевых ощущений [Noel, Rabbitts, Fales et al.: 987], ограничений, а не на свое психическое состояние (например, переживания), при этом понятно, что он интегрирован в социум и поэтому часто воспринимает свою болезнь в соответствии с тем, как на нее реагирует взрослый. Исследования показывают, что тяжелые соматические заболевания, сопряженные

с проведением медицинских процедур и манипуляций при эндокринологических, кардиологических, онкологических и других заболеваниях у детей, вызывают острые эмоциональные реакции у членов семьи и их отдаленные последствия. Выявлено, что довольно часто члены семьи продолжают отсроченно испытывать сильные эмоции, у них появляются устойчивые тревожные мысли, возникают семейные конфликты, меняются привычные для семьи модели поведения и др. [Christofferson, Okonak, Kazak et al.: 237]. Стиль реагирования семьи на проблему отражается на психическом состоянии ребенка. Показано, например, что копинг «избегание», к которому прибегают родители, ухаживающие за тяжело больным ребенком, типичен для взрослых с низким уровнем адаптации и с худшими показателями психического здоровья. Избегание коррелирует с депрессией и тревожностью родителя, а также с тревожностью, депрессией и оценкой качества жизни (Quality of life – QOL) ребенка, прежде всего, с эмоциональной составляющей QOL [January, Kelly, Russell et al.: 150].

Рассматривая заболевание ребенка в контексте его отношений с родителями, уместно вспомнить слова известного британского педиатра и детского психоаналитика Дональда Вудса Винникотта о том, что нет такого объекта, как «ребенок», но есть такой объект, как «ребенок – мать». При этом хотелось бы подчеркнуть, что отношения в диаде бывают крайне вариативными и их вряд ли можно рассматривать только с позиции воздействия матери на ребенка; такие отношения реципрокны. Более того, совпадение оценки матерью ребенка и его самооценки [Al Ghriwati, Winter, Greenlee et al.: 992] либо, наоборот, существенное рассогласование между оценками матери и ребенка бывают тесно связаны с проблемным поведением и негативными эмоциональными проявлениями у ребенка.

Понимание адекватности исследования пары ребенок – мать не исключает возможности обсуждения результатов, полученных на выборке детей и подростков. Это тем более важно в том случае, когда исследователя интересуют не отдельные психологические особенности и связь между ними, а комплекс характеристик, представляющих различные феномены – когнитивные, эмоциональные, регулятивные. В представлениях ребенка о заболевании раскрывается его понимание болезни, в том числе ожидания, касающиеся лечения и выздоровления; представление о болезни может включать в себя разные формы социальной поддержки, атрибуты актуальной жизненной ситуации, которые выступают своеобразным маркером прогнозирования физического и психического статуса ребенка в период реабилитации и выздоровления [Lowe, Norman: 280].

Наиболее глубоко и интенсивно изучаются эмоциональные реакции ребенка и взрослого человека

на болезнь, в том числе тревожность, агрессия, уровень психического напряжения [McGovern, Arcoleo, Melnyk: 665]. В целом нарушение эмоционального равновесия проявляется в переживании ребенком *актуального стресса*, обнаруживаемого в наличии беспокойства, незащищенности, нервозности, дискомфорта. Состояние стресса во многом обуславливает представления ребенка о болезни, что часто парадоксальным образом отражается на исключении из представлений о болезни эмоциональных реакций и мотивации к выздоровлению. Ограничение содержания представлений внешними атрибутами болезни (больница, лекарства, капельница) или категориями, указывающими на потребность в социальной поддержке (забота мамы, помощь друзей) создает условия для отрицания ребенком необходимости актуализации собственных ресурсов, важных для совладания с болезнью и ее последствиями.

Традиционно *регуляция стрессовых состояний* рассматривается в контексте изучения проблемы совладающего поведения [Куфтяк, Самохвалова: 141; Samokhvalova, Kryukova: 113; Hagger, Koch, Chatzisarantis et al.: 1117]. Особенно актуально в связи с этим остановиться на стратегиях преодоления психологических последствий тяжелого заболевания – ипохондрии, тревоги, сверхценности болезни, чувства неполноценности, самостигматизации и др. Для ребенка, также как и для взрослого человека, стратегии, позволяющие преодолевать психологические барьеры, которые препятствуют восстановлению здоровья, остаются в фокусе пристального внимания.

Целью настоящего исследования стало изучение представлений о заболевании и копинг-стратегий у подростков с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями опорно-двигательного аппарата (ОДА) с разным уровнем стресса до и после хирургической операции.

В соответствии с **теоретической гипотезой** предполагалось, что представления о заболевании у подростков с доброкачественными опухолями и опухолеподобными заболеваниями ОДА включают в себя оценку физического и эмоционального состояния подростка, причем связи между ассоциациями с болезнью и копинг-стратегиями обусловлены уровнем актуального стресса.

Эмпирические гипотезы:

1. Представление о заболевании включает в себя характеристики физического (боль, сон, физические ограничения) и эмоционального (страх, тревога, беспокойство) состояний, и их предпочтение не меняется после проведения хирургической операции.

2. При высоком уровне стресса представление о болезни в большей степени ассоциируется с физическим и эмоциональным состоянием, которое коррелирует с копингом «несовладание» как до проведения хирургической операции, так и после нее.

3. У подростков с низким уровнем стресса в представлении о болезни включаются ожидание помощи от других людей (родителей, друзей, врачей) и мотивация выздоровления, которые тесно связаны с копингом «решение проблем» и «обращение за помощью».

Методики исследования:

1. Диагностика актуального стресса у подростков проводилась с помощью детского варианта *Perceived Stress Scale for Children, PSS-C* (Шкала воспринимаемого стресса, ШВС-Д). Данная методика хорошо зарекомендовала себя за рубежом в качестве удобного инструмента для оценки уровня повседневного стресса у детей от 5 до 18 лет [White: 45]. Перевод текста методики был осуществлен сотрудниками лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях ИП РАН в 2018 году. В настоящее время методика проходит апробацию на русскоязычной выборке. Русскоязычный текст ШВС-Д состоит из 13 пунктов, касающихся беспокойства по поводу спешки или нехватки времени для выполнения желаемых дел, восприятия школьной нагрузки, восприятия конфликтов, эмоций и др. в течение последней недели. Каждый вопрос предполагает 4 варианта ответа от 0 = никогда до 3 = часто. Максимально возможное значение итогового показателя – 39 баллов.

2. Для изучения *представлений ребенка о болезни* была разработана анкета, составленная на основе списка экспертных ассоциаций на данное понятие. Бланк анкеты представляет собой перечень дескрипторов, имеющих отношение к болезни, которые участник исследования оценивает по 5-балльной шкале (от 0 до 4) на степень соответствия данных характеристик своим собственным представлениям. Детский вариант анкеты содержит 34 дескриптора, объединенные в группы: эмоции и чувства, вызванные болезнью (страх, чувство стыда, тревога и др.), физические проявления болезни (боль), внешние характеристики ситуации пребывания в больнице (врачи, белые халаты, больничные запахи и т. д.), социальная поддержка (забота мамы, поддержка родителей), ресурсы совладания с болезнью (мотивация к выздоровлению).

3. Для оценки копинг-стратегий использовалась *Юношеская копинг-шкала – ЮКШ* (Adolescent Coping Scale, ACS), разработанная в 1993 году австралийскими психологами Эрикой Фрайденберг и Рамоном Льюисом (Erica Frydenberg, Ramon Lewis). Русскоязычная адаптация проведена Т.Л. Крюковой. В исследовании использовался сокращенный вариант шкалы (ACS-express), состоящий из 19 пунктов, объединяющихся в три шкалы: «решение проблемы», «несовладание», «обращение за помощью».

Для статистического анализа данных был применен программный пакет STATISTICA_10. Ста-

статистическая обработка данных включала в себя следующие расчеты: описательную статистику (LQ и UQ – нижний и верхний квартили), критерий Манна – Уитни (U), критерий Уилкоксона (T), коэффициент корреляции (критерий Спирмена) на уровне значимости $p < 0,05$.

Процедура проведения исследования. Обследование подростков проводилось дважды: до и после операции. Первое обследование проводилось за 1–3 дня до операции. Оно включало предварительную беседу с матерью, объяснение целей исследования, подписание информированного согласия на обследование ребенка. С подростком также проводилась беседа, в ходе которой задавались вопросы о его самочувствии, круге лиц, обеспечивающих психологическую поддержку, о его личных качествах, помогающих справиться с ситуацией. После этого подросток заполнял опросник ШВС-Д, анкету «Болезнь» и ЮКШ.

Второй этап исследования с использованием тех же методик и анкет проводился в зависимости от состояния подростка не ранее чем через 3 дня после операции. В среднем период между операцией и повторным обследованием составил 7 дней.

Участники исследования. В исследовании приняли участие матери и подростки, находящиеся в отделении детской костной патологии и подростковой ортопедии Национального медицинского исследовательского центра травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова (г. Москва) в период проведения плановых операционных вмешательств, включавших преимущественно удаление доброкачественных костных новообразований. В настоящей работе анализируются данные 43 подростков в возрасте от 11 до 18 лет (средний возраст – 14 лет). Большая часть выборки – подростки 13–15 лет. Критерием отбора участников исследования было отсутствие в анамнезе любых видов оперативных вмешательств. Нозологическое разнообразие представлено такими заболеваниями, как: хронические воспалительные процессы, болезнь Оллье, хондробластомы, патологические переломы, остеохондромы, кисты, синовиальные хондроматозы, экзостозные хондродисплазии и пр. Общим для этих диагнозов являлись необходимость в операции, возможность полного восстановления функций ОДА в последующем периоде, отсутствие угрозы жизни пациента (не злокачественные типы опухолей). Все подростки на момент госпитализации обучались в разных классах общеобразовательных учреждений, имели круг социальных контактов. Давность выявления заболевания подростка варьировалась от 2 месяцев до 2 лет. Семьи участников были преимущественно полные (36 из 43). Состав семей: 25 семей – с одним ребенком, 15 семей – с двумя, 2 семьи – с тремя, 1 семья – с четырьмя детьми.

Следует сказать, что уровень стресса подростков до операции оказался существенно выше уровня стресса после операции ($T = 203,5$, $p < 0,01$), что могло стать одной из причин изменения представлений подростков о болезни. Для проверки *первой гипотезы* по каждому дескриптору анкеты «Болезнь» были рассчитаны суммы баллов, а также верхний ($UQ_{до} = 79,0$, $UQ_{после} = 82,0$) и нижний квартили ($LQ_{до} = 32,0$, $LQ_{после} = 24,0$) этой переменной. На этапе до проведения операции предикторами, которые вошли в верхний квартиль, оказались – «забота мамы», «беспокойство семьи», «выздоровление», «найти силы, справиться», «лекарство», «родители рядом», «помощь», «поддержка друзей», «врачи». После операции наиболее предпочитаемые дескрипторы не меняются: «родители рядом», «забота мамы», «выздоровление», «поддержка», «беспокойство семьи», «найти силы, справиться», «лекарство», «врачи». В целом можно сказать, что представление о болезни соотносится с социальной поддержкой и ресурсами совладания (мотивацией к выздоровлению) и практически не включает в себя характеристики физического и эмоционального состояний ребенка, что позволяет сделать вывод о фальсификации первой гипотезы исследования. Представление о болезни остается без изменений.

В соответствии со второй и третьей гипотезами исследования предполагалось, что при разном уровне стресса представление о болезни и его составляющие будут по-разному соотноситься со стилями совладающего поведения. Для проверки гипотез были проведены некоторые дополнительные расчеты. Прежде всего, выборка была разделена на подгруппы, которые различались по уровню стресса: подгруппы с низким ($n = 22$) и высоким ($n = 21$) уровнем стресса. Для оценки различий в представлениях о болезни и выборе копинг-стратегий до и после операции в каждой подгруппе был использован критерий Уилкоксона. Анализ позволил выявить только одно различие в подгруппе с высоким уровнем стресса, которое касается представления о болезни: вклад негативных эмоций в представление подростка о болезни оказался существенно ниже после операции ($T = 43,0$, $p = 0,04$). По остальным показателям различия в подгруппах выявлены не были.

При сопоставлении показателей подгрупп между собой на этапе до проведения операции были обнаружены различия по таким характеристикам заболевания, как «негативные эмоции» ($U = 132,5$, $p = 0,02$) и «физическое состояние» ($U = 148,5$, $p = 0,04$), а также по одному из стилей копинг-поведения – «несовладание» ($U = 149,5$, $p = 0,04$). Все показатели выше в подгруппе с высоким уровнем стресса. После операции различия между подгруппами по показателям копинга и характеристикам представления подростка о болезни выявлены не были.

В целом полученные данные показывают, что подростки с высоким уровнем актуально переживаемого стресса фиксированы на негативных эмоциях и своем физическом состоянии в период до проведения операции и имеют выраженные трудности, связанные с преодолением стресса и сопутствующими ему симптомами. Тем не менее уровень негативных эмоциональных переживаний, которые ассоциируются у подростка с болезнью, снижается после проведения хирургической операции. Аналогичная динамика наблюдается при оценке показателей «несовладания» со стрессом в данной группе респондентов.

Для проверки *второй и третьей гипотез* были определены наиболее часто предпочитаемые дескрипторы анкеты, направленной на оценку представлений подростков о болезни. В целом выбираемые дескрипторы совпадают в двух исследуемых подгруппах – это участие родителей (забота мамы, родители рядом) и мотивация к выздоровлению (найти силы, справиться; выздоровление). Различия состоят в том, что подгруппа с низким уровнем стресса как до, так и после операции ориентирована на принятие любой помощи (от врачей, друзей, близких), а подгруппа с высоким уровнем стресса ограничивается участием родителей на всех этапах лечения и на принятие помощи от друзей – в период после операции. Для второй подгруппы характерна фиксация на своем физическом состоянии (сон, ограничения и др.).

При сопоставлении параметров представления о болезни (эмоциональное и физическое состояние, внешние атрибуты болезни, социальная поддержка, мотивация к выздоровлению) со стилями копинг-поведения («решение проблемы», «несовладание», «обращение за помощью») в обеих подгруппах респондентов было показано, что характерные для подгруппы с высоким уровнем стресса представления о болезни (эмоциональное и физическое состояние) коррелируют с копингом «обращение за помощью» ($r = 0,69$ и $r = 0,43$ при $p < 0,05$ соответственно) на этапе до проведения операции. После операции значимые связи между группами переменных не обнаружены. При низком уровне стресса, наоборот, на этапе до проведения операции связи между группами переменных оказались незначимыми, а на этапе после операции параметр представления о болезни – социальная поддержка – стал коррелировать со стилями совладания «решение проблемы» ($r = 0,45$ при $p < 0,05$) и «обращение за помощью» ($r = 0,43$ при $p < 0,05$). Результаты показывают, что обе гипотезы подтверждаются частично: при высоком уровне стресса такие ассоциации с болезнью, как эмоциональное и физическое состояние, преобладают у подростков этой группы в период до проведения операции и тесно связаны между собой ($r = 0,43$ при $p < 0,05$), однако они коррелируют не со стилем «несовладание», а с ко-

пингом «обращение за помощью», при этом, как было замечено выше, это стремление носит скорее пассивный (принятие заботы, ожидание помощи), нежели активный характер. Подростки с высоким уровнем стресса фиксируются на своем физическом состоянии и негативных чувствах и эмоциях, которые спонтанно редуцируются при завершении трудной жизненной ситуации. При низком уровне стресса стремление к принятию поддержки носит активный характер и коррелирует с мотивацией к выздоровлению ($r = 0,49$ при $p < 0,05$) на этапе до проведения операции. После операции социальная поддержка как параметр представления о болезни оказывается тесно связанной со стилями совладания – «решением проблемы» ($r = 0,45$ при $p < 0,05$) и «обращением за помощью» ($r = 0,45$ при $p < 0,05$), что до некоторой степени подтверждает третью гипотезу исследования.

Обсуждая полученные в ходе исследования результаты, отметим, что *интенсивное переживание стресса* существенно ограничивает возможности подростка, который начинает рассматривать свое заболевание через призму переживаемых физических и эмоциональных проблем, совладание с которыми может быть осуществлено по крайней мере двумя способами: с помощью обращения к ближайшему окружению или посредством пассивного ожидания того, когда трудная ситуация будет сама собой завершена. Выбранные стратегии не позволяют подростку самостоятельно купировать негативные состояния и предотвращать развитие пост-стрессовых реакций. При *низком уровне стресса* мотивация к выздоровлению как внутренний ресурс ребенка соотносится с активным поиском социальной поддержки, которая на этапе после операции начинает поддерживаться разными стилями совладающего поведения – «решением проблем» и «обращением за помощью». Подобный опыт совладания с болезнью и переживанием по поводу предстоящей операции, по-видимому, сопряжен со смещением акцента со своего физического и эмоционального состояния на поиск инструментальной, эмоциональной и других видов социальной поддержки, благодаря которым происходит переосмысление трудной жизненной ситуации. Разделение собственного опыта переживания болезни с другими людьми способствует включению этой ситуации в более широкий смысловой контекст, благодаря которому социальная поддержка ребенка со стороны близких людей усиливает его мотивацию к выздоровлению.

Заключение. Изучение представления подростка о болезни как одного из показателей его отношения к трудной жизненной ситуации должно с необходимостью быть дополнено данными о степени интенсивности переживаемого им стресса. Комплексный анализ когнитивных и эмоциональных аспектов субъективного восприятия болезни

позволяет более точно оценить собственный потенциал ребенка и его мотивацию обращения за социальной поддержкой, которая при разном сочетании анализируемых переменных может либо способствовать, либо препятствовать активному совладанию с болезнью. Смещение внимания подростка с оценки своего физического и эмоционального состояния на социальное взаимодействие со взрослыми и сверстниками актуализирует внутренние ресурсы подростка, которые способствуют позитивному восприятию ситуации болезни и более быстрому восстановлению после операции, а также закреплению подобных стратегий поведения в своем опыте с целью преодоления других жизненных ситуаций.

Список литературы

Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Защитная система детей и подростков как фактор сохранения психологического здоровья личности // Л.С. Выготский и современное детство: международный симпозиум: сб. тезисов / отв. ред. К.Н. Поливанова. М.: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2017. С. 141–143.

Лурья Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М.: Медицина, 1977. 112 с.

Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987. 168 с.

Тихонова И.В., Хазова С.А. Внутренняя картина дефекта при задержке психического развития: особенности и динамика в детском и подростковом возрасте // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2019. Т. 25, № 4. С. 177–183.

Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях: сб. науч. тр. / под общ. ред. М.М. Кабанова. Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. М.В. Бехтерева, 1990. Т. 127. С. 32–38.

Харламенкова Н.Е., Дан М.В., Казымова Н.Н., Шаталова Н.Е. Динамика уровня стресса и изменение представлений о болезни у подростков с опухлями опорно-двигательного аппарата и их матерей // Мир науки. Педагогика и психология. 2019. Т. 7, № 4. <https://mir-nauki.com/02psmn419.html>

Al Ghriwati N., Winter M.A., Greenlee J.L. et al. Discrepancies between parent and self-reports of adolescent psychosocial symptoms: Associations with family conflict and asthma outcomes. *Journal of Family Psychology*, 2018, 32 (7), pp. 992–997. <https://doi.org/10.1037/fam0000459>

Christofferson J.L., Okonak K., Kazak A.E. et al. Family consequences of potentially traumatic pediatric medical events: Implications for trauma-informed care. *Journal of Family Psychology*, 2020, 34 (2), pp. 237–246. <https://doi.org/10.1037/fam0000597>

January A.M., Kelly E.H., Russell H.F. et al. Patterns of coping among caregivers of children with spinal cord injury: Associations with parent and child well-being. *Families, Systems, Health*, 2019, 37 (2), pp. 150–161. <https://doi.org/10.1037/fsh0000415>

Hagger M.S., Koch S., Chatzisarantis N.L.D. et al. The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 2017, 143 (11), pp. 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>

Leventhal H., Meyer D., Nerenz D. The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, S. Rachman (Ed.). New York, Pergamon Press, 1980, vol. 2, pp. 7–30.

Lowe R., Norman P. Information processing in illness representation: Implications from an associative-learning framework. *Health Psychology*, 2017, vol. 36 (3), pp. 280–290. <https://doi.org/10.1037/hea0000457>

McGovern C.M., Arcoleo K., Melnyk B. COPE for asthma: Outcomes of a cognitive behavioral intervention for children with asthma and anxiety. *School Psychology*, 2019, 34 (6), pp. 665–676. <https://doi.org/10.1037/spq0000310>

Noel M., Rabbitts J.A., Fales J. et al. The influence of pain memories on children's and adolescents' post-surgical pain experience: A longitudinal dyadic analysis. *Health Psychology*, 2017, 36 (10), pp. 987–995. <https://doi.org/10.1037/hea0000530>

Samokhvalova A.G., Kryukova T.L. Communication difficulties in teenagers with health impairments. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2016, vol. 9, № 3, pp. 113–126.

White B.P. The Perceived Stress Scale for Children: A pilot study in a sample of 153 children. *International Journal of Pediatrics and Child Health*, 2014, 2, pp. 45–52.

References

Kuftyak E.V., Samokhvalova A.G. *Zashchitnaya sistema detey i podrostkov kak faktor sokhraneniya psikhologicheskogo zdorov'ya lichnosti* [The defence system of children and adolescents as a factor in preserving the personality psychological health]. *Mezhdunarodnyy simpozium «L.S. Vygotskiy i sovremennoe detstvo»*: sb. tezisev, отв. red. K.N. Polivanova. Moscow, Natsional'nyi issledovatel'skii universitet «Vysshaya shkola ekonomiki» Publ., 2017, pp. 141–143. (In Russ.)

Luriya R.A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolevaniya* [The internal picture of the disease and iatrogenic diseases]. Moscow, Meditsina Publ., 1977, 112 p. (In Russ.)

Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku* [The effect of chronic disease on the psyche]. Moscow, MGU Publ., 1987, 168 p. (In Russ.)

Tikhonova I.V., Khazova S.A. *Vnutrennyaya kartina defekta pri zaderzhke psikhicheskogo razvitiya*:

osobnosti i dinamika v detskom i podrostkovom vozraste [The internal picture of a defect in mental retardation: features and dynamics in childhood and adolescence]. *Vestnik Kostromskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Pedagogika. Psikhologiya. Sotsiokinetika* [Bulletin of Kostroma State University. Series: Pedagogy. Psychology. Sociokinetics], 2019, vol. 25, № 4, pp. 177–183. (In Russ.)

Tkhostov A.Sh., Arina G.A. *Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrenney kartiny bolezni* [Theoretical problems of studying the internal picture of the disease]. *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskikh i somaticheskikh zabolovaniyakh: sb. nauch. tr.*,

pod obshch. red. M.M. Kabanova. Leningrad, Leningr. nauchno-issledovatel'skogo instituta im. M.V. Bekhtereva Publ., 1990, vol. 127, pp. 32–38. (In Russ.)

Kharlamenkova N.E., Dan M.V., Kazymova N.N., Shatalova N.E. *Dinamika urovnya stressa i izmenenie predstavleniy o bolezni u podrostkov s opukholyami oporno-dvigatel'nogo apparata i ikh materey* [Dynamics of stress level and changes in disease representation in adolescents with tumors of the musculoskeletal system and their mothers]. *Mir nauki. Pedagogika i psikhologiya* [The world of science. Pedagogy and psychology], 2019, vol. 7, № 4. <https://mir-nauki.com/02psmn419.html> (In Russ.)