

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 невозполнимые 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) детерминирована 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 эмоциональную реакцию 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'єктивних 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 stressorennosti 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 психо-эмоциональных 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