

Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний)

Одинцова М.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru*

Сорокова М.Г.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru*

Целью данной работы стал сравнительный анализ копинг-стратегий и копинг-стилей подростков в зависимости от пола и группы: 1) здоровые; 2) подростки с детским церебральным параличом (врожденная инвалидность); 3) подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями (приобретенная инвалидность). В исследовании приняли участие 244 подростка от 13 до 18 лет, из них 86 — здоровых подростков (46 мальчиков и 40 девочек, $M=14,96+1,52$ лет), 61 — с онкологией головного и спинного мозга (37 мальчиков и 24 девочки, $M=15,03+1,39$ лет), 46 — с ревматическими заболеваниями (17 мальчиков и 29 девочек, $M=14,7+1,50$ лет), 51 — с детским церебральным параличом (28 мальчиков и 23 девочки, $M=15,3+1,17$). Использовался опросник COPE Р. Карвера в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина. Обнаружено, что подростки с приобретенной инвалидностью используют схожие со здоровыми сверстниками копинг-стратегии в отличие от подростков с детским церебральным параличом, у которых копинг-стратегии вариативны. Подростки двух клинических групп чаще здоровых обращаются к религии, что смягчает воздействие стресса в условиях инвалидности. Процент подростков, предпочитающих когнитивно-ориентированный копинг-стиль, выше среди здоровых, эмоционально-ориентированный — среди подростков с приобретенной инвалидностью, а дисфункциональный копинг-стиль — среди подростков с детским церебральным параличом. Выявлены различные тенденции в выраженности копинг-стратегий в клинических и здоровой группах в зависимости от пола.

Ключевые слова: копинг-стратегии, копинг-стили, подростки, онкология, ревматические заболевания, инвалидность, детский церебральный паралич.

Для цитаты: *Одинцова М.А., Сорокова М.Г. Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2021. Том 10. № 2. С. 95–123. DOI: 10.17759/cpse.2021100207*

Введение

Врожденная и приобретенная инвалидность создает трудности в адаптации подростков, переживающих глобальные физические и психологические изменения, характерные для данного возраста. При приобретенных заболеваниях — это сложности адаптации к новой роли человека с инвалидностью, при врожденных — недостаточная эмоциональная и личностная зрелость, препятствующая успешной адаптации [10; 16]. На эти трудности накладываются стрессы межличностных отношений, напряжение в учебной и повседневной деятельности [12]. Справиться с таким многообразием стрессов помогают копинг-стратегии, которые наиболее активно развиваются на данном возрастном этапе. От того, насколько успешно подростки с инвалидностью преодолевают повседневные стрессы, зависит и эффективность преодоления болезни [13].

Проблематика копинга имеет длительную историю и обширно представлена в научной литературе (Л.И. Анцыферова, С.К. Нартова-Бочавер, Р. Лазарус, С. Фолкман, Ч. Карвер и др.) в теоретическом и эмпирическом планах и в разных контекстах.

Исследования копинг-стратегий подростков с умеренными и тяжелыми нарушениями двигательных функций, с онкологией и ревматическими заболеваниями в сравнении со здоровыми сверстниками демонстрируют либо отсутствие различий [20], либо незначительные различия [28] и зависимость копинг-стратегий от тяжести нарушений [1]. В условиях болезни изучены копинги при приобретенных заболеваниях, таких как сахарный диабет [15]; астма, атипичский дерматит, онкология [13; 20; 21]; ревматические болезни [7; 26]. Исследуются копинги и при врожденных нарушениях: заболеваниях зрительных путей [18]; черепно-лицевых аномалиях [19]; детском церебральном параличе (ДЦП) [1; 11]. Показано, что при врожденных заболеваниях выбираются стратегии, направленные на эмоциональную поддержку, контроль в выражении негативных эмоций [18], а при приобретенных — стратегии, ориентированные на эмоциональную переработку [9]; избегание, принятие ответственности, самоконтроль; отвлечение [13]; активное решение проблем [21].

Такое разнообразие в копинг-стратегиях требует их систематизации. Одной из них становится модель контроля в условиях болезни, которая включает:

1) первичный контроль или активное преодоление, направленное на изменение самой ситуации (решение проблем, регулирование эмоций);

2) вторичный контроль (позитивное мышление, когнитивная переработка, принятие), направленный на изменение отношения к ситуации;

3) пассивное преодоление, не требующее усилий (избегание, отрицание) [10; 12].

Выделяют и диспозиционную модель совладания, включающую разные способы преодоления стресса, складывающиеся в три копинг-стиля:

1) стиль, ориентированный на решение проблем (использование инструментальной поддержки, активное совладание, сдерживание, подавление конкурирующих действий, планирование);

2) эмоционально-ориентированный стиль (позитивное переосмысление, религиозное совладание, юмор, использования эмоциональной поддержки, принятие);

3) дисфункциональный стиль (мысленный уход, концентрация на эмоциях, отрицание, поведенческий уход, использование психоактивных веществ) [8].

Объединяет эти модели возможность управления стрессом для успешной адаптации. Одновременно с этим признается: 1) в управляемых ситуациях, но с высоким уровнем стресса, повышаются навыки преодоления [17]; в неуправляемых — подростки способны проявлять гибкость в соответствии с изменением самой ситуации, что становится своеобразной «прививкой» от других форм стресса [13]; 2) один способ для преодоления стресса не может стать ключом к успешной адаптации в условиях инвалидности [13]; 3) не бывает «хороших» или «плохих» копинг-стратегий, их разнообразие может быть эффективным при активности личности, направленной как на отвлечение, разрядку эмоционального напряжения, так и на мобилизацию [12]; 4) опыт в преодолении стрессов является стабильным во времени и зависит от предшествующих навыков [19; 25].

Как видим, в исследованиях копинг-стратегий подростков с инвалидностью, с одной стороны, делается попытка их систематизации в зависимости от контроля над стрессовой ситуацией, с другой — признается преимущество в их многообразии. Равно как, с одной стороны, доказана ситуативная изменчивость копинг-стратегий, а с другой — относительное постоянство во времени.

Кроме того, современные исследования, как правило, сосредоточены на одном-двух заболеваниях, приводящих к инвалидности [9; 11; 15; 18], либо клинические выборки имеют смешанный характер (например, в группу с нарушением опорно-двигательного аппарата включаются подростки с двигательными нарушениями различного генеза) [2]. Иногда группы сравнения определяются по наличию хронического заболевания без учета его типа [10; 12]. Также не всегда учитывается половая принадлежность в клинических группах [1; 2; 26] в силу их малочисленности. Нередко копинг-стратегии подростков клинических групп оцениваются по представлениям их родителей [11], а не по мнениям самих подростков.

Данные исследования вносят большой вклад в общую картину преодолевающего поведения подростков, одновременно способствуя продолжению работ в этом направлении для обнаружения общего и специфического в копинг-стратегиях и копинг-стилях здоровых и подростков с разными типами инвалидности.

Цель исследования: провести сравнительный анализ копинг-стратегий и копинг-стилей в зависимости от пола и группы здоровья: здоровые подростки, подростки с ДЦП (врожденная инвалидность), подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями (приобретенная инвалидность).

Мы предположили, что подростки с приобретенной инвалидностью используют в своем репертуаре схожие со здоровыми сверстниками копинг-стратегии и копинг-стили и будут отличаться от подростков с врожденным заболеванием (ДЦП). Подростки женского и мужского пола в зависимости от группы (здоровые подростки и подростки с заболеваниями) будут различаться выбором тех или иных копинг-стратегий и копинг-стилей.

Организация исследования

Исследование проводилось с 2016 по 2020 гг. в Москве. Обследование подростков из клинических групп проводилось индивидуально, а здоровых подростков — в учебных классах. Подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями были набраны из двух стационаров при разрешении лечащего врача продолжить обучение в ГКОУ «Школа «Технологии обучения»». Подростки с онкологией получали лучевую терапию, 70% из них перенесли операцию на головном мозге, в стационаре их сопровождали члены семьи. Подростки с ревматическими заболеваниями получали комбинированную противоревматическую и реабилитационную терапию и находились в стационаре без родителей. Подростки с ДЦП набирались на базе ресурсной школы (ранее интернат для детей с ДЦП) из автономных малокомплектных классов. Они обучались по адаптированной образовательной программе с шифром 6.1 с обязательным включением коррекционно-развивающих курсов. Родители всех подростков дали письменное согласие на участие их детей в исследовании.

Выборка. В исследовании приняли участие 270 подростков от 12 до 18 лет. Для уравнивания выборок по полу и возрасту из группы подростков с ревматическими заболеваниями были удалены данные 5 девочек 12 и 13 лет. Из группы здоровых были исключены данные 21 подростка (пятеро 12-летних, 13 мальчиков 18 лет, трое указали на наличие заболевания (астма, аллергия)). Окончательная выборка состояла из 244 подростков. Группы были уравновешены по полу ($\chi^2=0,329$ при $p=0,848$) и возрасту (ANOVA, $F=1,703$ при $p=0,167$). Данные по выборке представлены в таблице 1.

Методики. Подростков просили ответить, как они себя ведут и что обычно делают при столкновении со стрессовыми ситуациями. Для этого был использован опросник COPE (Р. Карвера в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина),

который включает 15 копинг-стратегий, входящих в три копинг-стиля (когнитивно-ориентированный, эмоционально-ориентированный, дисфункциональный). Опросник широко используется в разных странах. Одно из последних исследований в США продемонстрировало умеренную внутреннюю согласованность COPE (α Кронбаха > 0,60) на подростковой выборке [24]. В нашем случае проверка внутренней согласованности пятнадцати субшкал с копинг-стилями показала, что субшкалы Поиск инструментальной поддержки, Активное совладание, Сдерживание, Подавление конкурирующей деятельности, Планирование хорошо согласуются с когнитивно-ориентированным стилем ($\alpha=0,90$); а субшкалы Мысленный уход, Концентрация на эмоциях, Отрицание, Поведенческий уход, Использование успокоительных — с дисфункциональным стилем ($\alpha=0,87$). Обнаружено приемлемое согласование субшкал Поиск эмоциональной поддержки, Позитивное переформулирование, Принятие, Обращение к религии и Юмор с эмоционально-ориентированным стилем ($\alpha=0,78$), что свидетельствует о совпадении наших данных с теоретической моделью автора опросника.

Таблица 1

Распределение подростков по группам с учетом пола и возраста

Группа	N	Возраст	Пол			
			Мужской		Женский	
			человек	%	человек	%
Здоровые	86	14,96±1,52	46	53,5	40	46,5
Подростки с врожденной инвалидностью						
ДЦП	51	15,30±1,17	28	54,9	23	45,1
Подростки с приобретенной инвалидностью						
Онкология	61	15,03±1,39	37	60,7	24	39,3
Ревматические заболевания	46	14,65±1,45	17	37,0	29	63,0
Итого по группе с приобретенной инвалидностью						
	107	14,86±1,41	54	50,5	53	49,5
Итого по выборке	244	14,99±1,41	128	52,5	116	47,5

Обработка данных. При статистической обработке были использованы t-критерий Стьюдента для попарного сравнения групп; двухфакторный дисперсионный анализ для сравнения подростков в зависимости от их принадлежности к группе здоровья (здоровые, с врожденной и с приобретенной инвалидностью) и пола; критерий χ^2 для сравнения групп подростков по качественным признакам.

Результаты

Предварительно мы сравнили копинг-стратегии двух групп подростков (с онкологией и ревматическими заболеваниями) с использованием t-критерия Стьюдента. Проверка на нормальность распределения каждой из двух групп по критерию Колмогорова–Смирнова подтверждает нормальность распределения по всем копингам ($p > 0,05$), кроме Использования успокоительных в обеих группах ($p = 0,000$). Распределение копинга Поведенческий уход для подростков с ревматическими заболеваниями находится на грани статистической значимости ($p = 0,047$).

Статистический анализ подтвердил, что подростки с онкологией и ревматическими заболеваниями по когнитивно-ориентированному ($t = -1,36$ при $p = 0,177$; $F = 6,79$ при $p = 0,010$), эмоционально-ориентированному ($t = 0,315$ при $p = 0,753$; $F = 0,099$ при $p = 0,754$) и дисфункциональному ($t = -0,410$ при $p = 0,683$; $F = 0,004$ при $p = 0,951$) копинг-стилям не различаются в средних значениях, а по последним двум — в дисперсиях.

Дальнейший двухфакторный дисперсионный анализ выстраивался с учетом пола и принадлежности к одной из трех групп: здоровых, с врожденной и с приобретенной инвалидностью. Результаты анализа и описательная статистика представлены в табл. 2.

Значимые различия в зависимости от группы были обнаружены в копинг-стратегиях:

- 1) Сдерживание, Подавление конкурирующей деятельности, Поиск инструментальной поддержки (когнитивно-ориентированный копинг-стиль);
- 2) Обращение к религии (эмоционально-ориентированный копинг-стиль);
- 3) Мысленный уход, Концентрация на эмоциях, Отрицание, Поведенческий уход, Использование успокоительных (дисфункциональный копинг-стиль) (см. рис. 1).

По стратегиям Активного совладания, Планирования, Поиска эмоциональной поддержки, Принятия, Позитивного переформулирования и Юмора различий между группами не выявлено (табл. 2).

Подростки с ДЦП демонстрируют значительно более высокие баллы по всем копинг-стратегиям в отличие от двух других групп. Здоровые подростки и подростки с приобретенной инвалидностью предпочитают копинг-стратегии, входящие в когнитивно-ориентированный и эмоционально-ориентированные стили, и реже используют стратегии, относящиеся к дисфункциональному стилю. При этом обе клинические группы набирают более высокие баллы и не различаются между собой по Стратегии обращения к религии ($p = 0,487$), что отличает их от здоровых сверстников ($p = 0,000$).

Таблица 2

**Выраженность копинг-стратегий и копинг-стилей
в зависимости от группы и пола**

Копинг-стратегии и копинг-стили	M±SD для подростков разных групп в зависимости от пола				Статистические эффекты df=5		
	Пол	Группы подростков			Группа	Пол	Группа* Пол
		Здоровые М (n=46) Ж (n=40)	ДЦП М (n=28) Ж (n=23)	Приобретенная инвалидность М (n=54) Ж (n=53)			
Активное совладание	М	11,6±2,9	11,9±3,2	12,8±3,0	F=0,32	F=0,77	F=1,96
	Ж	12,3±2,7	11,6±3,3	11,8±2,9	p=0,574	p=0,465	p=0,143
Сдерживание	М	9,7±2,6	11,6±2,8	10,0±2,2	F=9,01	F=0,09	F=0,49
	Ж	10,2±1,9	11,6±3,1	9,8±2,4	p=0,000	p=0,763	p=0,615
Подавление конкурирующей деятельности	М	9,5±3,1	12,5±3,7	10,9±3,1	F=10,40	F=0,02	F=1,76
	Ж	10,5±3,4	12,6±3,4	10,1±3,1	p=0,000	p=0,878	p=0,175
Планирование	М	9,1±2,4	8,7±2,3	9,2±2,3	F=2,15	F=0,01	F=1,96
	Ж	9,7±2,0	8,4±2,1	9,0±2,3	p=0,119	p=0,998	p=0,370
Поиск инструментальной поддержки	М	10,6±2,8	12,2±2,7	10,4±2,7	F=9,55	F=0,17	F=1,66
	Ж	11,6±3,3	12,2±3,2	9,8±2,7	p=0,000	p=0,683	p=0,193
Когнитивно- ориентированный стиль	М	10,1±2,2	11,4±2,6	10,7±2,1	F=3,57	F=0,00	F=2,20
	Ж	10,9±2,0	11,3±2,7	10,1±2,0	p=0,03	p=0,959	p=0,115
Поиск эмоциональной поддержки	М	9,6±2,8	9,8±2,5	10,5±2,7	F=1,46	F=6,37	F=5,47
	Ж	12,2±3,2	10,3±2,2	10,4±3,0	p=0,235	p=0,012	p=0,005
Позитивное переформулирование	М	11,7±2,6	12,7±2,7	12,2±2,8	F=0,35	F=0,02	F=3,16
	Ж	13,±2,3	11,5±3,5	11,9±3,1	p=0,705	p=0,880	p=0,044
Принятие	М	10,4±2,9	11,5±3,9	11,4±3,2	F=0,89	F=0,03	F=0,58
	Ж	11,1±2,7	11,2±2,7	11,3±3,5	p=0,411	p=0,859	p=0,574
Обращение к религии	М	7,7±2,9	10,0±2,6	9,9±4,1	F=12,41	F=0,31	F=0,84
	Ж	7,3±3,4	10,6±2,4	8,9±3,9	p=0,000	p=0,581	p=0,431
Юмор	М	9,5±3,6	12,6±2,8	10,7±3,6	F=0,00	F=7,95	F=3,28
	Ж	11,0±3,4	12,2±2,3	9,6±4,1	p=0,972	p=0,000	p=0,039
Эмоционально- ориентированный стиль	М	9,8±1,9	11,3±2,0	10,9±1,9	F=3,16	F=0,27	F=4,22
	Ж	10,9±2,0	11,1±2,2	10,4±2,1	p=0,044	p=0,601	p=0,016
Мысленный уход	М	8,3±2,6	12,5±3,7	8,7±2,8	F=24,22	F=2,61	F=1,93
	Ж	9,9±2,6	12,1±3,5	9,5±2,8	p=0,000	p=0,108	p=0,147
Концентрация на эмоциях	М	8,6±3,2	11,6±2,4	9,1±2,8	F=7,69	F=16,22	F=5,60
	Ж	11,8±2,8	11,6±2,9	10,4±2,6	p=0,000	p=0,000	p=0,004

Отрицание	М	8,8±2,8	10,9±2,3	8,5±2,9	F=13,99	F=0,51	F=0,04
	Ж	9,1±2,3	10,9±3,0	8,5±2,8	p=0,000	p=0,809	p=0,958
Поведенческий уход	М	7,3±2,2	11,1±2,9	7,4±2,8	F=31,88	F=0,17	F=0,22
	Ж	7,8±2,9	10,9±3,3	7,6±2,7	p=0,000	p=0,679	p=0,801
Использование успокоительных	М	5,2±2,1	9,8±2,1	4,4±1,1	F=127,5	F=0,19	F=0,59
	Ж	4,8±1,6	9,6±3,0	4,6±2,3	p=0,000	p=0,662	p=0,557
Дисфункциональный стиль	М	7,64±1,6	11,2±2,4	7,6±2,3	F=62,56	F=3,66	F=1,79
	Ж	8,7±1,5	11,0±2,6	8,1±1,4	p=0,000	p=0,057	p=0,169

Примечание. Пол: М — мужской; Ж — женский. Жирным шрифтом отмечены значимые различия.



Рис. 1. Значимые различия ($p=0,001$) в копинг-стратегиях в зависимости от группы (средние значения)

Обнаружены значимые различия между группами в трех копинг-стилях (табл. 2). Подростки с ДЦП имеют более высокие баллы по когнитивно-ориентированному ($p=0,03$), дисфункциональному ($p=0,000$), эмоционально-ориентированному стилям ($p=0,044$) в отличие от двух других групп.

Для уточнения полученных данных мы выделили доминирующий копинг-стиль на основе наивысших средних значений копинг-стратегий, входящих в тот или иной стиль, для каждого подростка и закодировали их: 1 — когнитивно-ориентированный, 2 — эмоционально-ориентированный, 3 — дисфункциональный. Подростки, которые набирали одинаковое количество баллов по двум стилям, были исключены из выборки. Среди них оказались двое здоровых, трое с ДЦП и шестеро с приобретенной инвалидностью. Одинаковое количество баллов сразу по трем стилям не встречалось. Использование критерия χ^2 позволило уточнить различия

между группами в копинг-стилях ($\chi^2=40,3$ при $p=0,000$). Более половины (57,1%) здоровых подростков и более трети (38,3%) подростков с ДЦП и с приобретенной инвалидностью (38,6%) при преодолении стрессов используют когнитивно-ориентированный стиль. Эмоционально-ориентированный стиль используется почти половиной (49,5%) подростков с приобретенной инвалидностью, 39,3% здоровых и 23,4% подростков с ДЦП. Дисфункциональный стиль редко используется здоровыми (3,6%) и подростками с приобретенной инвалидностью (11,9%), но достаточно часто подростками с ДЦП (38,3%). Соотношение выраженности копинг-стилей приведено на рис. 2.

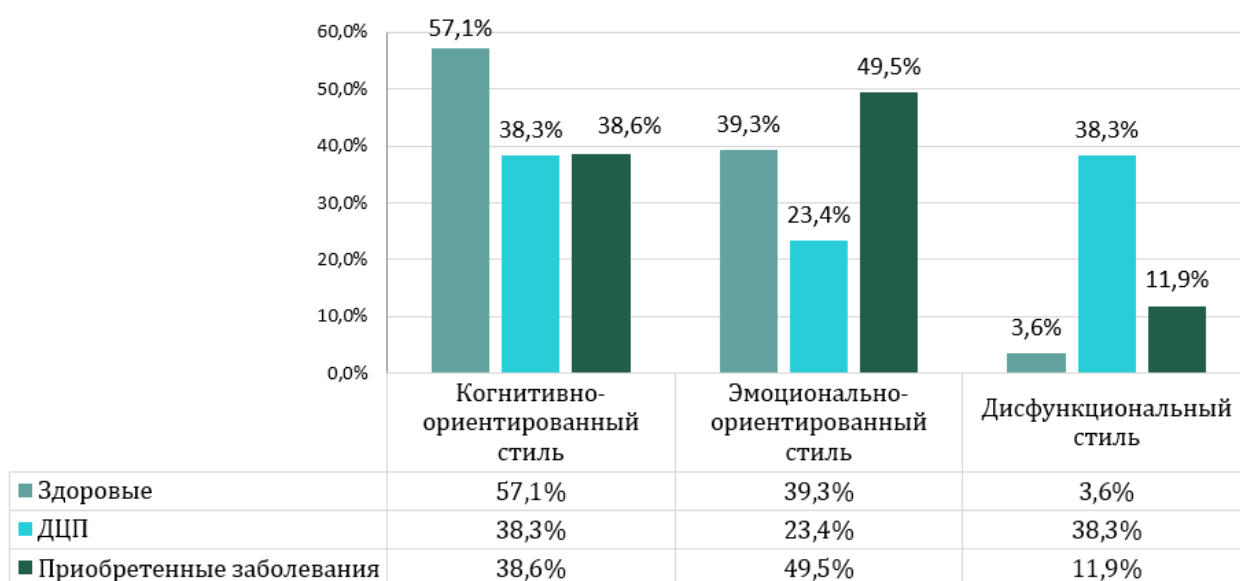


Рис. 2. Процентное соотношение выраженности копинг-стилей подростков в зависимости от группы: здоровые, с ДЦП и с приобретенной инвалидностью ($\chi^2=40,3$ при $p=0,000$)

Эффект пола независимо от группы был обнаружен для Поиска эмоциональной поддержки ($p=0,012$), Юмора ($p=0,000$) и Концентрации на эмоциях ($p=0,000$) (табл. 2., рис. 3). При интерпретации результатов совместного влияния двух факторов — группы и пола — было обнаружено следующее. К поиску эмоциональной поддержки в большей степени стремятся здоровые девочки и девочки с ДЦП в сравнении с мальчиками. В группе подростков с приобретенной инвалидностью средние значения практически одинаковы. Здоровые девочки имеют высокие значения по стратегии Позитивного переформулирования, в то время как для остальных двух групп подростков с инвалидностью результаты выше у мальчиков. Стратегия Юмора и эмоционально-ориентированный копинг-стиль в целом демонстрируют те же тенденции, но здесь обращают на себя внимание более высокие показатели у подростков с ДЦП обоих полов. Средние показатели здоровых девочек и девочек с приобретенной инвалидностью по Концентрации на эмоциях преобладают над показателями мальчиков, в то время как в группе ДЦП они одинаковы для обоих полов (табл. 2).

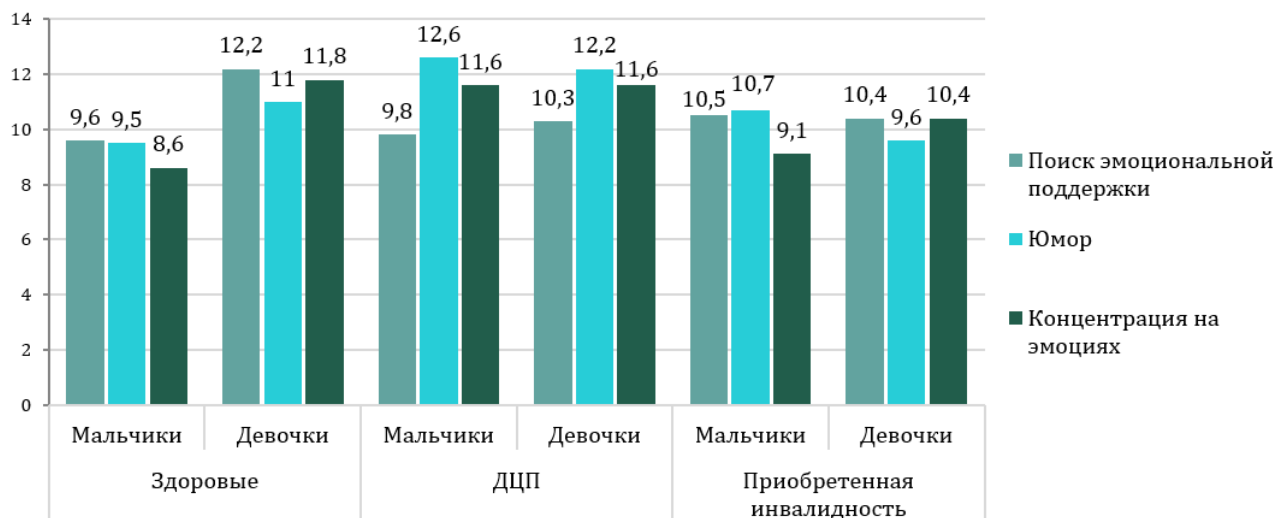


Рис. 3. Значимые различия в копинг-стратегиях в зависимости от пола (средние значения)

Обсуждение

Результаты, полученные при сравнении копинг-стратегий и копинг-стилей подростков с онкологией и ревматическими заболеваниями, позволили нам объединить данные группы в одну — подростки с приобретенной инвалидностью. Схожие данные мы получили ранее при исследовании жизнестойкости этих подростков [4], что наводит на еще один исследовательский вопрос: какую роль в выборе копинг-стратегий играет опыт здорового функционирования до приобретения инвалидности? Безусловно, для ответа на него требуется проведение лонгитюдных исследований, однако уже имеющиеся данные подтверждают, что предшествующий опыт в преодолении стрессов достаточно стабилен во времени [19; 25] и зависит от приобретенных навыков [25]. Объединяет данные группы еще и критерий слабой контролируемости этих заболеваний: недостаточная изученность причин и механизмов возникновения патологии, противоречивость информации о специфике протекания, непредсказуемость течения болезней и прогнозов, сложность и многоаспектность терапии [4]. В свою очередь стратегии преодоления у подростков с ДЦП с самого рождения формируются в условиях болезни и, как правило, в гиперопекающей [1; 6; 22] или дефицитарной медико-социальной среде [5], что накладывает отпечаток на навыки совладания.

Анализ копинг-стратегий, выстроенный с учетом трех групп (здоровых, с врожденной инвалидностью, приобретенной инвалидностью) показал следующее. Подростки с ДЦП выделяются на фоне других групп высокими показателями девяти копинг-стратегий: трех, ведущих в когнитивно-ориентированный стиль, одной — в эмоционально-ориентированный, и пяти стратегий, составляющих основу дисфункционального стиля. Возможно, использование широкого набора стратегий связано с большей уязвимостью людей с ДЦП к стрессам и с более сложным протеканием периода полового созревания [14], что, с одной стороны, требует

активизации всех видов стратегий, а с другой — затрудняет поиск наиболее полезных [27].

Религиозный копинг наиболее выражен у подростков двух клинических групп и выступает защитным фактором, смягчает воздействие стресса, помогает переосмыслить ситуацию в позитивном ключе [27].

Наше исследование показало, что большинство здоровых подростков используют когнитивно-ориентированный копинг-стиль, который считается ими наиболее эффективным при контролируемых стрессах. Половина подростков с приобретенными заболеваниями предпочитает эмоционально-ориентированный стиль, направленный на адаптацию к стрессовым ситуациям, которые воспринимаются ими как неконтролируемые. Это подтверждается исследованиями [9; 29], в которых показана доминирующая роль эмоционально-ориентированного стиля и подчеркивается его адаптивная полезность в условиях слабо контролируемых заболеваний.

Подростки с ДЦП используют все копинг-стили, которые выстраиваются в единую ресурсную систему, но значимо отличаются от двух других групп преобладанием дисфункционального стиля. Известно, что дисфункциональные стратегии препятствуют способности адекватно реагировать на стрессовые ситуации и затрудняют использование ресурсов. Но в сочетании со стратегиями, входящими в когнитивно-ориентированный стиль, позволяют подходить к стрессу с разных позиций и развивать разнообразные реакции на стресс в силу взаимозаменяемости стратегий, входящих в разные копинг-стили.

Мы выявили тенденции к различиям в копинг-стратегиях и копинг-стилях между мальчиками и девочками с ДЦП и обнаружили только одно различие в группе подростков с приобретенной инвалидностью: девочки данной группы чаще мальчиков концентрируются на эмоциях. Обнаруженные различия по полу в группе здоровых подростков (поиск эмоциональной поддержки, юмор, концентрация на эмоциях) согласуются с исследованиями, свидетельствующими о склонности женщин преодолевать стрессовые ситуации путем их эмоциональной переработки [23]. Возможно, причиной отсутствия значимых различий в копингах по полу в группе подростков с ДЦП связано с так называемыми половозрастными девиациями (смешение мужского и женского вариантов идентификации), что установлено в исследовании Е.Н. Дмитриевой и Т.Е. Левицкой [3].

Минимально выраженные половые различия у подростков с приобретенной инвалидностью можно объяснить влиянием болезни. В условиях неконтролируемого заболевания к эмоционально-ориентированному копинг-стилю прибегают как мальчики, так и девочки, что позволяет им адаптироваться к ситуации.

Заключение и выводы

Подростковый возраст является поворотным моментом в развитии копинг-стратегий для преодоления многочисленных стрессов. Важно учитывать, в каких условиях происходит это развитие: в условиях инвалидности или здоровья;

контролируемости или неконтролируемости заболевания; имеется ли опыт здорового функционирования; различается ли выбор копинг-стратегий и копинг-стилей у подростков разного пола. Результаты нашего исследования позволили сформулировать следующие выводы.

1. Подростки с приобретенной инвалидностью — онкологическими и ревматическими инвалидизирующими заболеваниями (слабо контролируемыми) — не различаются в частоте использования тех или иных копинг-стилей. Их репертуар стратегий схож со здоровыми сверстниками. Возможно, это связано с опытом здорового функционирования до инвалидности. Однако данный вывод нуждается в дальнейшей проверке. У подростков с ДЦП наблюдается широкий спектр копинг-стратегий, что говорит об их способности подходить к стрессам с разных сторон, но одновременно с этим затрудняет выбор оптимальных.

2. Объединяет подростков клинических групп и одновременно отличает от здоровых сверстников обращение к религии, что в условиях инвалидности становится важным ресурсом для преодоления стрессов.

3. Когнитивно-ориентированный копинг-стиль чаще используют здоровые подростки, которые уверены в своих возможностях влиять на стрессовую ситуацию. Подростки с приобретенными (слабо контролируемыми) заболеваниями предпочитают эмоционально-ориентированный стиль, направленный на адаптацию к стрессам. И в той и другой группе редко используется дисфункциональный копинг-стиль, что свидетельствует о достаточно успешном преодолении стрессов подростками. Доминирующими копинг-стилями у подростков с ДЦП являются когнитивно-ориентированный и дисфункциональный. При активности личности такое сочетание полезно, но при пассивном поведении — препятствует адекватному преодолению стрессов. Это вызывает беспокойство еще и потому, что данная группа подростков значительно чаще двух других использует дисфункциональный копинг-стиль.

4. Обнаружены разные тенденции в выраженности копинг-стратегий в клинических группах в зависимости от пола. К поиску эмоциональной поддержки в большей степени стремятся девочки с ДЦП по сравнению с мальчиками. У девочек с приобретенной инвалидностью преобладает концентрация на эмоциях, а у мальчиков этой группы — юмор. У здоровых девочек стратегии поиска эмоциональной поддержки, юмора, концентрации на эмоциях более выражены, чем у мальчиков.

Результаты, полученные в нашем исследовании, могут лечь в основу психолого-педагогического сопровождения подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью, направленного на развитие эффективных стратегий совладания со стрессами.

Ограничением данного исследования является небольшой состав групп, что не позволило проанализировать копинг-стратегии разновозрастных подростков. Нами были изучены копинг-стратегии подростков при преодолении ими

повседневных стрессоров, что очень важно, т.к. они являются ресурсом для эффективного совладания с болезнью [13]. Однако в последующих исследованиях стоит конкретизировать стрессовые ситуации с целью проанализировать стили преодоления у подростков в зависимости от конкретной ситуации. Мы не можем однозначно утверждать, что опыт здорового функционирования до приобретения инвалидности сказывается на выборе копинг-стратегий и стилей. Для этого требуются лонгитюдные исследования. Мы не учли продолжительность заболевания с момента постановки ребенку диагноза, что также может стать перспективой дальнейших исследований. Интерес для будущих исследований представляют и вопросы смешения мужских и женских вариантов копинг-стратегий в условиях инвалидности, а также использования комплекса диагностических методик, подтверждающих полученные нами результаты.

Тем не менее наше исследование имеет сильные стороны. Учитывая неоднородность копинг-стратегий, обозначенную в научной литературе, их конкретизация позволила обнаружить нюансы в преодолевающем поведении здоровых подростков и подростков с врожденной и приобретенной инвалидностью разного пола.

Литература

1. Бакаева И.А., Новохатько Е.Н., Шевырева Е.Г. Защитные механизмы и копинг-стратегии у детей с детским церебральным параличом и их родителей // Сибирский психологический журнал. 2019. № 71. С. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10
2. Горьковская И.А., Микляева А.В. Жизнестойкость и копинг-стратегии подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106
3. Дмитриева Е.Н., Левицкая Т.Е. Особенности восприятия собственного возраста детей и подростков, страдающих ДЦП // Сибирский психологический журнал. 2005. № 22. С. 66–70.
4. Одинцова М.А., Радчикова Н.П., Саркисян А.О. и др. Диспозиционные стили в авторских сказках подростков с онкологическими и ревматическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 2. С. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205
5. Ткаченко Е.С. Медико-социальный портрет семей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом // Казанский медицинский журнал. 2017. Том 98. № 6. С. 1040–1043. DOI: 10.17750/KMJ2017-1040
6. Al-Dababneh K.A., Al-Zboon E.K. Parents' attitudes towards their children with cerebral palsy // Early Child Development and Care. 2018. Vol. 188. № 6. P. 731–747. DOI: 10.1080/03004430.2016.1230737
7. Brouwer S.J., Kraaijmaat F.W., Sweep F.C. et al. Experimental stress in inflammatory rheumatic diseases: a review of psychophysiological stress responses // Arthritis Research & Therapy. 2010. Vol. 12 № 3. P. 2–24. № 12. DOI: 10.1186/ar3016

8. Carver C.S., Connor-Smith J. Personality and Coping // Annual Review of Psychology. 2010. Vol. 61. № 1. P. 679–704 DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352

9. Cho D., Park C.L., Blank T.O. Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors // Psychology & Health. 2013. Vol. 28. № 8. P. 874–894. DOI: 10.1080/08870446.2012.762979

10. Compas B.E., Jaser S.S., Dunn M.J. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence // Annual Review of Clinical Psychology. 2012. Vol. 8. № 1. P. 455–480. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108

11. Dababneh K.A. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives // International Journal of Adolescence and Youth. 2013. Vol. 18. № 2. P. 85–104. DOI: 10.1080/02673843.2012.655443

12. Finkelstein-Fox L., Park C.L. Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature // Health Psychology Review. 2019. Vol. 13. № 2. P. 137–162. DOI: 10.1080/17437199.2018.1560229

13. Hampel P., Rudolph H., Stachow R. et al. Coping among children and adolescents with chronic illness // Anxiety, Stress & Coping. 2005. Vol. 18. № 2. P. 145–155. DOI: 10.1080/10615800500134639

14. Heiver M., Rolander B., Olsson H. Cerebral palsy and personality traits, as measured by the NEO PI-R — A preliminary study // Current Psychology. 2016. Vol. 35. P. 643–649. DOI: 10.1007/s12144-015-9332-z

15. Kalka D., Karcz B. Personality, coping with stress and quality of life in individuals at risk of type 2 diabetes in late adolescence – mediation model testing // European Journal of Developmental Psychology. 2020. Vol. 17. № 2. P. 165–178. DOI: 10.1080/17405629.2018.1552585.

16. Livneh H., Lott S., Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach // Psychology, Health & Medicine. 2004. Vol. 9. № 4. P. 411–430. DOI: 10.1080/1354850042000267030

17. Maykrantz S.A., Houghton J.D. Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills // Journal of American College Health. 2020. Vol. 68. № 1. P. 89–96. DOI: 10.1080/07448481.2018.1515759

18. Papadopoulos K., Metsiou K., Agalotis I. Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments // Research in Developmental Disabilities. 2011. Vol. 32. № 3. P. 1086–1096. DOI: 10.1016 / j.ridd.2011.01.021

19. Roberts R.M., Shute R.H. A prospective study of coping and adjustment in adolescents with craniofacial conditions // Children's Health Care. 2012. Vol. 41. № 2. P. 111–128. DOI: 10.1080/02739615.2012.657031

20. Robinson K.E., Pearson M.M., Cannistraci C.J. et al. Functional neuroimaging of working memory in survivors of childhood brain tumors and healthy children: Associations

with coping and psychosocial outcomes // *Child Neuropsychology*. 2015. Vol. 21. № 6. P. 779–802. DOI: 10.1080/09297049.2014.924492

21. *Sanjari M., Heidari S., Shirazi F. et al.* Comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents // *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*. 2008. Vol. 31. № 4. P. 185–197. DOI: 10.1080/01460860802475176

22. *Sienko S.E.* An exploratory study investigating the multidimensional factors impacting the health and well-being of young adults with cerebral palsy // *Disability and Rehabilitation*. 2018. Vol. 40. № 6. P. 660–666. DOI: 10.1080/09638288.2016.1274340

23. *Sweeny K., Kwan V., Falkenstein A.* The role of gender in worry and efforts to cope during stressful waiting periods // *Sex Roles*. 2019. Vol. 81. P. 765–778. DOI: 10.1007/s11199-019-01023-1

24. *Vaughn-Coaxum R.A., Wang Y., Kiely J. et al.* Associations between trauma type, timing, and accumulation on current coping behaviors in adolescents: Results from a large, population-based sample // *Youth Adolescence*. 2018. Vol. 47. № 2. P. 842–858. DOI: 10.1007/s10964-017-0693-5

25. *Wadsworth M.E., Berger L.E.* Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms // *Youth Adolescence*. 2006. Vol. 35. № 1. P. 54–67. DOI: 10.1007/s10964-005-9022-5

26. *Wagner J., Chaney J., Hommel K. et al.* A Cognitive Diathesis-Stress Model of depressive symptoms in children and adolescents with juvenile rheumatic disease // *Children's Health Care*. 2007. Vol. 36. № 1. P. 45–62. DOI: 10.1080/02739610701316878

27. *Wright A.W., Yendork J.S., Kliwer W.* Patterns of spiritual connectedness during adolescence: Links to coping and adjustment in low-income urban youth // *Youth Adolescence*. 2018. Vol. 47. № 2. P. 2608–2624. DOI: 10.1007/s10964-018-0886-6

28. *Zhang X., Zhang M., Shan H. et al.* Short report: sleep quality and associations with health locus of control and coping styles in young people with ankylosing spondylitis // *Psychology, Health & Medicine*. 2020. Vol. 11. P. 1–8. DOI: 10.1080/13548506.2020.1807576

29. *Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A., Modecki K.L. et al.* The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment // *Cogent Psychology*. 2018. Vol. 5. № 1. P. 1–21. DOI: 10.1080/23311908.2018.1537908

Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis)

Maria A. Odintsova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru*

Marina G. Sorokova

*Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru*

The study aims to compare adolescents coping strategies and coping styles depending on their gender and health status. Sample was subdivided into 3 groups: 1) healthy, 2) adolescents with cerebral palsy (congenital disability), 3) adolescents with oncology and rheumatic diseases (acquired disability). The sample size is 244 adolescents from 13 to 18 years old. 86 healthy subjects (37 boys and 24 girls, $M=15.03+1.39$ y.o.), 61 with oncology of the brain and spinal cord (46 boys and 40 girls, $M=14.96+1.52$ y.o.), 46 with rheumatic diseases (17 boys and 29 girls, $M=14.70+1.50$ y.o.), and 51 with cerebral palsy (28 boys and 23 girls, $M=15.30+1.17$ y.o.). The R. Carver' COPE questionnaire, adapted by Ye.I. Rasskazova, T.O. Gordeyeva, Ye.N. Osin was used. It is found that adolescents with acquired disabilities use coping strategies similar to healthy peers, in contrast to adolescents with cerebral palsy, whose coping strategies are diverse. Adolescents in two clinical groups are more likely seeking support in religion than healthy ones, which reduces the stress impact by disability. Cognitively oriented coping styles is higher among healthy sample, emotionally oriented ones among adolescents with acquired disabilities, and dysfunctional ones among adolescents with cerebral palsy. Different trends in the intensity of coping strategies in clinical and healthy groups depending on gender are revealed.

Keywords: coping strategies, coping styles, adolescents, oncology, rheumatic diseases, disability, cerebral palsy.

For citation: Odintsova M.A., Sorokova M.G. Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis). *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 10, no. 2, pp. 95–123. DOI: 10.17759/cpse.2021100207

Introduction

Congenital and acquired disabilities create difficulties in adaptation of adolescents undergoing global physical and psychological changes related to a given age. In the case of acquired diseases, this is the difficulty of adaptation to the new role of a person with disabilities, in the case of congenital diseases — insufficient emotional and personal maturity, which hinders successful adaptation [10; 16]. This is superimposed on the stresses of interpersonal relationships, in educational, daily activities [12]. Coping strategies, which are most actively developing in this age period, help to cope with such a variety of stresses. The effectiveness of overcoming the disease depends on how successfully adolescents with disabilities cope with everyday stresses [13]. The coping problem has a long history and is widely described in the scientific literature (L.I. Antsyferova, S.K. Nartova-Bochaver, R. Lazarus, S. Folkman, C. Carver) in theoretical and empirical terms and different contexts. Research of coping strategies of groups of adolescents with moderate and severe disorders of motor functions; oncology; rheumatic diseases, in comparison with their healthy peers, demonstrate either no differences [20] or insignificant differences [28] and dependence of coping strategies on the severity of disorders [1].

Under the conditions of the disease, copings of acquired diseases have been studied: diabetes mellitus [15]; asthma, atypical dermatitis, oncology [13; 20; 21]; rheumatic diseases [7; 26], etc. In congenital — diseases of the optic tract [18]; craniofacial anomalies [19]; infantile cerebral palsy [1; 11]. It has been known that in congenital diseases, the strategies aimed at emotional support, control in the expression of negative emotions are chosen [18]; in acquired diseases – the strategies focused on emotional processing [9]; avoidance, acceptance of responsibility, self-control; distraction [13]; active problem solving [21]. Such a variety of coping strategies requires systematization. One of the ways is the disease control model, which includes the following:

- 1) primary control or active coping, aimed at changing the situation itself (problem solving, emotion regulation);
- 2) secondary control (positive thinking, cognitive processing, acceptance) aimed at changing the attitude towards the situation;
- 3) passive coping that does not require effort (avoidance, denial) [10; 12].

Another way of systematization is the dispositional coping model that includes different ways of coping with stress which in their turn are arranged into three coping styles: 1) problem solving style (instrumental support use, active coping, inhibition, suppression of competing actions, planning); 2) emotionally oriented style (positive rethinking, religious coping, humor, emotional support use, acceptance); 3) dysfunctional style (mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, use of psychoactive substances) [8].

The thing that combines these models is the ability to manage stress for successful adaptation. At the same time, the following is recognized: 1) in controlled situations, but with a high level of stress, coping skills increase [17]; in the uncontrolled — adolescents

can show flexibility following the change of the situation itself, which becomes a kind of "immunization" against other forms of stress [13]; 2) one way of stress coping cannot become the key to successful adaptation in conditions of disability [13]; 3) there are no "good" or "bad" coping strategies, the variety can be effective in case of active personality, aimed at distraction, release of emotional stress, and mobilization [12]; 4) experience in coping with stress is stable in time and depends on prior skills [19; 25]. As we can see, in coping strategies styles on adolescents with disabilities, on the one hand, there is an attempt to systematize them depending on the control over a stressful situation, on the other hand, the advantage of the diversity of the styles is recognized; at the same time both the situational variability of coping strategies and their relative constancy in time is proved. In addition, modern research, as a rule, focuses on one/two diseases leading to disability [9; 11; 15; 18], or the clinical samples are of mixed nature (e.g., adolescents with motor disorders of different origin are included in the group of musculoskeletal disorders) [2]. Sometimes the comparison groups are determined based on a chronic disease without considering its type [10; 12]; due to the small number of clinical groups, gender is not always considered [1; 2; 26]. Often, the coping strategies of adolescents in clinical groups are assessed based on their parents' ideas [11] and not on the opinions of the adolescents themselves.

These studies make a significant contribution to the general picture of coping behavior of adolescents, simultaneously contributing to the continuation of work in this direction to find both the general and specific in coping strategies and coping styles of healthy adolescents and the ones with different types of disabilities.

The goal of the study: to provide a comparative analysis of coping strategies and coping styles depending on the group and gender (healthy, adolescents with cerebral palsy (congenital disability), adolescents with oncology, and rheumatic diseases (acquired disability). We assumed that the adolescents with acquired disabilities used in their repertoire the coping strategies and coping styles similar to their healthy peers and will differ from the adolescents with congenital disease (cerebral palsy). Depending on the group (clinical, healthy), female and male adolescents will differ in the choice of certain coping strategies and coping styles.

Organization of Research

The study was conducted from 2016 to 2020 in Moscow; it was arranged individually in clinical groups, and classroom-based in healthy groups. The adolescents with oncology and rheumatic diseases were recruited from two hospitals with the permission of the attending physician to continue their studies at state treasury educational institution "Teaching Technologies" School". Of the adolescents with oncology who received radiation therapy, 70% underwent brain surgery, were accompanied by a family member. The adolescents with rheumatic diseases received combined antirheumatic and rehabilitation therapy and stayed in the hospital without their parents. The adolescents with cerebral palsy were recruited based on a resource school (a former boarding school for children with cerebral palsy) from small self-contained classrooms. They had an adapted educational program with code 6.1. with the obligatory inclusion of correctional and developmental courses. Parents of all the adolescents provided written consent for their children to participate in the study.

Sample. The study involved 270 adolescents from 12 to 18 years old. To balance the samples by gender and age, we removed the data of 5 girls of 12 and 13 years old from the group of adolescents with rheumatic diseases. The data of 21 adolescents were excluded from the healthy group (five 12-year-olds, thirteen 18-year-old boys, three reported on having a disease (asthma, allergies)). The final sample consisted of 244 adolescents. The groups were balanced by gender ($\chi^2=0,329$, $p=0,848$) and age (ANOVA, $F=1,703$, $p=0,167$). The data are presented in Table 1.

Table 1

Distribution of adolescents into groups taking into account gender and age

Group	N	Age	Gender			
			Male (n)	%	Female (n)	%
Healthy	86	14,96+1,52	46	53,5	40	46,5
Adolescents with congenital disability						
Cerebral palsy	51	15,3+1,17	28	54,9	23	45,1
Adolescents with acquired disability						
Oncology	61	15,03+1,39	37	60,7	24	39,3
Rheumatic disorder	46	14,65+1,45	17	37,0	29	63,0
Total in the group of adolescents with acquired disability						
	107	14,86+1,41	54	50,5	53	49,5
Total sample	244	14,99+1,41	128	52,5	116	47,5

Methodology. The adolescents were asked to answer how they behave and what they usually do when facing stressful situations. The COPE questionnaire (C. Carver, adapted by Ye.I. Rasskazova, T.O. Gordeeva, Ye.N. Osin) consisting of 15 coping strategies included in three coping styles (cognitively oriented, emotionally oriented, dysfunctional) was applied. The questionnaire is widely used in different countries. One of the recent studies in the USA demonstrated moderate internal consistency of COPE (Cronbach's $\alpha>0,60$) in a teenage sample [24].

In our case, checking the internal consistency of fifteen subscales with coping styles showed the following: such subscales as searching for instrumental support, active coping, restraint, suppression of competitive activity, and planning are in good agreement with the cognitively oriented style (Cronbach's $\alpha=0,898$); such subscales as mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, and sedatives use — with

dysfunctional ($\alpha=0,867$). An acceptable inconsistency of subscales was found out: searching for emotional support, positive reformulation, acceptance, recourse to religion, humor correlated with an emotionally oriented style ($\alpha=0,784$), which indicates the correspondence of our data with the author's intention.

Data processing. The following statistical processing methods were used in the study: Student's t-test for two independent samples: two-ways ANOVA for comparing adolescents depending on their group affiliation (healthy, with congenital disability (CP), acquired disability) and gender; χ^2 test for comparing groups of adolescents by qualitative characteristics.

Results

Previously, we compared the coping strategies of two groups of adolescents (with oncology and rheumatic diseases) using Student's t-test. Checking the normal distribution of each of the two groups according to the Kolmogorov–Smirnov criterion confirms the normal distribution for all copings ($p>0,05$), except for the “sedatives use” for both groups ($p=0,000$). The distribution of coping “behavioral care” for adolescents with rheumatic diseases is on the boarder of statistical significance ($p=0,047$). Statistical analysis confirmed that adolescents with oncology and rheumatic diseases in three coping styles do not differ in mean values, and for the last two — in variances: cognitively oriented ($t=-1,36$, $p=0,177$; $F=6,79$, $p=0,010$), emotionally oriented ($t=0,315$, $p=0,753$; $F=0,099$, $p=0,754$), dysfunctional ($t=-0,410$; $p=0,683$; $F=0,004$, $p=0,951$).

Further two-ways ANOVA was structured considering three groups: healthy, with congenital, and acquired disability and gender. The analysis results and descriptive statistics are presented in Table 2.

Significant differences, depending on the group, were found in the following coping strategies:

- 1) containment, suppression of competing activities, searching for instrumental support (cognitively oriented coping style);
- 2) recourse to religion (emotionally oriented coping style);
- 3) mental escape, concentration on emotions, denial, behavioral escape, sedatives use (dysfunctional coping style) (Fig. 1). No differences were found between the groups in active coping strategies, planning, searching for emotional support, acceptance, positive reformulation, and humor (Table 2).

Adolescents with cerebral palsy score significantly higher on all coping strategies in contrast to the other two groups. Healthy adolescents and adolescents with acquired disabilities prefer coping strategies included in the cognitively oriented and emotionally oriented styles and less often use strategies related to the dysfunctional style. At the same time, both clinical groups gain higher scores and do not differ in the recourse to religion strategy ($p=0,487$), which distinguishes them from their healthy peers ($p=0,000$).

Table 2

The intensity of coping strategies depending on group and gender

Coping strategies and coping styles	Average values±standard deviation				F-statistics and p-values		
	Gender	Group of adolescents			Group	Gender	Group* Gender
		Healthy M (n=46) F (n=40)	Cerebral palsy M (n=28) F (n=23)	Acquired disability M (n=54) F (n=53)			
Active coping	M	11,6±2,9	11,9±3,2	12,8±3,0	F=0,32	F=0,77	F=1,96
	F	12,3±2,7	11,6±3,3	11,8±2,9	p=0,574	p=0,465	p=0,143
Inhibition	M	9,7±2,6	11,6±2,8	10,0±2,2	F=9,01	F=0,09	F=0,49
	F	10,2±1,9	11,6±3,1	9,8±2,4	p=0,000	p=0,763	p=0,615
Suppression of competing activities	M	9,5±3,1	12,5±3,7	10,9±3,1	F=10,40	F=0,02	F=1,76
	F	10,5±3,4	12,6±3,4	10,1±3,1	p=0,000	p=0,878	p=0,175
Planning	M	9,1±2,4	8,7±2,3	9,2±2,3	F=2,15	F=0,01	F=1,96
	F	9,7±2,0	8,4±2,1	9,0±2,3	p=0,119	p=0,998	p=0,370
Searching for instrumental support	M	10,6±2,8	12,2±2,7	10,4±2,7	F=9,55	F=0,17	F=1,66
	F	11,6±3,3	12,2±3,2	9,8±2,7	p=0,000	p=0,683	p=0,193
Cognitively oriented style	M	10,1±2,2	11,4±2,6	10,7±2,1	F=3,57	F=0,00	F=2,20
	F	10,9±2,0	11,3±2,7	10,1±2,0	p=0,03	p=0,959	p=0,115
Searching for emotional support	M	9,6±2,8	9,8±2,5	10,5±2,7	F=1,46	F=6,37	F=5,47
	F	12,2±3,2	10,3±2,2	10,4±3,0	p=0,235	p=0,012	p=0,005
Positive reformulating	M	11,7±2,6	12,7±2,7	12,2±2,8	F=0,35	F=0,02	F=3,16
	F	13,±2,3	11,5±3,5	11,9±3,1	p=0,705	p=0,880	p=0,044
Acceptance	M	10,4±2,9	11,5±3,9	11,4±3,2	F=0,89	F=0,03	F=0,58
	F	11,1±2,7	11,2±2,7	11,3±3,5	p=0,411	p=0,859	p=0,574
Recourse to religion	M	7,7±2,9	10,0±2,6	9,9±4,1	F=12,41	F=0,31	F=0,84
	F	7,3±3,4	10,6±2,4	8,9±3,9	p=0,000	p=0,581	p=0,431
Humour	M	9,5±3,6	12,6±2,8	10,7±3,6	F=0,00	F=7,95	F=3,28
	F	11,0±3,4	12,2±2,3	9,6±4,1	p=0,972	p=0,000	p=0,039
Emotionally oriented style	M	9,8±1,9	11,3±2,0	10,9±1,9	F=3,16	F=0,27	F=4,22
	F	10,9±2,0	11,1±2,2	10,4±2,1	p=0,044	p=0,601	p=0,016
Mental escape	M	8,3±2,6	12,5±3,7	8,7±2,8	F=24,22	F=2,61	F=1,93
	F	9,9±2,6	12,1±3,5	9,5±2,8	p=0,000	p=0,108	p=0,147
Concentration on emotions	M	8,6±3,2	11,6±2,4	9,1±2,8	F=7,69	F=16,22	F=5,60
	F	11,8±2,8	11,6±2,9	10,4±2,6	p=0,000	p=0,000	p=0,004

Denial	M	8,8±2,8	10,9±2,3	8,5±2,9	F=13,99	F=0,51	F=0,04
	F	9,1±2,3	10,9±3,0	8,5±2,8	p=0,000	p=0,809	p=0,958
Behavioural escape	M	7,3±2,2	11,1±2,9	7,4±2,8	F=31,88	F=0,17	F=0,22
	F	7,8±2,9	10,9±3,3	7,6±2,7	p=0,000	p=0,679	p=0,801
Sedatives use	M	5,2±2,1	9,8±2,1	4,4±1,1	F=127,5	F=0,19	F=0,59
	F	4,8±1,6	9,6±3,0	4,6±2,3	p=0,000	p=0,662	p=0,557
Dysfunctional style	M	7,64±1,6	11,2±2,4	7,6±2,3	F=62,56	F=3,66	F=1,79
	F	8,7±1,5	11,0±2,6	8,1±1,4	p=0,000	p=0,057	p=0,169

Note. Gender: M — male; F — female. Significant values are in bold.

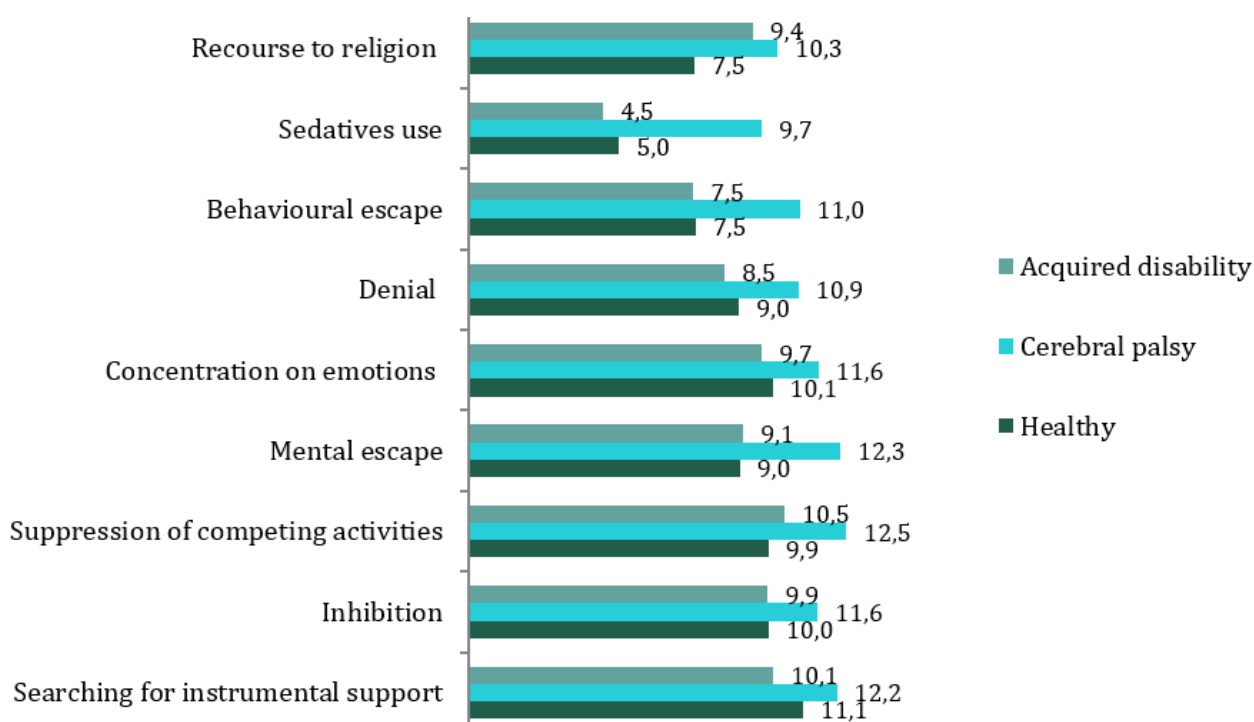


Fig. 1. Significant differences ($p=0,001$) in coping strategies depending on the group (average value)

Significant differences were found between the groups in the three coping styles (Table 1). Adolescents with cerebral palsy scored higher in cognitively oriented ($p=0,03$) and dysfunctional ($p=0,000$) styles, in contrast to two other groups. In terms of emotionally oriented style, the differences between the groups are at the level of tendencies ($p=0,044$). To clarify the obtained data on the coping styles, we identified the coping strategies dominating the highest average value, included in a particular style for each adolescent, and coded them: 1 — cognitively oriented, 2 — emotionally oriented, 3 — dysfunctional. Adolescents who scored the same score of the two styles were excluded from the sample. Among them, there were two healthy, three with cerebral palsy and six with acquired disabilities. The same number of scores for all three styles at once was not found. The use of χ^2 criterion helped to clarify the differences between the groups in coping styles

($\chi^2=40,3$, $p=0,000$). More than half (57,1%) of healthy, more than a third (38,3%) of adolescents with cerebral palsy and acquired disabilities (38,6%) use the cognitively oriented style to overcome stress. The emotionally oriented style is used by almost half (49,5%) of adolescents with acquired disabilities, 39,3% of healthy adolescents, and 23,4% of adolescents with cerebral palsy. The dysfunctional style is rarely used by healthy adolescents (3,6%) and adolescents with acquired disabilities (11,9%), but quite often by adolescents with cerebral palsy (38,3%) (See Fig. 2).

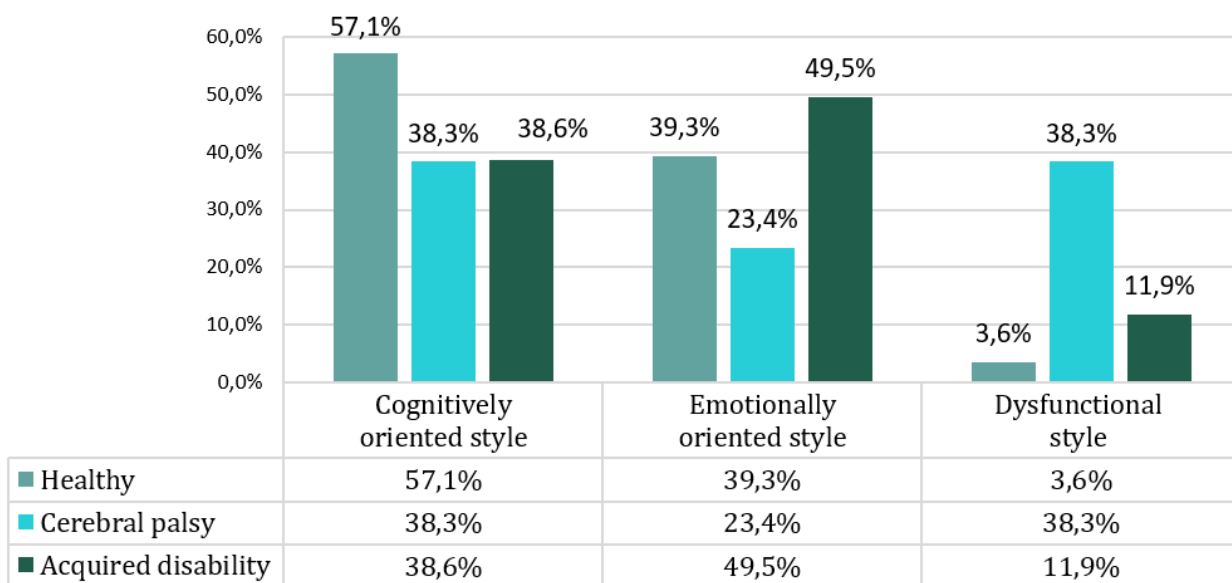


Fig. 2. Percentage relation of intensity of coping styles depending on the group (healthy, cerebral palsy, with acquired disability) ($\chi^2=40,3$ at $p=0,000$)

The gender effect, regardless the group, was found out for coping strategies: searching for emotional support ($p=0,012$), humor ($p=0,000$), concentration on emotions ($p=0,000$) (Table 2, Fig. 3).

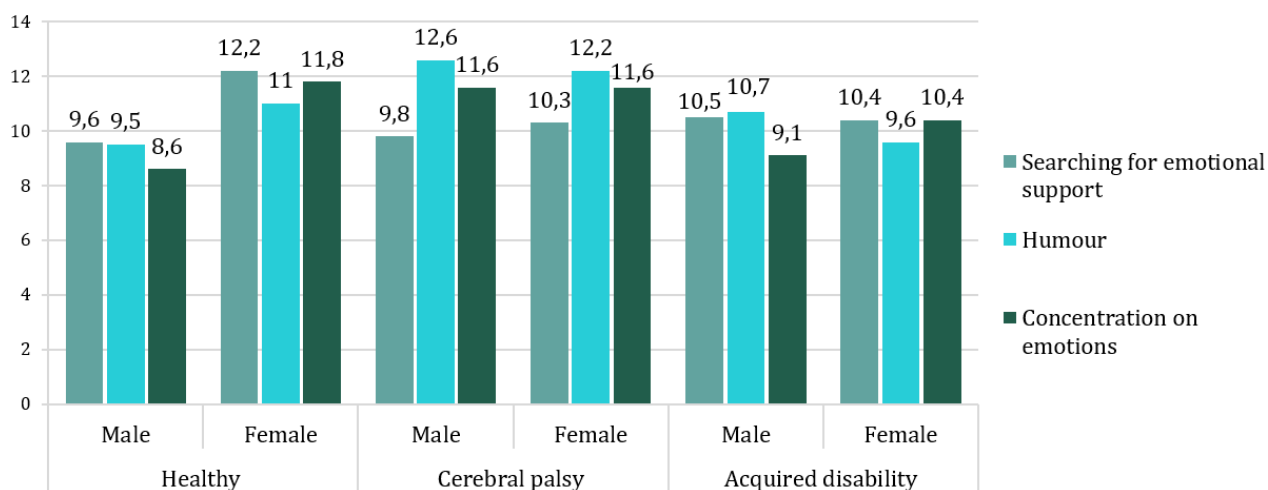


Fig. 3. Relevant differences in coping strategies depending on gender (average value)

When interpreting the results of the joint influence of two factors — group and gender, the following was found. Healthy girls and girls with cerebral palsy are more likely to searching for emotional support than boys. In the group of adolescents with acquired disabilities, the average is practically the same. For the "positive reformulation" strategy, higher results are also the characteristic of the healthy girls, while for the remaining two groups of adolescents with disabilities, the results are higher for boys. The "humor" strategy, and the emotionally oriented coping style in general, demonstrate the same tendencies, but here the higher indices in adolescents with cerebral palsy of both genders are noteworthy. The average indicators of healthy girls and the girls with acquired disabilities prevail over the indicators of boys based on the "concentration on emotions" strategy, while in the cerebral palsy group, they are the same for both genders (Table 2).

Discussion

Based on the results obtained when comparing coping strategies and coping styles of adolescents with oncology and rheumatic diseases, we combined these groups into one: adolescents with acquired disabilities. We obtained similar data earlier in the study of the resilience of these adolescents [4], which leads to another research question: what role does the experience of healthy functioning play in the choice of coping strategies before the acquisition of disability? Of course, longitudinal studies are required to answer this question, but the existing ones confirm that the previous experience of coping with stress is relatively stable over time [19; 25] and depends on the acquired skills [25]. These groups are also united by the criterion of poor controllability of these diseases: insufficient knowledge of the causes and mechanisms of the onset of pathology, inconsistency of information about the specificity of the course of diseases, unpredictability of the course of diseases and prognosis, the complexity and multidimensionality of therapy [4]. In comparison to this, coping strategies of adolescents with cerebral palsy from very birth are formed in the conditions of the disease, and, as a rule, in an overprotective [1; 6; 22] or deficient medical and social environment [5], that influence coping skills.

The analysis of coping strategies built considering the three groups (healthy, with congenital disabilities, acquired disabilities) showed the following. Adolescents with cerebral palsy stand out against the background of other groups with high indicators in nine coping strategies: three included into a cognitively oriented style, one — into an emotionally oriented style, and five making up the content of a dysfunctional style. Perhaps, the use of a wide range of strategies is associated with a greater vulnerability of people with cerebral palsy to stress, a more complicated course of puberty [14], that on the one hand requires the activation of all types of strategies, on the other hand, makes it challenging to find the most useful ones [27].

Religious coping is mainly pronounced in adolescents of two clinical groups and acts as a protective factor, mitigates the effects of stress, and helps to rethink the situation positively [27]. Our research has shown that most of healthy adolescents used the cognitively oriented coping style, which is considered to be most effective when stress can be controlled. Half of the adolescents with acquired medical conditions preferred an emotionally oriented style to adapt to stressful situations they considered uncontrollable. This is confirmed by studies [9; 29], which also show the dominant role of the emotionally

oriented style over the others and emphasize their adaptive usefulness in conditions of poorly controlled diseases. Adolescents with cerebral palsy use all coping styles built into a single resource system but differ significantly from two other groups where the dysfunctional style dominates. The dysfunctional strategies inhibit an adequate response to stressful situations and make it difficult to use resources. However, in combination with the strategies included in the cognitively oriented style, they allow to approach stress from different positions and develop comprehensive responses due to the interchangeability of strategies included in different coping styles.

We identified tendencies towards differences in coping strategies and coping styles between boys and girls with cerebral palsy and found out only one difference in the adolescents with acquired disabilities: girls in this group more often concentrate on emotions than boys. The differences by gender in healthy adolescents (searching for emotional support, humor, concentration on emotions) correlate to the studies that report the correspondence of these strategies to the traditional female role [23]. Perhaps, the reason for the absence of significant differences in coping by gender in the group of adolescents with cerebral palsy is associated with the so-called “age and gender deviations” (mixing of male and female identifications), which was established in the study by Ye.N. Dmitrieva and T.Ye. Levitskaya [3].

Minimally pronounced gender differences of adolescents with acquired disabilities can be explained by the influence of the disease. In conditions of uncontrolled disease, both boys and girls use an emotionally oriented coping style that helps them to adapt to the situation.

Conclusion

Adolescence is a turning point in the development of coping strategies for coping with multiple stresses. It is essential to consider in what conditions this development occurs: in conditions of disability or health; ability or disability to control the disease, whether there is any experience of healthy functioning, whether the choice of coping strategies and coping styles differs among adolescents of a different gender. Our research has shown the following results.

1. Adolescents with oncological and rheumatic disabling diseases (poorly controlled) do not differ in coping styles, which unites them into one group: adolescents with acquired disabilities. Their repertoire of strategies is similar to that of their healthy peers. This may be due to the experience of healthy functioning prior to the disability. However, this conclusion needs further verification. Adolescents with cerebral palsy have a wide range of coping strategies, which indicates the ability to approach stress from different angles but makes it difficult to choose the optimal ones.

2. Recourse to religion unites adolescents of clinical groups and at the same time distinguishes from healthy peers, which in conditions of disability becomes an essential resource for stress coping.

3. The cognitively oriented coping style is more often used by healthy adolescents who are confident in their ability to influence a stressful situation. Adolescents with

acquired (poorly controlled) disabilities prefer an emotionally oriented style aimed at adapting to stress. In both groups, dysfunctional coping style is rarely used, which testifies to relatively successful stress coping by adolescents. The dominant coping styles in adolescents with cerebral palsy are cognitively oriented and dysfunctional. In case of active personality, such a combination is useful, but it inhibits adequate coping with stress in case of passive personality. Such a situation is of concern because this group is significantly more likely to use the dysfunctional coping style than the two other groups.

4. There were different trends in the intensity of coping strategies in clinical groups depending on gender. Girls with cerebral palsy are more likely to search for emotional support than boys. Concentration on emotions prevails in girls with acquired disabilities, while humor — in boys of this group. Healthy girls have more pronounced strategies for searching for emotional support, humor, and concentration on emotions than boys.

The results obtained in our study can become the basis for psychological and pedagogical support of adolescents in conditions of congenital and acquired disabilities for the development of effective strategies of coping with stress.

The limitations of this study are: a small number of groups, which did not allow analyzing coping strategies of teenagers of different ages. We have studied coping strategies of adolescents in coping with everyday stress, which is very important because they are a resource for effective coping with the disease [13]. However, in subsequent studies, it is worth specifying stressful situations to analyze coping styles in adolescents, depending on the specific situation. We cannot argue that the experience of healthy functioning before acquiring a disability influences the choice of coping strategies and styles. This requires longitudinal research. We did not consider the duration of the disease from the moment the child was diagnosed, which may also be a perspective for further research. The issues of mixing male and female coping strategies in conditions of disability and the use of diagnostic methods that confirm our results are also of interest for future research. However, our study has its strengths. Considering the heterogeneity of coping strategies indicated in the scientific literature, concretization of them made it possible to discover nuances in the coping behavior of healthy adolescents and adolescents with congenital and acquired disabilities, adolescents of different genders.

References

1. Bakaeva I.A. Novokhat'ko E.N. Shevyreva E.G. Zashchitnye mekhanizmy i koping-strategii u detei s detskim tserebral'nym paralichom i ikh roditelei [Defense activities and coping strategies at children with cerebral palsy and their parents]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2019, no. 71, pp. 180–196. DOI: 10.17223/17267080/71/10 (In Russ., abstr. in Engl.).
2. Gor'kovaya I.A., Miklyaeva A.V. Zhiznestoikost' i koping-strategii podrostkov s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Hardiness and coping-strategies of adolescents with motor impairments]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019. Vol. 8, no. 1, pp. 90–102. DOI: 10.17759/psyclin.2019080106. (In Russ., abstr. in Engl.).

3. Dmitrieva E.N., Levitskaya T.E. Osobennosti vospriyatiya sobstvennogo vozrasta detei i podrostkov, stradayushchikh DTsP [Apperception of the own age children and teenager with ICP]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*, 2005, no. 22, pp. 66–70. (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Odintsova M.A., Radchikova N.P., Sarkisyan A.O. et al. Dispozitsionnye stili v avtorskikh skazkakh podrostkov s onkologicheskimi i revmaticheskimi zabolevaniyami [Dispositional Styles in Original Tales of Adolescents with Cancer and Rheumatic Diseases]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019. Vol. 8, no. 2, pp. 80–104. DOI: 10.17759/cpse.2019080205
5. Tkachenko E.S. Mediko-sotsial'nyi portret semei, vospityvayushchikh detei s detskim tserebral'nym paralichom [Medical and social portrait of families raising children with cerebral palsy]. *Kazanskii meditsinskii zhurnal=Kazan Medical Journal*, 2017. Vol. 98, no. 6, pp. 1040–1043. DOI: 10.17750/KMJ2017-1040
6. Al-Dababneh K.A., Al-Zboon E.K. Parents' attitudes towards their children with cerebral palsy. *Early Child Development and Care*, 2018. Vol. 188, no. 6, pp. 731–747. DOI: 10.1080/03004430.2016.1230737
7. Brouwer S.J., Kraaimaat F.W., Sweep F.C. et al. Experimental stress in inflammatory rheumatic diseases: a review of psychophysiological stress responses. *Arthritis Research & Therapy*, 2010. Vol. 12, no. 3. DOI: 10.1186/ar3016
8. Carver C.S. Connor-Smith J. Personality and Coping. *Annual Review of Psychology*, 2010. Vol. 61, no. 1, pp. 679–704 DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
9. Cho D., Park C.L., Blank T.O. Emotional approach coping: Gender differences on psychological adjustment in young to middle-aged cancer survivors. *Psychology & Health*, 2013. Vol. 28, no. 8, pp. 874–894. DOI: 10.1080/08870446.2012.762979
10. Compas B.E., Jaser S.S., Dunn M.J. et al. Coping with chronic illness in childhood and adolescence. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2012. Vol. 8. no. 1, pp. 455–480. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108
11. Dababneh K.A. The socio-emotional behavioural problems of children with cerebral palsy according to their parents' perspectives. *International Journal of Adolescence and Youth*, 2013. Vol. 18, no. 2, pp. 85–104. DOI: 10.1080/02673843.2012.655443
12. Finkelstein-Fox L., Park C.L. Control-coping goodness-of-fit and chronic illness: a systematic review of the literature. *Health Psychology Review*, 2019. Vol. 13. no. 2, pp. 137–162. DOI: 10.1080/17437199.2018.1560229
13. Hampel P., Rudolph H., Stachow R. et al. Coping among children and adolescents with chronic illness. *Anxiety, Stress & Coping*, 2005. Vol. 18, no. 2, pp. 145–155. DOI: 10.1080/10615800500134639
14. Heiver M., Rolander B., Olsson H. Cerebral palsy and personality traits, as measured by the NEO PI-R — A preliminary study. *Current Psychology*, 2016. Vol. 35, pp. 643–649. DOI: 10.1007/s12144-015-9332-z

15. Kalka D., Karcz B. Personality, coping with stress and quality of life in individuals at risk of type 2 diabetes in late adolescence – mediation model testing. *European Journal of Developmental Psychology*, 2020. Vol. 17, no. 2, pp. 165–178. DOI: 10.1080/17405629.2018.1552585.
16. Livneh H., Lott S., Antonak R. Patterns of psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A cluster analytic approach. *Psychology, Health & Medicine*, 2004. Vol. 9, no. 4, pp. 411–430. DOI: 10.1080/1354850042000267030
17. Maykrantz S.A., Houghton J.D. Self-leadership and stress among college students: Examining the moderating role of coping skills. *Journal of American College Health*, 2020. Vol. 68, no. 1, pp. 89–96. DOI: 10.1080/07448481.2018.1515759
18. Papadopoulos K., Metsiou K., Agalotis I. Adaptive behavior of children and adolescents with visual impairments. *Research in Developmental Disabilities*, 2011. Vol. 32, no. 3, pp. 1086–1096. DOI: 10.1016 / j.ridd.2011.01.021
19. Roberts R.M., Shute R.H. A Prospective study of coping and adjustment in adolescents with craniofacial conditions. *Children's Health Care*, 2012. Vol. 41, no. 2, pp. 111–128. DOI: 10.1080/02739615.2012.657031
20. Robinson K.E., Pearson M.M., Cannistraci C.J. et al. Functional neuroimaging of working memory in survivors of childhood brain tumors and healthy children: Associations with coping and psychosocial outcomes. *Child Neuropsychology*, 2015. Vol. 21, no. 6, pp. 779–802. DOI: 10.1080/09297049.2014.924492
21. Sanjari M., Heidari S., Shirazi F. et al. A comparison of coping strategies in Iranian adolescents with cancer and their parents. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 2008. Vol. 31, no. 4, pp. 185–197. DOI: 10.1080/01460860802475176
22. Sienko S.E. An exploratory study investigating the multidimensional factors impacting the health and well-being of young adults with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 2018. Vol. 40, no. 6, pp. 660–666. DOI: 10.1080/09638288.2016.1274340
23. Sweeny K., Kwan V., Falkenstein A. The role of gender in worry and efforts to cope during stressful waiting periods. *Sex Roles*, 2019. Vol. 81, pp. 765–778. DOI: 10.1007/s11199-019-01023-1
24. Vaughn-Coaxum R.A., Wang Y., Kiely J. et al. Associations between trauma type, timing, and accumulation on current coping behaviors in adolescents: Results from a large, population-based sample. *Youth Adolescence*, 2018. Vol. 47, no. 2, pp. 842–858. DOI: 10.1007/s10964-017-0693-5
25. Wadsworth M.E., Berger L.E. Adolescents coping with poverty-related family stress: Prospective predictors of coping and psychological symptoms. *Youth Adolescence*, 2006. Vol. 35, no. 1, pp. 54–67. DOI: 10.1007/s10964-005-9022-5
26. Wagner J., Chaney J., Hommel K. et al. A Cognitive Diathesis-Stress Model of depressive symptoms in children and adolescents with juvenile rheumatic disease. *Children's Health Care*, 2007. Vol. 36, no. 1, pp. 45–62. DOI: 10.1080/02739610701316878

Одинцова М.А., Сорокова М.Г. Копинг-стратегии и копинг-стили подростков при врожденной и приобретенной инвалидности (на примере ДЦП, онкологии, ревматических заболеваний)
Клиническая и специальная психология
2021. Том 10. № 2. С. 95–123.

Odintsova M.A., Sorokova M.G. Coping Strategies and Coping Styles of Adolescents with Congenital and Acquired Disabilities (Cerebral Palsy, Oncology or Rheumatic Diseases Diagnosis)
Clinical Psychology and Special Education
2021, vol. 10, no. 2, pp. 95–123.

27. Wright A.W., Yendork J.S., Kliewer W. Patterns of spiritual connectedness during adolescence: Links to coping and adjustment in low-income urban youth. *Youth Adolescence*, 2018. Vol. 47, no. 2, pp. 2608–2624. DOI: 10.1007/s10964-018-0886-6

28. Zhang X., Zhang M., Shan H. et al. Short report: Sleep quality and associations with health locus of control and coping styles in young people with ankylosing spondylitis. *Psychology, Health & Medicine*, 2020. Vol. 11, pp. 1–8. DOI: 10.1080/13548506.2020.1807576

29. Zimmer-Gembeck M.J., Skinner E.A., Modecki K.L. et al. The self-perception of flexible coping with stress: A new measure and relations with emotional adjustment. *Cogent Psychology*, 2018. Vol. 5, no. 1, pp. 1–21. DOI: 10.1080/23311908.2018.1537908.

Информация об авторах

Одинцова Мария Антоновна, кандидат психологических наук, заведующий кафедрой психологии и педагогики дистанционного обучения, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Сорокова Марина Геннадьевна, доктор педагогических наук, кандидат физико-математических наук, профессор кафедры прикладной математики факультета Информационных технологий, руководитель Научно-практического центра по комплексному сопровождению психологических исследований PsyDATA, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Information about the authors

Maria A. Odintsova, PhD in Psychology, Professor, Chair of Psychology and Education of Distance Learning, Head of the Chair of Psychology and Education of Distance Learning, Faculty of Distance Learning, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3106-4616>, e-mail: mari505@mail.ru

Marina G. Sorokova, Doctor of Education, PhD in Physics and Mathematics, Professor, Chair of Applied Mathematics, Faculty of Information Technology, Head of the Scientific and Practical Center PsyDATA for Comprehensive Support of Psychological Research, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-1000-6487>, e-mail: sorokovamg@mgppu.ru

Получена: 24.01.2021

Received: 24.01.2021

Принята в печать: 07.06.2021

Accepted: 07.06.2021