

А.А. Помилуйко

СТРЕССОНАПОЛНЯЕМОСТЬ ЖИЗНИ И КОГНИТИВНЫЕ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ СУБЪЕКТИВНО ЗНАЧИМЫХ СОБЫТИЙ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ НАПРЯЖЕНИЯ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: стресс, когнитивная репрезентация, стенокардия напряжения, инфаркт миокарда

Ситуации, предъявляющие к людям требования, которые превышают их обычный адаптивный потенциал, описываются в разных терминах: жизненные трудности, критические ситуации, негативные жизненные события, стрессовые жизненные события, травматические события, нежелательные события, жизненные кризисы, экономическая депривация, бедствия, катастрофы. Каждая из этих ситуаций таит в себе либо вызов, либо угрозу жизнедеятельности человека, а то и вызывает невосполнимые потери (1,2). Каждая из этих ситуаций ограничивает активность индивида, предъявляет ему требования, зачастую превышающие его способности, моральные и материальные ресурсы (3). Эти ситуации объединяет то, что они все выступают в качестве стрессоров, т.е. факторов вызывающих стресс, а их совокупность рассматривается как уровень стрессонаполняемости жизни (4).

Как известно, стрессоры играют существенную роль в возникновении и развитии заболеваний сердечно-сосудистой системы (5). В соответствии с трансактным подходом к изучению стресса и его когнитивным вариантом (3) пси-

хологический стресс развивается в том случае, когда требования, предъявляемые к человеку, становятся для него испытанием или превосходят его возможности приспособляться. При этом развитие стресса, как индивидуального психологического феномена, зависит не только от внешних условий, но также от конституционной уязвимости человека и от адекватности механизмов его когнитивной защиты. Особое значение для появления стресса имеет оценка человеком ситуации, в которой он находится, переживания разочарования, конфликта или угрозы. Именно такие переживания с преобладанием тревожных состояний в ответ на обыденные жизненные трудности сопутствуют заболеваниям сердечно-сосудистой системы (5).

Цель настоящей работы, являющейся фрагментом комплексного исследования проблемы стресса у больных стенокардией напряжения (СН) и перенесших инфаркт миокарда (ПИМ), заключалась в выявлении жизненно трудных ситуаций и «стрессонаполняемости» жизни у этих больных с учётом особенностей их когнитивных репрезентаций и гендерных особенностей.

Материалы и методы исследования

Обследовано 106 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (64 человека со стенокардией напряжения и 42 человека, перенесших инфаркт миокарда). Среди них 58 мужчин и 48 женщин. Возраст обследованных составил от 50 до 65 лет.

Основанием для разработки процедуры исследования и отбора психодиагностического инструментария явился трансактный подход к изучению стресса у больных СН и ПИМ. Использованный в настоящем исследовании методический комплекс был направлен на: а) выявление стрессогенных ситуаций; б) оценку ресурсов стрессоустойчивости пациента; в) определение

особенностей восприятия (субъективной репрезентации, когнитивной оценки) трудных жизненных ситуаций; г) оценку продуктивности преодолевающего поведения. Такой подход позволяет разработать конкретные направления профилактики и преодоления психологического стресса у контингента больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (6,7,8,9).

Показатель «стрессонаполняемости жизни» впервые был предложен американским социологом Т. Холмс и Р. Рейх (10). На основании опроса 2500 человек они создали шкалу для определения стрессонаполняемости жизненных периодов, в которой каждому важному событию

приписано определять количество баллов (стресс-единиц) в зависимости от его вредоносности.

В настоящем исследовании с целью изучения значимости различных социально-психологических причин эмоционального дискомфорта и психической напряженности была использована шкала «стрессонаполняемости» Л.В. Куликова (11,12). Шкала включает 30 потенциально стрессогенных социально-психологических факторов, личностная значимость которых оценивалась по 100-бальной системе. Наиболее высокое ранговое значение имел фактор «состояние здоровья кого-либо из членов семьи» (100 баллов), наименьшее значение – фактор «проблемы с подчиненными» (57 баллов). Шкала позволяет определить уровень стрессогенности каждого из 30 изучавшихся стрессогенных факторов, по суммарному количеству стресс-единиц установить уровень стрессонаполненности жизни у конкретного пациента и оценить степень «разрушительного» влияния «стрессонаполненности» определенного периода жизни (последние 6 месяцев) на душевное равновесие (психологическую устойчивость, морально-психологическое и физическое благополучие пациента).

Для оценки структурных особенностей (параметров) и типа субъективной репрезентации стрессовой ситуации использовалась шкала оценки трудности и неопределенности ситуации Н.Е.Водопьяновой (2009). Эта шкала построена на основе трансактной теории стресса, согласно которой стрессовое реагирование (стрессовая динамика) детерминируется первичной и вторичной оценкой ситуации. При первичной оценке решался вопрос о субъективном характере ситуации: в какой мере данная ситуация

определяет «потери», «угрозу потери» или уровень «вызова» (несправедливости)? При вторичной оценке - вопрос о внутренних (копинг) и внешних (социальная поддержка) ресурсах и возможностях снижения вероятности потерь, изменения ситуации или адаптации к ней. Первичная и вторичная оценки детерминируют эмоциональная реакция и копинг, которые в свою очередь оказывают влияние на динамику изменения последующих когнитивных оценок ситуации – субъективную репрезентацию.

Методика содержит три субшкалы первичной когнитивной оценки индивидуально-трудных ситуаций (ИТС), соответствующих основным типам стрессовых ситуаций («потеря», «угроза», «вызов»), пять субшкал вторичной оценки собственных ресурсов, относительно возможности преодоления сложившейся ситуации и шкалу внешней (социальной, в т.ч. семейной) поддержки. Испытуемым предлагалось по 7 бальной системе оценить по 9 субшкалам методики свое отношение к актуальной жизненной ситуации (совокупности жизненных обстоятельств), прямо или косвенно связанной с их заболеванием. При обработке результатов и их интерпретации подсчитывался общий (суммарный) показатель стрессогенности ситуации и отдельные показатели по каждой из 9 субшкал: «степень угрозы», «степень утраты (потери)», «степень вызова или несправедливости», «возможность контроля за ситуацией», «сложность понимания и управления ситуацией», «автономность, саморегулируемость ситуации», «повторяемость», «личный опыт разрешения», «внешняя поддержка».

Полученные данные обработаны методом математической статистики с использованием Т критерия Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Данные о частоте стрессогенных социально-психологических факторов у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда представлены в таб. №1 и №2.

У больных ПИМ в число наиболее значимых причин эмоционального дискомфорта (от 75 до 100 стресс-единиц) вошли (в порядке снижения значимости) такие факторы как: заботы о здоровье вообще, физический недуг, состояние здоровья кого-либо из членов семьи, финансовые проблемы, проблемы семьи, рост цен, беспокойство по поводу внутренних конфликтов, сексуальные проблемы, чувство одиночества, проблемы с родителями. Наиболее

значимой и чаще всего встречающейся причиной эмоционального дискомфорта (от 42,8 до 57,1% больных) являлась озабоченность собственным здоровьем и переживания, связанные с физическим нездоровьем и здоровьем кого-либо из членов семьи.

В гендерном аспекте спектр стрессогенных социально-психологических факторов у мужчин был в два раза ($p < 0,05$) большим, чем у женщин, у подавляющего большинства которых (90,0%) наиболее эмоционально значимым фактором явились проблемы с детьми. У мужчин наибольшие стрессогенные нагрузки имели такие факторы как проблемы со здоровьем и рост цен.

Причем, проблемы со здоровьем концентрировались вокруг последствий перенесенного ин-

фаркта миокарда, снижения функциональных возможностей и качества жизни больных.

Таблица 1

Стрессогенность социально-психологических факторов у больных стенокардией напряжения

№ п/п	Название стрессора	Всего (N=64)	Мужчин (N=26)	Женщин (N=38)
1	Заботы о здоровье вообще	34(53,1)	9(34,6)	24(63,1)
2	Состояние здоровья кого-либо из членов семьи	33(51,6)	15(57,7)	18(47,4)
3	Финансовая надежность	28(43,7)	12(46,1)	16(42,1)
4	Физический недуг	28(43,7)	12(46,1)	16(42,1)
5	Отсутствие достаточного отдыха	28(43,7)	10(38,5)	18(47,4)
6	Рост цен	24(37,5)	10(38,5)	14(36,8)
7	Обилие дел	23(35,9)	5(19,2)	18(47,4)
8	Проблемы с детьми	17(26,6)	7(26,9)	10(26,3)
9	Недостаток активности, энергии	15(23,4)	5(19,2)	10(26,3)
10	Беспокойство по поводу обстановки в стране	13(20,3)	7(26,9)	6(15,8)
11	Беспокойство по поводу внутренних конфликтов	10(15,6)	–	10(15,6)
12	Чувство одиночества	10(15,6)	–	10(15,6)
13	Внешний вид	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
14	Раздумья о смысле жизни	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
15	Сожаления по поводу прошлых решений	9(14,1)	3(11,5)	6(15,8)
16	Дефицит времени для семьи	8(12,5)	–	8(21,1)
17	Проблемы с родителями	8(12,5)	4(15,4)	4(10,5)
18	Сексуальные проблемы	7(10,9)	3(11,5)	4(10,5)
19	Перегруженность семейными обязанностями	6(9,4)	–	6(15,8)
20	Столкновение с начальством	6(9,4)	–	6(15,8)
21	Трудности с покупками	6(9,4)	–	6(15,8)
22	Беспокойство о надежности рабочего места	5(7,8)	3(11,5)	2(5,3)
23	Неприятные соседи	4(6,2)	3(11,5)	1(2,6)
24	Проблемы с подчиненными	3(4,7)	3(11,5)	–
25	Проблемы с транспортом	3(4,7)	3(11,5)	–
26	Трудности с возможностью выразить себя	3(4,7)	3(11,5)	–
27	Осуждение и дискриминация со стороны других	2(3,2)	–	2(5,3)
28	Проблемы с партнером (партнершей)	2(3,1)	–	2(5,3)
29	Проблемы в общении с коллегами по работе	2(3,1)	–	2(5,3)
30	Неудовлетворенность своей работой	–	–	–

У больных СН среди более значимых стрессогенных факторов преобладала забота о здоровье вообще, состояние здоровья кого-либо из членов семьи, финансовые проблемы, физический недуг, отсутствие достаточного отдыха, рост цен, обилие дел, проблемы с детьми, недостаток активности, беспокойство по поводу обстановки в стране. Женщины со СН наиболее серьезную озабоченность связывали с неудовлетворенностью состоянием их здоровья, обилием дел и отсутствием достаточного отдыха. В то же время мужчины чаще всего были обеспокоены плохим состоянием здоровья, своей финансовой ненадежностью и ростом цен на предметы первой необходимости.

Анализ общего количества воспринимаемых внешних стресс-факторов показал их преобладание и значительный разброс (29 из 30 изучавшихся) у больных со СН. У больных ПИМ выявлено только 19 таких факторов. Однако для

этой группы больных характерна значительно большая частота наиболее значимых стресс-факторов (21,4%), по сравнению с 14,0% у больных СН. Из этого можно сделать вывод о большей вредоносности базовых стресс-факторов, затрагивающих наиболее значимые ценности личности, у больных перенесших инфаркт миокарда.

Такой вывод нашел подтверждение при изучении количественных показателей уровня «стрессонаполненности» жизни (когнитивных репрезентаций субъективно значимых событий). У больных ПИМ (как у мужчин, так и у женщин) выявлен достоверно более высокий уровень «стрессонаполненности», чем у больных СН (Табл. 3).

Проведенный нами анализ субъективных репрезентаций ИТС в исследованных группах больных позволил выделить основные содержательные характеристики различных уровней «стрессонаполненности» жизни.

Стрессогенность социально-психологических факторов у больных, перенесших инфаркт миокарда

№ п/п	Название стрессора	Всего (N=64)	Мужчин (N=26)	Женщин (N=38)
1	Заботы о здоровье вообще	24(57,1)	18(56,2)	6(60,0)
2	Физический недуг	24(57,1)	21(65,6)	3(30,0)
3	Состояние здоровья кого-либо из членов семьи	18(42,8)	15(46,9)	3(30,0)
4	Финансовая надежность	15(35,7)	12(37,5)	3(31,0)
5	Проблемы с детьми	15(35,7)	6(18,7)	9(90,0)
6	Рост цен	15(35,7)	15(46,9)	–
7	Беспокойство по поводу внутренних конфликтов	9(21,4)	9(28,1)	–
8	Сексуальные проблемы	9(21,4)	6(18,7)	3(30,0)
9	Чувство одиночества	9(21,4)	3(9,4)	6(60,0)
10	Проблемы с родителями	9(21,4)	9(28,14)	–
11	Обилие дел	6(14,3)	6(18,7)	–
12	Отсутствие достаточного отдыха	6(14,3)	6(18,7)	–
13	Недостаток активности, энергии	6(14,3)	3(9,4)	3(30,0)
14	Трудности с покупками	6(14,3)	6(18,7)	–
15	Беспокойство по поводу обстановки в стране	6(14,3)	6(18,7)	–
16	Раздумья о смысле жизни	3(7,1)	3(9,4)	–
17	Проблемы с партнером (партнершей)	3(7,1)	–	3(30,0)
18	Неудовлетворенность своей работой	3(7,1)	3(9,4)	–
19	Сожаления по поводу прошлых решений	3(7,1)	3(9,4)	–
20	Трудности с возможностью выразить себя	–	–	–
21	Внешний вид	–	–	–
22	Проблемы в общении с коллегами по работе	–	–	–
23	Дефицит времени для семьи	–	–	–
24	Перегруженность семейными обязанностями	–	–	–
25	Проблемы с транспортом	–	–	–
26	Беспокойство о надежности рабочего места	–	–	–
27	Осуждение и дискриминация со стороны других	–	–	–
28	Столкновение с начальством	–	–	–
29	Неприятные соседи	–	–	–
30	Проблемы с подчиненными	–	–	–

Таблица 3

Уровни «стрессонаполненности» жизни у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Уровень «стрессонаполненности» жизни	СН (N=64)			ПИМ (N=42)		
	Всего	Муж.	Жен.	Всего	Муж.	Жен.
Низкий (57-430 стресс-единиц)	40(62,5%)	17(65,4%)	23(60,0%)	12(28,3%)	9(28,3%)	3(30,0%)
Высокий (431-860 стресс-единиц)	18(27,2%)	6(23,0%)	12(32,1%)	26(61,9%)	29(62,4%)	6(60,0%)
Чрезмерный (более 860 стресс-единиц)	6(9,3%)	3(21,6%)	3(7,9%)	4(9,6%)	3(9,3%)	1(10,0%)

1. Низкий уровень «стрессонаполненности» характеризовался относительно небольшой насыщенностью жизни разрушительными стрессами, однако условия и обстоятельства социальной жизни таких больных не могли считаться достаточно комфортными. Трудные жизненные ситуации встречались у них нередко, но ограни-

чивались несколькими от 3-х до 5) стрессогенными сферами. Правильно их было идентифицировать как стрессогенные, не сопровождающиеся мобилизацией адаптационных ресурсов пациентов, но заключающие в себе потенциальный риск стресс-реагирования пациента. Структурные и содержательные элементы стрессоген-

ной ситуации представлены преимущественно имплицитными детерминантами стрессового реагирования, направленными на мобилизацию его адаптационных возможностей. Информационная стрессогенность ситуации обусловлена количеством и качеством доступной информации, позволяющей адекватно оценить возникшую проблему и найти пути ее рационального решения. Эмоциональная составляющая стрессогенной ситуации связана с ее неопределенностью и преимущественно негативным контекстом оценки последствий болезни для дальнейшей жизнедеятельности больного.

2. Высокий уровень «стрессонаполненности» характеризуется относительно высокой психической напряженностью и насыщенностью жизни сильными и частыми стрессами, событиями, которые еще не преодолены и не рассматриваются больными в качестве конструктивного жизненного опыта, трудными семейными ситуациями, переживаниями, связанными с болезнью, отсутствием средств для полноценного лечения, неустроенностью личной жизни. Их жизненную ситуацию и обстоятельства жизни можно было рассматривать с позиции хронического эмоционального стресса.

Стрессогенная ситуация при этом превращается в стрессовую. Она соотносится с экзистенциальными переживаниями, затрагивающими ценностные и смыслообразующие атрибуты жизненного пространства личности. Как неординарная социально-психологическая ситуация она предъявляет объективно повышенные требования к адаптационным возможностям и детерминирует изменения психического состояния

человека. Многочисленные жизненные события, формирующие такую ситуацию, оцениваются больным как представляющие угрозу потери здоровья, материальных и информационных ресурсов, социального статуса, уважения, контроля над ситуацией. Стрессовые симптомы выявляются во всех сферах психики. В эмоциональной сфере – чувство тревоги; переживание значимости ситуации; в когнитивной – оценка ситуации как неопределенной, опасной, представляющей угрозу; в мотивационной – мобилизация сил или, напротив, капитуляция, с уходом от решения собственных проблем; в поведенческой сфере – изменением активности и привычных темпов деятельности.

3. Чрезмерный уровень «стрессонаполненности» характеризует очень высокую психическую напряженность, наличие большого количества «разрушающих» стресс-событий. Эти события отличаются субъективной значимостью, неподконтрольностью, хронической стрессогенностью, а также недостаточным соответствием собственных ресурсов пациента требованиям ситуации и мобилизации адаптационных ресурсов у субъекта ситуации. В таких случаях у больных со СН возрастает вероятность инфаркта миокарда.

Для более углубленного изучения структурных (типологических) особенностей стрессовых ситуаций и уровня их стрессогенности нами проведен анализ данных, полученных при использовании шкалы оценки трудности и неопределенности ситуации Н.Е. Водопьяновой. В таблице 4 приведены параметры субъективной актуальной жизненной ситуации у больных СН и ПИМ.

Таблица 4

Параметры субъективной репрезентации актуальной жизненной ситуации у больных стенокардией напряжения и перенесших инфаркт миокарда

Субшкалы	Параметры		P
	СН (N=64 чел.)	ПИМ (N=42 чел.)	
Степень угрозы	4,1±0,36	6,5±0,19	<0,05
Степень утраты	3,3±0,18	5,9±0,27	<0,05
Степень вызова(несправедливости)	3,6±0,32	6,0±0,24	<0,05
Контроль за ситуацией	4,3±0,18	5,7±0,32	>0,05
Управление ситуацией	4,7±0,29	4,9±0,31	>0,05
Автономность	3,2±0,17	3,9±0,13	>0,05
Повторяемость	2,8±0,14	5,8±0,24	<0,05
Личный опыт разрешения	3,7±0,24	6,2±0,19	<0,05
Возможность поддержки	2,8±0,16	6,4±0,41	<0,05
Общий показатель стрессогенности	3,6±0,37	5,8±0,34	<0,05

У больных СН типы стрессовой ситуации (угрозы, утраты, вызова) характеризовались умеренно выраженными показателями стрессоген-

ности. Параметры других субшкал свидетельствовали об относительной сохранности способности контролировать ситуацию, управлять ею

с использованием личного опыта совладания, а также, о возможности саморегуляции ситуации и внешней поддержки со стороны близких (при максимально возможной оценке в 7 баллов, показатели находились в диапазоне 2,8-4,7 баллов).

Больные, перенесшие инфаркт миокарда, при первичной оценке стрессогенности актуальной жизненной ситуации характеризовались достоверно ($P < 0,05$) более высокими параметрами степени угрозы («ситуация грозит мне большими потерями»), утраты («ситуация сопряжена со значительным ухудшением жизнедеятельности») и вызова («в текущей моей жизни много несправедливости»). При вторичной оценке у них выявлено существенное снижение способности контроля («я не имею возможности контролировать эту ситуацию») и управления ситуацией («мне абсолютно не ясно, каким образом можно разрешить ситуацию»), субъективных личностных ресурсов («я исчерпал свои ресурсы») и возможности поддержки извне («мне не приходится рассчитывать на поддержку окружающих»). Эти данные нашли отражение и в общем показателе стрессогенности ситуации, который достоверно на уровне $P < 0,05$ более высокий у больных ПИМ.

Таким образом, и при первичной, и при вторичной когнитивной оценке актуальная жизненная ситуация и субъективные репрезентации отдельных стресс-факторов у больных, перенесших инфаркт миокарда, характеризуются высокими показателями стрессогенности и низким уровнем внутренних и внешних ресурсов, направленных на преодоление стресса или адаптацию к нему. Стрессовая ситуация воспринимается больными как тяготящая или затрудняющая жизнедеятельность, негативно влияющая на качество жизни и душевный комфорт. Симптомы стрессового реагирования проявляются в когнитивной, ценностно – мотивационной и эмоциональной сферах. Они отражают количество воспринимаемых внешних стресс-факторов (особенно затрагивающих ценностные отношения пациентов), сте-

пень адекватности когнитивной оценки, их «разрушающей силы» («вредоносности»), а также динамику изменений значимости и ценности эффективного взаимодействия с трудными ситуациями в повседневной жизни.

Актуальная жизненная ситуация, насыщенная стрессогенными социально – психологическими факторами, представляет у больных СН и ПИМ сложный многоуровневый и многокомпонентный феномен. Она содержит (особенно у больных ПИМ) объективно повышенные требования к ресурсам человека, детерминирует изменения психического состояния больных в основном в направлении хронической тревоги и беспокойства. Структура и содержательные параметры стрессовой ситуации обуславливают повышение психической напряженности и мобилизацию адаптационных ресурсов у большинства субъектов ситуации.

Таким образом, в контексте ситуационного подхода, применительно к проблемам стресса, больных СН и ПИМ следует рассматривать не как пассивных «жертв» воздействия внешних стресс-факторов, а как активных субъектов взаимодействия со структурными элементами ситуации (сегментом социальной жизни), посредством эмоциональных переживаний, интерпретаций и когнитивного переосмысления различных видов преодолевающего поведения. Эта ситуация обладает определенной (в т.ч. высокой) стрессогенностью (потенциальным риском нарушения гомеостаза организма) в зависимости от её восприятия и когнитивной оценки. Качество взаимодействия больных со структурными элементами стрессовой ситуации существенно отличается от взаимодействия в обычных или привычных условиях жизнедеятельности. Неадекватные формы этого взаимодействия на эмоционально-когнитивном и поведенческом уровнях определяют потенциальный риск и глубину нарушений гомеостаза организма, и детерминирует дезадаптивные формы психологической защиты и преодолевающего поведения.

А.А. Помілуйко

СТРЕСОНАПОВНЕНІСТЬ ЖИТТЯ І КОГНІТИВНІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ СУБ'ЄКТИВНО ЗНАЧУЩИХ У ХВОРИХ НА СТЕНОКАРДІЮ НАПРУГИ ТА ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІНФАРКТ МІОКАРДУ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У роботі наведені результати дослідження хворих на стенокардію напруги та які перенесли інфаркт міокарду. Вивчалися стресонаповненість життя та когнітивні репрезентації суб'єктивно значущих життєвих обставин. У хворих на інфаркт міокарду встановлений найбільш високий рівень стресогенності актуальної життєвої ситуації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 2 (29). — С. 89-95).

STRESSFULNESS OF LIFE, AND COGNITIVE REPRESENTATION OF SUBJECTIVELY SIGNIFICANT EVENTS IN PATIENTS WITH ANGINA PECTORIS AND MYOCARDIAL INFARCTION

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The results of the study of patients with angina pectoris and after myocardial infarction. Studied stressor-povnenist life and circumstances. In patients with myocardial infarction set the highest level stressorenosti current life situation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 2 (29). — P. 89-95).

Литература

1. Mc Crae R.R. Situational determinants of coping responses: Loss, threat and Challenge. /R.R. Mc Crae. //J. of Personality and Social Psychology. 1984., Vol.46, №4.-P.919-928.
2. Анцыферова Л.И. Личность в трудных жизненных условиях: переосмысление, преобразование ситуаций и психологическая защита. /Л.И.Анцыферова.// Психологический журнал.-1994.-№1.-с.3-18.
3. Losarus R.S. Stress, appraisal and coping. /R.S. Losarus, S.Folkman. New York: Springer Publishing Company,1984.-268p.
4. Водопьянова Н.Е. Психодиагностика стресса. / Н.Е.Водопьянова. Питер., М., 2009.-329с.
5. Ениколопов С.Н. Тревожные состояния у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями/С.Н. Екополов// Атмосфера.Кардиология: журнал для практикующих врачей.-2006.-№2.-С.20-24.
6. Ананьев В.А. Психологическая адаптация и компенсация при заболеваниях внутренних органов: Автореф.дис.д-ра психол.наук/СПб.н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева.-Л.,1998.-46с.
7. Ашбель С.Н. Роль профессиональных психологических напряжений в реализации психосоматических заболеваний и мероприятия по профилактике этих заболеваний./ С.Н.Ашбель.-М.:1998.-1987.-19с.Деп.во ВНИИМИ МЗ СССР № 12616-87.
8. Виденяпина О.Ю.Некоторые аспекты психосоматических соотношений у больных сердечно-сосудистой патологией. Диссертация канд.мед.наук /О.Ю.Виденяпина.-М.,2001.-160с.
9. Мазур В.В. Клинико – психологические соотношения при гипертонической болезни и их связь с особенностями суточного профиля артериального давления. Автореферат диссертации канд.мед.наук /В.В. Мазур.-Тверь,1988.-18с.
10. Холмс Т.Х. Сравнительная шкала (по данным социологического опроса). /Т.Х.Холмс, Р.Х.Райх// Сборник психосоматических исследований. М., 1967,№11.-С.213-218.
11. Куликов Л.В. психологическая устойчивость личности (глава 5). /Л.В.Куликов.//Психология здоровья: Учебник для вузов. Под редакцией Г.С.Никифорова.-СПб.:Питер,2003.-с.104-126.
12. Куликов Л.В. Стресс и стрессоустойчивость личности./ Л.В.Куликов.//Теоретические и прикладные вопросы психологии. СПб., 1995.-С.123-132.

Поступила в редакцию 31.06.2012