

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Яворська Т. П.

@ Тетяна Петрівна Яворська (Україна) – к.м.н., лікар Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф, м. Харків; пр. Незалежності 13, 61058; асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків; вул. Амосова, 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

@ Tatyana Yavorska(Ukraine)– MD, PhD (candidate of medical sciences), doctor of the Kharkiv Regional Clinical Hospital, an Emergency Medical Assistance and Disaster Medicine Center, Kharkiv; av. Independence 13, 61058; an assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; Amosova St., 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

@ Татьяна Петровна Яворская (Украина) – к.м.н., врач Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф, пр. Независимости, 13, 61058; ассистент кафедры ультразвуковой диагностики Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины, г. Харьков; ул. Амосова, 58, 61176; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; ORCID ID - <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>.

ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Анотація:

Стрес-долаюча поведінка – це важлива складова в адаптації особистості до стресових подій та підтримання психологічного балансу. Метою даної роботи було вивчити особливості стрес-долаючої поведінки у хворих з цереброваскулярною патологією (ЦВП) в динаміці її розвитку на різних етапах перебігу хвороби. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016 – 2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією різного ступеню прояву. Дослідження копінгую проводилося з використанням опитувальника «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса і С. Фолкмана. У опитуваних з високим ризиком розвитку ЦВП, клінічними проявами патології та пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту визначалася в цілому більша напруженість копінгую, ніж у соматично благополучних осіб. Також мав місце дисбаланс форм копінгую з низькою та високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникнення на противагу рішення проблем, позитивній переоцінці, зростала роль соціальної підтримки й як звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу. Таким чином, у пацієнтів на різних етапах ЦВП визначався стрес-нестійкий копінг-профіль, який був з одного боку підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень, а з іншого – недостатньо протидіяв наявному стресовому навантаженню та адаптації індивідів. Визначення та психологічна корекція неефективних копінг-стратегій у пацієнтів з ЦВЗ є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для даного контингенту хворих.

Ключові слова: копінг, цереброваскулярна патологія, медико-психологічна допомога.

FEATURES OF COPING IN PATIENTS WITH CEREBROVASCULAR PATHOLOGY AT DIFFERENT STAGES OF DISEASES

Abstract:

Coping is an important component in adapting a person to stressful events and maintaining a psychological balance. The aim of this work was to study the features of coping in patients with cerebrovascular pathology (CVP) in the dynamics of its development at different stages of the disease. At Kharkiv Regional Clinical Hospital - Emergency and Emergency Medicine Center during 2016-2018, observed 383 patients with cerebrovascular pathology on different stage of diseases. The coping assessed by using the Ways of Coping Questionnaire R. Lazarus & S. Folkman. In persons with high risk of CVP, clinical manifestations of CVP and patients after a stroke generally defined more tension of coping than in somatic healthy people. There occurred an imbalance forms of coping with low and high efficiency, dominated confrontation, distancing, avoidance versus problem solving, positive reevaluation, increasing the role of social support as

external psychosocial resource. Therefore, patients at various stages of CVP had unstable stress coping-profile that was on the one hand the basis for the development of stress-related psychosomatic changes, on the other – not correctly solve the existing stress. Detection and psychological correction of ineffective coping strategies in patients with CVP is an important component of psychological help for this contingent of patients.

Keywords:**ОСОБЕННОСТИ КОПИНГА У ПАЦИЕНТОВ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЙ ПАТОЛОГИИ****Аннотація.**

Стресс-преодолевающее поведение – это важная составляющая в адаптации личности к стрессовым событиям и поддержания психологического баланса. Целью данной работы было изучить особенности стресс-преодолевающего поведения у больных с цереброваскулярной патологией (ЦВП) в динамике ее развития на разных этапах течения болезни. На базе Харьковской областной клинической больницы – центра экстренной медицинской помощи и медицины катастроф на протяжении 2016-2018 гг. было обследовано 383 пациента с цереброваскулярной патологией разной степени развития. Исследование копинга проводилось с использованием опросника «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса и С. Фолкмана. У испытуемых с высоким риском развития ЦВП, клиническими проявлениями патологии и пациентов после перенесенного мозгового инсульта определялась в целом большая напряженность копинга, нежели у соматически благополучных лиц. Также имел место дисбаланс форм копинга с низкой и высокой эффективностью преодоления стресса: доминировали конфронтация, дистанционирование, избегание в противовес решению проблем, положительной переоценке, возрастала роль социальной поддержки как обращения к внешнему психосоциальному ресурсу. Таким образом, у пациентов на разных этапах ЦВП определялся стресс-неустойчивый копинг-профиль, который был с одной стороны основой для развития стресс-ассоциированных психосоматических сдвигов, а с другой – недостаточно противодействовал имеющейся стрессовой нагрузке и адаптации индивидов. Определение и психологическая коррекция неэффективных копинг-стратегий у пациентов с ЦВП является важной составляющей мер медико-психологической помощи для данного контингента больных.

Ключевые слова: копинг, цереброваскулярная патология, медико-психологическая помощь.

Копінг стратегії – це важлива лінія оборони особистості у ситуації стресу чи кризовій життєвій ситуації. Стрес-долаюча поведінка дозволяє амортизувати стрес та відновлювати нормальне психічне функціонування індивіда. Г. Вебер визначає копінг через стратегію дій, яку використовує людина, в ситуаціях психологічної загрози, для фізичного, особистісного та соціального благополуччя [1].

Копінг за своїм змістом представляє собою усвідомлену, орієнтовану на адаптацію поведінку, спрямовану на усунення або психологічне подолання кризової ситуації. Ефективність копінгу залежить від ряду факторів: особистості, об'єктивних умов ситуації та наявності психосоціального ресурсу.

Р. Лазарус і С. Фолкман виділили два основні види копінгу: проблемно-орієнтований, спрямований на вирішення проблеми та емоційно-орієнтований, пов'язаний зі зміною особистісних установок щодо ситуації.

Е. Хайм виділяє три сфери ієрархічної структури психіки, в яких відбувається реалізація копінг-стратегій поведінки: емоційну, когнітивну і поведінкову [2]. Емоційні копінг-механізми включають протест, обурення, плач або навпаки ізоляцію, пригнічення почуттів; когнітивні - переключення думок, звернення до творчості, філософський підхід до проблеми; поведінкові - прояв альтруїзму, переключення на оточення, активна діяльність, вихід у роботу.

Важливого значення у протидії стресу набувають не лише копінг-стратегії, але і копінг-ресурси, що є базою для розгортання стрес-долаючої поведінки: фізичні (рівень здоров'я, спадковість), психологічні (особистісні властивості, установки, життєва позиція), соціальні (родина, підтримка оточення), матеріальні.

Дослідження копінг-поведінки не обмежується лише психологічними поняттями,

а глибоко розглядається через призму нейрпсихології та нейрофізіології [3].

Хвороба є прикладом кризової життєвої ситуації, рівень стресу якої обумовлений тяжкістю наслідків патології та її суб'єктивним відображенням у психіці пацієнта. Подолання захворювання нерозривно пов'язане із здатністю хворого адаптуватися до лікування та змінювати свій спосіб життя, відповідно роль копінгу зростає.

Дослідження копінгу у пацієнтів з соматичною патологією стало невід'ємною частиною психологічної допомоги в медичній практиці [4, 5]. Поряд з класичними методиками психологічної діагностики, впроваджується діагностичний інструментарій, який дозволяє оцінити специфічні його прояви, наприклад проактивний копінг [6, 7].

Копінг-стратегії прив'язують не лише до поведінки пацієнтів під час хвороби, але і в якості чинників, що можуть приводити до розвитку патології. У дослідженні копінгу серед хворих з кардіометаболічними порушеннями, виявлено, що його ризик пов'язаний із вираженістю різноспрямованих тенденцій в стилі стрес-долаючої поведінки, поєднанні конфронтації та дистанціювання [8]. Встановлено, що для осіб з доклінічними порушеннями здоров'я притаманні труднощі планування дій, спрямованих на вирішення проблем, поєднання орієнтованості на активний опір проблемі з тенденцією до її ігнорування або до знецінення. Тоді як клінічно розгорнута симптоматика супроводжується поєднанням планування вирішення проблеми з тенденцією до ухилення від реальних дій. Наслідком даної поведінки стає хронічне емоційне напруження та формування стійких дезадаптивних способів «швидкого» відновлення емоційної рівноваги – переїдання, тютюнопаління, пасивного відпочинку, що по суті є факторами ризику розвитку соматичної патології. Відповідно, оцінка наявних у особистості форм копінгу, розкриває широкі можливості до профілактики розвитку чи негативних наслідків захворювань.

Дослідження копінг-стратегій у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту як важкого кризового стану, обумовленого значним погіршенням фізичного та психічного здоров'я, має важливе значення для прогнозування якості життя та подальшої реабілітації хворих [9 – 11].

Виявлено, що у пацієнтів, які перенесли інсульт має місце певна динаміка прояву стрес-долаючої поведінки, до 1 року після судинної катастрофи переважають стратегії дисфункціонального характеру (когнітивний і поведінковий відхід від вирішення пробле-

ми, вираження негативних емоцій, заперечення хвороби), що в подальшому змінюється емоційно-орієнтованим копінгом у вигляді прийняття ситуації, позитивного переформулювання та особистісного росту, гумору) у адаптивному варіанті розвитку ситуації [12].

Важлива роль копінгу у адаптації до хвороби та її наслідків обумовлює потребу у розробці заходів психологічної допомоги. На сьогодні проблемно-орієнтована психотерапія вже показала свою високу ефективність у покращенні стрес-долаючої поведінки у пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту [13, 14].

Вивчення копінгу у пацієнтів з цереброваскулярною патологією, включає як дослідження неадаптивних стратегій стрес-долаючої поведінки задіяних у розвитку патології, зокрема щодо питань здорового життєвого стилю, так і в аспекті подолання стресу під час перебігу хвороби.

Мета роботи – вивчити особливості стрес-долаючої поведінки у хворих з цереброваскулярною патологією в динаміці її розвитку на різних етапах перебігу хвороби.

Контингент і методи дослідження. На базі Харківської обласної клінічної лікарні – центру екстреної медичної допомоги та медицини катастроф протягом 2016 – 2018 років було обстежено 383 пацієнти з цереброваскулярною патологією (ЦВП) різного ступеню прояву (основна група – ОГ): від високого ризику розвитку захворювання внаслідок наявності факторів кардіоваскулярного ризику (КВР) (з його клініко-лабораторною верифікацією з визначенням ліпідного профілю), до судинної катастрофи в анамнезі. В дослідження були включені 122 пацієнти, які мали серцево-судинні захворювання з високим ризиком розвитку ЦВП – група 1 (Г1), 134 пацієнти з клінічними проявами ЦВП у вигляді транзиторних ішемічних атак (ТІА) в анамнезі – група 2 (Г2), та 127 пацієнтів, які перенесли ішемічний мозковий інсульт (МІ) – група 3 (Г3).

Критеріями включення для учасників дослідження були наступні: високий ризик чи клінічно розгорнута картина ЦВП, які розвинулися на фоні серцево-судинних захворювань у вигляді гіпертонічної хвороби та ішемічної хвороби серця, верифіковані клініко-лабораторним методом; відсутність психіатричного та наркологічного анамнезу, порушень свідомості та психотичних станів на момент огляду.

Критеріями виключення виступали наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів, тяжкої супутньої соматичної патології (стани декомпенсації), виражених

соматичних захворювань (окрім серцево-судинної та ЦВП), перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнтів.

Поділ пацієнтів саме на такі групи, на нашу думку, дозволить простежити вплив поведінкових, особистісних, психосоціальних факторів на розвиток та перебіг ЦВП на різних з точки зору медичної практики та медико-психологічної парадигми етапів хвороби.

Серед пацієнтів Г1 тривалість перебігу ЦВП становила від 1 до 3 років, серед хворих з ТІА у Г2 – клінічна симптоматика спостерігалася від 6 міс. до 2 років, пацієнти з МІ знаходилися у періоді після судинної катастрофи у терміні від 3 міс. до 18 міс. Вік обстежених становив від 37 до 68 років. Серед обстежуваних переважали чоловіки – 58,5%, жінки склали 41,5%. Пацієнти з гіпертонічною хворобою становили – 59,8% та з ішемічною хворобою серця – 40,2%.

У якості групи порівняння (ГП) було обстежено 47 умовно здорових осіб з відсутністю ризику або ознак ЦВП, верифікованих клініко-лабораторним дослідженням.

Дослідження якості життя проводилося з використанням опитувальника «Способи стрес-долаючої поведінки» (Ways of Coping Questionnaire Р. Лазаруса и С. Фолкман, WCQ). Статистична обробка проводилася з використанням MS Excel v.8.0.3.

Результати та їх обговорення. У ГП – серед клінічно здорових осіб, домінували копінг-стратегії соціальної підтримки, відповідальності, самоконтролю, рішення проблеми, конфронтації, менш напруженими були – дистанціювання, позитивна переоцінка та уникнення.

У Г1 – опитуваних групи ризику щодо розвитку ЦВП, спостерігалася інша значимість стрес-долаючих стратегій – домінували конфронтація та відповідальність, нижчу напруженість показували соціальна підтримка, дистанціювання, та ще меншу – рішення проблеми, самоконтроль, уникнення та позитивна переоцінка.

Для опитуваних з Г2 провідними стратегіями копінгу виступали конфронтація, відповідальність, соціальна підтримка, дистанціювання, менш задіяними були – рішення проблеми, уникнення, самоконтроль та позитивна переоцінка.

У Г3 – пацієнтів, які перенесли мозковий інсульт, домінували соціальна підтримка, відповідальність, дистанціювання, конфронтація, нижчу напруженість мали уникнення, самоконтроль, рішення проблеми та позитивна переоцінка.

Статистичний аналіз отриманих резуль-

татів проводився крок за кроком. Враховуючи змістовні особливості ступеню порушення фізичного здоров'я у кожній з груп – від стану умовного соматичного благополуччя, наявності факторів ризику розвитку патології, клінічних її ознак та значимих наслідків, було проведено аналіз за параметрами стрес-долаючої поведінки між: 1) ГП, Г1, Г2 та Г3 – «здорові – група ризику – з клінічними проявами ЦВП – після мозкового інсульту» та окремо; 2) ГП та Г1 – «здорові – група ризику»; 3) ГП та Г2 – «здорові – з клінічними проявами»; 4) ГП та Г3 – «здорові – після мозкового інсульту»; 5) Г1 та Г2 – «група ризику – з клінічними проявами»; 6) Г1 та Г3 – «група ризику – після мозкового інсульту»; 7) Г2 та Г3 – «клінічні прояви ЦВП – після мозкового інсульту».

У континуумі «соматичне здоров'я – група ризику – клінічні ознаки ЦВП – мозковий інсульт» визначалися, табл. 1:

— вища напруженість копінг-стратегій конфронтації (44,9±10,5 балів у ГП, 51,2±11,5 балів у Г1, 51,7±14,9 балів у Г2 та 50,5±13,9 балів у Г3), дистанціювання (відповідно 40,8±13,6 балів, 47,6±14,9 балів, 49,2±15,6 балів та 53,5±15,6 балів), звернення до соціальної підтримки (48,0±12,6 балів, 47,9±13,0 балів, 50,5±17,2 балів та 56,0±14,7 балів), уникнення у пацієнтів з Г1, Г2 та Г3 у порівнянні з ГП (38,6±11,4 балів, 42,2±12,2 балів, 42,2±11,6 балів та 45,7±12,7 балів);

— нижча напруженість стрес-долаючої поведінки у вигляді рішення проблеми у Г2 та Г3 на відміну від ГП та Г1 (44,8±12,1 балів, 44,9±13,8 балів, 43,9±12,2 балів та 39,3±12,1 балів).

Відмінності були відсутні за стратегіями самоконтролю, відповідальності та позитивної переоцінки.

За результатами порівняння копінгу поміж групами крок за кроком виявлено, (табл. 2):

— вищі показники щодо копінг-стратегій конфронтації та дистанціювання у Г1, Г2 та Г3 на противагу ГП;

— різку зміну та збільшення напруженості копінг-стратегій у пацієнтів, які пережили мозкову катастрофу;

— прогресивне збільшення напруженості дистанціювання, соціальної підтримки, уникнення та зниження рішення проблеми у Г2 та Г3 – пацієнтів з клінічними проявами ЦВП та після мозкового інсульту на відміну від соматично благополучних опитуваних та осіб групи ризику щодо розвитку ЦВП;

— зниження потенціалу стратегії позитивної переоцінки та підвищення прийняття відповідальності у пацієнтів Г3, тобто хворих після мозкового інсульту.

Таблиця 1

Копінг у досліджуваних групах, $x \pm \sigma$ (бали)

№	Показник	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
1	Конфронтація*	44,9±10,5	51,2±11,5	51,7±14,9	50,5±13,9
2	Дистанціювання*	40,8±13,6	47,6±14,9	49,2±15,6	53,5±15,6
3	Самоконтроль	45,1±12,1	43,5±14,0	41,2±14,2	42,8±12,8
4	Соціальна підтримка*	48,0±12,6	47,9±13,0	50,5±17,2	56,0±14,7
5	Відповідальність	48,4±14,4	51,4±16,4	51,2±17,5	54,3±17,6
6	Уникнення*	38,6±11,4	42,2±12,2	42,2±11,6	45,7±12,7
7	Рішення проблеми*	44,8±12,1	44,9±13,8	43,9±12,2	39,3±12,1
8	Позитивна переоцінка	40,6±11,4	38,7±10,3	38,6±12,1	36,4±12,6

Примітка. * достовірність різниці між групами $p < 0,05$ між 4-ма групами

Таблиця 2

Відмінності у рівні напруженості копінгу між групами

№	Показник	ГП / Г1	ГП / Г2	ГП / Г3	Г1 / Г2	Г1 / Г3	Г2 / Г3
1	Конфронтація	+	+	+	немає	немає	немає
2	Дистанціювання	+	+	+	немає	+	+
3	Самоконтроль	немає	немає	немає	немає	немає	немає
4	Соціальна підтримка	немає	немає	+	немає	+	+
5	Відповідальність	немає	немає	+	немає	немає	немає
6	Уникнення	немає	немає	+	немає	+	+
7	Рішення проблеми	немає	немає	+	немає	+	+
8	Позитивна переоцінка	немає	немає	+	немає	немає	немає

\ Примітка. + - статистично значима відмінність, $p < 0,05$.

Отримані результати вказували на відмінності у спектрі застосовуваних форм стрес-долаючої поведінки поміж клінічно здоровими опитуваними та особами з ознаками соматичного неблагополуччя. У опитуваних Г1, Г2 та Г3 стратегії конфронтації та дистанціювання були первинно більш вираженими у порівнянні з особами з ГП, що може вказувати на їх психопатогенетичну роль у розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень.

Захворювання чи просто наявність нозогенних факторів ризику спричиняли збільшення напруженості копінгу у відповідь на стресогенну ситуацію, якою була соматична патологія. Різке порушення фізичного здоров'я, у даному випадку перенесений мозковий інсульт, викликали різку трансформацію копінг-профілю, спрямовану на подолання

актуального стресу.

У структурі стрес-долаючої поведінки у опитуваних з Г2 та Г3, менше Г1, визначалося зростання кількості осіб з високою напруженістю стратегій конфронтації, дистанціювання, соціальної підтримки, відповідальності, та низькою напруженістю – самоконтролю та вирішення проблем, табл. 3.

Враховуючи змістовний поділ копінг-стратегій у діапазоні «ефективний – неефективний» спосіб подолання стресу, такі форми як дистанціювання, уникнення мають низький потенціал адаптації, конфронтація, відповідальність, соціальна підтримка – амбівалентний, тоді як самоконтроль, рішення проблеми та позитивна переоцінка – високі. Відповідно, в опитуваних з Г1, Г2 та Г3 спостерігалось зниження адаптаційних можливостей до подолання стресу.

Таблиця 3

Структура копінг-стратегій у досліджуваних групах, %

№	Копінг-стратегія	Рівень напруження	ГП, n=47	Г1, n=122	Г2, n=134	Г3, n=127
1	Конфронтація	Низький	8,5	4,1	9,0	8,7
		Помірний	85,1	83,6	69,4	74,0
		Високий	6,4	12,3	21,6	17,3
2	Дистанціювання	Низький	23,4	11,5	7,5	4,7
		Помірний	68,1	72,1	70,1	68,5
		Високий	8,5	16,4	22,4	26,8
3	Самоконтроль	Низький	12,8	23,8	32,1	22,8
		Помірний	78,7	65,6	59,0	70,9
		Високий	8,5	10,7	9,0	6,3
4	Соціальна підтримка	Низький	10,6	12,3	19,4	7,1
		Помірний	80,9	80,3	61,9	66,1
		Високий	8,5	7,4	18,7	26,8
5	Відповідальність	Низький	-	-	-	-
		Помірний	83,0	77,9	79,9	69,3
		Високий	17,0	22,1	20,1	30,7
6	Уникнення	Низький	27,7	16,4	16,4	13,4
		Помірний	72,3	82,0	83,6	85,8
		Високий	-	1,6	-	0,8
7	Рішення проблеми	Низький	23,4	23,0	22,4	33,9
		Помірний	74,5	69,7	75,4	66,1
		Високий	2,1	7,3	2,2	-
8	Позитивна переоцінка	Низький	21,3	20,5	29,9	43,3
		Помірний	76,6	78,7	67,9	55,1
		Високий	2,1	0,8	2,2	1,6

На підставі отриманих результатів можна зробити висновки, що в опитуваних з високим ризиком розвитку ЦВП, клінічними проявами патології та пацієнтів після перенесеного мозкового інсульту:

— визначалася в цілому більша напруженість копінгу, ніж у соматично благополучних осіб;

— мав місце дисбаланс форм копінгу з низькою та високою ефективністю подолання стресу: домінували конфронтація, дистанціювання, уникнення на протигагу рішенню проблем, позитивній переоцінці;

— зростала роль соціальної підтримки як звернення до зовнішнього психосоціального ресурсу.

Таким чином, у пацієнтів на різних етапах ЦВП визначався стрес-нестійкий копінг-профіль, який був з одного боку підґрунтям для розвитку стрес-асоційованих психосоматичних зрушень, а з іншого – недостатньо протидіяв наявному стресовому навантаженню та адаптації індивідів. Відповідно корекція неефективних копінг-стратегій є важливою складовою заходів медико-психологічної допомоги для пацієнтів з ЦВП.

Література

1. Weber, H. Belastungsverarbeitung // *Z. für Klinische Psychologie*. 1992. Bd. 21. P. 17-27.
2. Церковский А. Л. Современный взгляд на копинг-проблему // *Вестник ВГМУ*. 2006. №3. С. 112 – 121.
3. Fisher DW, Han Y, Lyman KA, Heuermann RJ, Bean LA, Ybarra N, Foote KM, Dong H, Nicholson DA, Chetkovich DM. HCN channels in the hippocampus regulate active coping behavior // *J Neurochem*. 2018. Vol. 146(6). P. 753-766.
4. Donnellan C, Hevey D, Hickey A, O'Neill D. Defining and quantifying coping strategies after stroke: a review // *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006. Vol. 77(11). P. 1208-18.
5. Wei C., Zhang F., Chen L., Ma X., Zhang N., Hao J. Factors associated with post-stroke depression and fatigue: lesion location and coping styles // *J Neurol*. 2016. Vol. 263(2). P. 269-276.
6. Tielemans NS, Visser-Meily JM, Schepers VP, Post MW, van Heugten CM. Proactive coping poststroke: psychometric properties of the Utrecht Proactive Coping Competence Scale // *Arch Phys Med Rehabil*. 2014. Vol. 95(4). P. 670-5.
7. Tielemans NS, Schepers VP, Visser-Meily JM, Post MW, van Heugten CM. Associations of proactive coping and self-efficacy with psychosocial outcomes in individuals after stroke // *Arch Phys Med Rehabil*. 2015. Vol. 96(8). P. 1484-91.
8. Долганова Н. П. Стресс-совладающее поведение лиц с повышенным кардиометаболическим риском // *Известия РГПУ им. А.И. Герцена*. 2012. №153-1. С. 197 – 205.
9. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach JJ. A prospective study on coping strategies and quality of life in patients after stroke, assessing prognostic relationships and estimates of cost-effectiveness // *J Rehabil Med*. 2009. Vol. 41(4). P. 237-41.
10. Lo Buono V., Corallo F., Bramanti P., Marino S. Coping strategies and health-related quality of life after stroke // *J Health Psychol*. 2017. Vol. 22(1). P. 16-28.
11. Darlington AS, Dippel DW, Ribbers GM, van Balen R, Passchier J, Busschbach J. Coping strategies as determinants of quality of life in stroke patients: a longitudinal study // *J Cerebrovasc Dis*. 2007. Vol. 23(5-6). P. 401-7.
12. Вишнева А.Е. Динамика стратегий совладания у больных с последствиями инсультов и черепно-мозговых травм // *Национальный психологический журнал*. 2013. №1(9). с.103–109.
13. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Van't Spijker A, Lannoo E, Busschbach JJ, Ribbers GM. Problem-Solving Therapy During Outpatient Stroke Rehabilitation Improves Coping and Health-Related Quality of Life: Randomized Controlled Trial // *Stroke*. 2016. Vol. 47(1). P. 135-42.
14. Visser MM, Heijenbrok-Kal MH, Spijker AV, Oostra KM, Busschbach JJ, Ribbers GM. Coping, problem solving, depression, and health-related quality of life in patients receiving outpatient stroke rehabilitation // *Arch Phys Med Rehabil*. 2015. Vol. 96(8). P. 1492-8.