

Психологические особенности личности больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями

Тулбаева А.Б., Курбанов Р.К.

Карагандинский государственный университет им. Е.А.Букетова

Мақалада медициналық психология тарауларының бірі болып табылатын психосоматиканың өзекті мәселелері теориялық әдебиеттерді талдау негізінде қарастырылады. Осы зерттеу барысында жүрек-тамыр ауруларымен ауыратындардың психологиялық ерекшеліктері мен аурудың өту барысы арасындағы байланыс анықталды. Зерттеу нәтижелерін талдау сырқаттардың эмоционалдық-тұлғалық аясындағы жағымсыз өзгерістерді азайтуда ауруға деген адекватты қатынасты қалыптастыруға бағытталған психокоррекциялық жұмыстың мақсатқа сай келетіні туралы қорытынды жасауға мүмкіндік береді. Жүрек-тамыр ауруларының мазасыздану деңгейінің жоғарылығын және соматикалық түйсіктерге бейімділігін ескере отырып, топтық психотерапия мен аутогендік жағтығу тәсілдерін игеру ұсынылады.

In the article based on the analysis of theoretical sources of actual problems of psychosomatics as a subject of medical psychology. In the course of this study revealed a close relationship between the psychological characteristics of patients suffering from cardiovascular diseases and the course of the disease. The conclusions from the study suggest that in order to reduce the negative changes in the emotional-personal sphere of patients suitable psycho-corrective work to the formation of an adequate attitude to the disease. Given the heightened anxiety of cardiovascular patients and the fixation on physical sensations, recommended training and development of group psychotherapy techniques autogenic training.

Болезни сердечно-сосудистой системы занимают ведущее место в структуре общей заболеваемости и инвалидности населения. К наиболее распространенным из них относятся ишемическая болезнь сердца (ИБС), гипертоническая болезнь и церебральный атеросклероз.

По статистическим данным ишемической болезнью сердца страдают около 12 % всех мужчин в возрасте 45–59 лет. В последние годы отмечается тенденция к повышению заболеваемости ИБС среди лиц молодого возраста.

Многими исследователями установлено, что у больных ИБС наблюдаются те или иные психические изменения. Часто возникают такие эмоциональные нарушения, как тревога, подавленность, фиксация на своих болезненных ощущениях и переживаниях, связанных со страхом смерти, потерей самоидентичности, чувства «Я». Во время болевого приступа больных охватывает беспокойство, мысли о смерти от сердечного приступа, отчаяние. Больные живут с постоянным тревожным опасением повторного приступа, они анализируют любые изменения сердечной деятельности, реагируя на малейшие неприятные ощущения в области сердца.

Различают боли в области сердца психогенного характера, которые формируются как следствие стресса, в результате тяжелой жизненной ситуации и трудностей адаптации. Причиной стресса могут быть конфликтные ситуации в семье или на работе, потеря близкого человека или похороны умершего от инфаркта миокарда, различные сексуальные, производственные или общественно-правовые трудноразрешимые или практически неразрешимые обстоятельства, затрагивающие наиболее ранимые черты личности и астенизирующие больного. Большое значение в возникновении острых кардиалгических приступов психогенного происхождения приобретают при этом физические перегрузки, всевозможные интоксикации, перенесенные операции, соматические или инфекционные заболевания и особенно длительные переживания, связанные с болезнью.

Установлено, что у больных, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, преобладают тревожные и депрессивно-ипохондрические расстройства [1]. Возникновение этих нарушений связано с преморбидными особенностями личности (тревожно-мнительные) и особенностями течения ишемической болезни сердца. Так, наиболее выраженные психопатологические нарушения выявлены при постинфарктном кардиосклерозе, при присоединении к стенокардии кардиалгических болей, а также при сопутствующей артериальной гипертонии. У больных ишемической болезнью сердца достоверно повышены по сравнению со здоровыми показатели шкалы ипохондрии [2].

В.Н.Ильина и Е.А.Григорьева (1990) изучали психосоматические соотношения при кардиалгиях пубертатного и климактерического периодов. Оказалось, что клинические проявления кардиалгий в

обеих возрастных группах зависели от личностных особенностей, установок на преодоление возрастных недугов. Заострялись такие черты характера, как мнительность, впечатлительность, пессимизм, раздражительность, что создавало благоприятную почву для различных вегетативных проявлений. Усиление вегетативного неблагополучия снижало толерантность к трудным ситуациям. Создавался замкнутый круг, который было трудно преодолеть даже при активной установке на излечение.

В.В.Николаева и Е.И.Ионова (1989) провели исследование личностных особенностей больных ИБС, перенесших операцию аорто-коронарного шунтирования. Результаты исследования показали, что самооценка у большинства больных завышена. Есть основания предполагать, что подобный характер самооценки вызван действием механизмов психологической защиты. Наиболее значимы для больных критерии оценки здоровья и взаимосвязь параметров «здоровье», «счастье», «работа», что является прогностически благоприятным. Отсутствует чувство личной ответственности за происходящие события. Смысловый потенциал личности у больных обеднен, основной жизненной целью является здоровье. Перспективы будущего противоречивы. У всех больных отмечаются выраженные страхи за будущее. Уровень личностной тревожности стабильно высокий у всех больных, уровень ситуативной тревожности коррелирует с тяжестью соматического состояния больных [3; 9, 10].

Наиболее выраженные эмоциональные расстройства наблюдаются у больных, перенесших инфаркт миокарда. Даже при удовлетворительном самочувствии диагноз инфаркт миокарда ассоциируется у больных с угрозой для жизни. Тяжелое физическое состояние, резкая слабость, интенсивные боли, озабоченные лица медицинского персонала, срочная госпитализация — все это порождает тревогу и страх, приводит больных к убеждению, что их жизнь в опасности. На психическое состояние больного в первые дни болезни влияют также и другие психологические факторы. Больных угнетает мысль о том, что из крепких, сильных, активных людей они превратились в беспомощных, нуждающихся в уходе больных. Обычно с улучшением физического самочувствия страх смерти ослабевает. Наряду с тревожными опасениями за здоровье появляются мрачные мысли о будущем, подавленность, страх перед возможной инвалидностью, тревожные мысли о благополучии семьи. Без соответствующего вмешательства эти нарушения закрепляются и сохраняются в течение одного года у 25 % выживших (Cay, 1982). По другим данным, психические нарушения констатировались в 28 % случаев (Flogkiewier, 1984). У 50 % больных наблюдалась интенсификация невротических черт характера.

По данным, полученным в результате исследования, на 7-й день после инфаркта миокарда для большинства больных характерны тревожность, страх, физическая и психическая астения, пессимистическая оценка настоящего и будущего. Выраженность подобных симптомов зависит от класса тяжести инфаркта миокарда, характера личности больного. При психологическом исследовании в этом периоде у больных выявляется подъем по шкалам депрессии, шизофрении, в меньшей степени ипохондрии. У пациентов, перенесших ранее инфаркт миокарда, затяжные приступы стенокардии и тяжелые гипертонические кризисы, подострый период отличается особой тревожностью и более выраженным подъемом по шкале ипохондрии при умеренном повышении шкал депрессии и шизофрении. Шкала «мания» занимает минимальное положение в профиле [3; 9, 10].

В.П.Зайцев (1989) разделяет личностные реакции больных, перенесших инфаркт миокарда, на адекватные и патологические. При адекватных психологических реакциях больные соблюдают режим и выполняют все предписания врача, поведение больных соответствует данной ситуации. В зависимости от психологических особенностей больных можно выделить пониженную, среднюю и повышенную адекватные реакции.

При пониженной реакции больные внешне производят впечатление недостаточно критично относящихся к болезни. У них ровное, спокойное или даже хорошее настроение. Они склонны благоприятно оценивать перспективу, переоценивать свои физические возможности, приуменьшать опасности. Однако при более глубоком анализе обнаруживалось, что больные правильно оценивают свое состояние, понимают, что с ними произошло, знают о возможных последствиях болезни. Они лишь отгоняют от себя мрачные мысли, стараются как бы «закрывать глаза» на изменения, вызванные болезнью. Такое частичное «отрицание» болезни, видимо, следует расценивать как своеобразную защитную психологическую реакцию.

При средней реакции больные разумно относятся к заболеванию, правильно оценивают (соответственно той информации, которой они располагают) свое состояние и перспективу, сознают серьезность своего положения. Они доверяют врачу, следуют всем его предписаниям.

При повышенной реакции мысли и внимание больного сосредоточены на болезни. Фон настроения несколько сниженный. Больной склонен пессимистически оценивать перспективу; ловит каждое

слово врача, касающееся болезни; осторожен, частично следит за пульсом; неукоснительно выполняет предписания врача. Поведение больного изменено, но не нарушено. Как и при других видах адекватных реакций, оно соответствует данной ситуации.

Патологические реакции можно разделить на кардиофобические, тревожно-депрессивные, ипохондрические, истерические и анозогнозические.

При кардиофобической реакции больные испытывают постоянный страх «за сердце», боязнь повторных инфарктов, внезапной смерти от сердечного приступа. Страхи появляются или резко усиливаются при физическом напряжении, при выходе за пределы больницы или дома. Чем дальше от пункта, где больному, по его мнению, может быть оказана надлежащая медицинская помощь, тем сильнее страх. Появляется чрезмерная осторожность даже при минимальной физической нагрузке. Депрессивная реакция характеризуется угнетенным, подавленным настроением, апатией, безнадежностью, пессимизмом, неверием в возможность благоприятного течения заболевания, тенденцией все видеть в мрачном свете. На вопросы больной отвечает односложно, тихим голосом. Больной не может удержать слез при разговоре на волнующие его темы о здоровье, семье, перспективах возвращения на работу. Наличие тревоги в психическом статусе характеризуют внутренняя напряженность, предчувствие надвигающейся беды, раздражительность, беспокойство, волнения, опасения за исход заболевания, тревога за благополучие семьи, страх перед инвалидностью, беспокойство за дела, оставленные на работе. Нарушается сон. Больной просит назначить ему успокаивающие средства, повторно задает вопросы о состоянии своего здоровья и прогнозе жизни, заболеваемости и трудоспособности, желая получить успокоительный ответ и заверения в том, что его жизни ничто не угрожает.

При ипохондрической реакции характерно неоправданное беспокойство за свое здоровье, множество жалоб на разнообразные неприятные ощущения и боли в области сердца и других частях тела, явная переоценка тяжести своего состояния, выраженное несоответствие между числом жалоб и незначительностью или отсутствием объективных соматических изменений, чрезмерная фиксация внимания на состоянии своего здоровья. Больной постоянно контролирует функции своего организма (часто подсчитывает пульс, стремится без необходимости и указаний врача повторно записать ЭКГ, измерить артериальное давление, исследовать кровь, «дабы проверить протромбин»), часто обращается за консультацией к другим специалистам.

При истерической реакции больные эмоционально лабильны, эгоцентричны, демонстративны, стремятся привлечь к себе внимание окружающих, вызвать сочувствие. Мимика таких больных живая, движения выразительны, речь эмоционально насыщена. Наблюдаются вегетативные истероформные нарушения («комочек в горле» при волнении, приступы удушья, тахикардия).

При анозогнозической реакции больные отрицают болезнь, игнорируют лечебные рекомендации, грубо нарушают режим.

Также выявлена тесная взаимосвязь между характером психических реакций на болезнь и преморбидной структурой личности. Так, лица, всегда отличавшиеся тревожностью, мнительностью, ригидностью, реагируют на инфаркт кардиофобической или ипохондрической реакцией. Лица, и до болезни склонные реагировать на жизненные трудности отчаянием, подавленным настроением, пессимистической оценкой ситуации, и на инфаркт миокарда отвечают депрессивной реакцией. У лиц с истероидными чертами характера в ответ на инфаркт миокарда чаще всего отмечается истерическая или анозогнозическая реакция.

Кроме эмоционально-личностных изменений, у больных ИБС наблюдается и снижение умственной работоспособности. В большинстве случаев обнаруживаются динамические нарушения познавательных процессов. Иногда больные отмечают, что уже не могут следить за темпом демонстрации фильмов, с большим трудом воспринимают быстрый темп речи. Такие больные для адекватной переработки нового материала нуждаются в условиях замедленного восприятия.

В мыслительной продукции чаще всего процесс обобщения не нарушен, но при совмещении большого количества признаков может наблюдаться резкое замедление ориентировки в новом задании. На знакомом же материале ориентировка достаточная и сохраняется адекватный способ действия.

Наиболее характерным признаком изменения познавательных процессов при ИБС можно считать затруднения при одновременном охвате нескольких элементов ситуации, что является следствием сужения объема восприятия. Основное затруднение при этом представляет операция совмещения нескольких признаков. Это наглядно видно при выполнении пробы на совмещение (круг Рыбакова-Когана). У здоровых людей относительное нарастание сложности не вызывает никаких затруднений и ни в отношении точности, ни в отношении темпа при выполнении всей серии проб резких различий

не наблюдается. Для больных с суженным объемом восприятия характерно то, что при выполнении элементарных заданий темп мало отличается от нормы. При усложнении заданий, где необходимо совмещать несколько признаков, темп резко замедляется, и увеличивается количество ошибок. Вследствие невозможности быстро охватить весь комплекс условий, играющих роль в ситуации, приходится от одновременного восприятия переходить к замедленному последовательному.

Практически у всех больных ИБС отмечается ослабление концентрации и удержания внимания, более или менее выраженные признаки затруднения распределения и переключения внимания с одного признака на другой. Часто выявляются признаки истощаемости психических процессов.

Обычно больные жалуются на забывчивость, снижение памяти. Исследования показывают, что в основе этих жалоб также лежит сужение объема восприятия. Из-за суженного объема восприятия больные при заучивании 10 слов в первый раз успевают запомнить только несколько первых слов ряда. При повторении больные стараются фиксировать внимание на ранее пропущенных словах и забывают те, которые говорили в первый раз. Нарращивание запоминаемого материала начинается с третьего – четвертого прослушивания. Продуктивность запоминания снижается за счет трудности охвата и фиксации многих элементов словесного ряда.

Следующая болезнь из этой группы, гипертония, поражает людей в самом активном возрасте и способствует развитию атеросклероза сосудов. Обычно больные гипертонией жалуются на головные боли, головокружения, пошатывания при ходьбе, болезненные ощущения в области сердца, нарушение сна, тревожность, раздражительность. При этом самочувствие резко ухудшается при колебаниях артериального давления и при гипертонических кризах.

При гипертонической болезни может изменяться характер. Нередко больные гипертонией становятся мнительными, обидчивыми, слабодушными и плаксивыми. У одних преобладают раздражительность и вспыльчивость, у других — вялость и повышенная утомляемость. Обычно усиливаются черты личности, которые раньше были компенсированы и незаметны. Так, мнительные и недоверчивые люди становятся подозрительными, им кажется, что их права ущемляют, и они пишут жалобы во всевозможные инстанции. Демонстративные личности требуют от окружающих повышенного внимания к себе, так как они тяжело больны, становятся плаксивыми. Тревожно-ипохондрические личности часто реагируют кардиофобической реакцией, сопровождаемой страхом смерти от сердечного приступа.

Больные гипертонической болезнью становятся трудными в общении, особенно для членов своей семьи. Они легко вспыхивают по незначительному поводу, не терпят возражений, обижаются и плачут по пустякам, винят своих детей и близких, что те не понимают их состояния и недостаточно внимательны к ним. Нередко у таких больных отмечаются плохое настроение, подавленность, немотивированные тревожность и беспокойство.

В отношении умственной работоспособности больные гипертонией отмечают у себя рассеянность, забывчивость, повышенную утомляемость.

При начальных стадиях гипертонической болезни структурные нарушения познавательных процессов не выявляются, но всегда отмечаются нарушения динамики деятельности. При исследовании выявляется повышенная возбудимость больных, часто они ведут себя импульсивно, торопливо.

При выполнении мыслительных заданий ориентировка в новом материале затруднена. Это связано с тем, что больные часто не дослушивают до конца инструкции, действуют необдуманно, методом случайных проб и ошибок, минуя стадию предварительного анализа и поиска наиболее адекватного способа решения задания. Больные стараются как можно быстрее ответить на вопрос или выбрать нужное слово, часто ошибаются из-за своей поспешности, но после замечания быстро исправляются. Все это влечет за собой диффузное снижение качества умственной работоспособности.

У больных гипертонической болезнью I-II стадии довольно часто наблюдается ригидная скоростная установка, которая выражается в неумении регулировать темп деятельности в зависимости от характера и сложности задачи, заданной инструкции. Неумение таких больных переключаться с быстрого темпа на более медленный наглядно проявляется в пробе свободного и заданного темпа. [4].

Несмотря на жесткую скоростную направленность больных, общий темп деятельности неравномерен. Больные гипертонией сразу начинают работать в быстром темпе, но вскоре наступает резкий спад темпа и продуктивности работы. Так, на фоне быстрого общего темпа отыскивания чисел по таблицам Шульте встречаются отдельные длительные паузы, когда больной не может найти какое-то число («здесь нет этого числа»). Отсчитывание от 100 по 7 также происходит неравномерно, вслед за быстрыми реакциями возникают паузы, затем опять быстрый темп.

При выполнении методики «счет по Крепелину» отмечаются характерные колебания кривой продуктивности. Особенно резко при этом меняется отрезок, соответствующий нормальному периоду вработываемости: вместо более или менее плавного нарастания продуктивности, вслед за первым отрезком кривая скорости работы падает, затем на третьем – четвертом вновь резко повышается. Дальнейшая кривая представляет собой волнообразные смены подъемов и спадов. Наблюдая за длительной работой таких больных, можно заметить, что и в пределах каждого отрезка работа протекает неравномерно, по типу коротких прерывистых усилий.

Внимание у гипертоников неустойчивое, его концентрация ослаблена. Признаки истощаемости психических процессов, особенно внимания, выражены умеренно. Продуктивность запоминания может быть неравномерной, но в пределах нормы.

Таким образом, у больных гипертонической болезнью I-II стадии выполнение единичных операций не страдает, но расстраивается динамика длительной деятельности — устойчивость внимания, выносливость к напряжению.

Максимальная продуктивность обычно достигается в начальный период исследования. В дальнейшем работоспособность резко колеблется и, несмотря на жесткую скоростную направленность, общая продуктивность работы невелика. При выполнении операций, которые не требуют длительного интеллектуального напряжения, у лиц с гипертонической болезнью сохраняется работоспособность.

Церебральный атеросклероз чаще всего возникает у пожилых людей, хотя может наблюдаться и в сравнительно молодом возрасте. Больные атеросклерозом часто жалуются на головные боли, шум в голове, повышенную утомляемость, слабость, нарушение сна. Они очень чувствительны к изменениям погоды, при резких колебаниях атмосферного давления у них усиливаются головные боли и общее недомогание [5]. Такие больные с трудом засыпают, часто просыпаются среди ночи и больше не могут уснуть, утром встают вялыми, не испытывают чувства бодрости. Днем может возникать сонливость. Также больных беспокоит снижение памяти.

Фон настроения обычно понижен, больные подавлены, тоскливы. Настроение еще больше ухудшается к вечеру или под влиянием даже незначительных психотравмирующих событий. При этом часто появляются ноющие или давящие боли в области сердца, усиливается головная боль и ухудшается общее самочувствие. Плохое настроение может сочетаться с чувством безнадежности и бесперспективности. Больные пессимистически относятся к своему будущему и прогнозу своего состояния.

У больных церебральным атеросклерозом меняется характер. Могут появиться чрезмерные опасения за свое здоровье и за свою жизнь, мнительность, фиксация на своих ощущениях, переоценка имеющихся проявлений болезни [5].

Больные становятся эмоционально неустойчивыми, раздражительными. Раздражительность иногда может доходить до гневливых вспышек по пустякам. Больные становятся эгоистичными, требовательными, нетерпеливыми, мнительными и крайне обидчивыми. Часто наблюдается снижение теплого отношения к родным, сдвиг интересов на самого себя, свой организм. Появляется желание побыть в тишине, одиночестве («чтобы никто не приставал»). Окружающим людям, особенно близким, становится трудно с ними ладить.

Одной из характерных черт церебрального атеросклероза является слабодушие. Больные становятся слезливыми и сентиментальными. Они плачут и от радости, и от малейших огорчений, плачут, если смотрят мелодраму, легко умиляются. От слез они могут быстро перейти к улыбке и наоборот. Любое незначительное событие, ласковое или грубое слово способны вызвать или радость или слезы.

По мере прогрессирования болезни у больных появляется благодушие, снижаются критические качества, ослабляется требовательность к себе.

Больные атеросклерозом становятся рассеянными, медлительными. Им приходится тратить много времени на различного рода поиски (лекарств, документов и др.), повторять то, что было уже сделано. Больные вынуждены избегать спешки, использовать прочно зафиксированные стереотипы

Они с трудом переключаются с одного вида деятельности на другой, от любой умственной работы быстро устают. Мышление больных теряет прежнюю гибкость и подвижность. Речь больных становится чрезмерно обстоятельной. Больные многословны, в беседе или пересказе какого-то события перечисляют мелкие, несущественные детали, застревают на этих деталях, не могут отделить главное от второстепенного. Начав одну тему, они не могут переключиться на другую.

На исследовании у всех больных выявляются трудности ориентировки в новом материале, обусловленные снижением уровня обобщения и значительным сужением объема восприятия. Инертность и тугоподвижность мыслительной деятельности затрудняют переключение с ближайших связей

и формирование направленных связей, т.е. выделения сходства, существенных признаков и различий между предметами.

Методика «Образование аналогий» вызывает у больных большие затруднения. Они плохо усваивают инструкцию, не понимают, что от них требуется. Выявляется невозможность осмысления заданных соотношений. Часто больные отвлекаются на другие темы, стремясь уйти от выполнения задания, ссылаются на головную боль, отсутствие очков.

При выполнении методики «Исключение» или «Четвертый лишний» выявляется снижение уровня обобщения. Больные ориентируются на конкретно-ситуационные и функциональные признаки. Некоторые больные проговаривают все действия вслух, что свидетельствует о трудностях проведения операций на интериоризованном уровне (в мысленном плане).

Общий темп деятельности замедлен, выражена инертность психических процессов. Отмечаются признаки выраженной истощаемости психических процессов. О наличии истощаемости можно судить при сравнении результатов в начале и в конце исследования. В конце исследования обычно больные говорят о головной боли, о том, что они устали. Постепенно замедляется темп деятельности, увеличиваются паузы и появляется значительно большее количество ошибок. Особенно четко обнаруживается истощаемость при исследовании таблицами Шульце. Отмечается постепенное увеличение затрачиваемого времени на каждую последующую таблицу. На протяжении исследования уровень выполнения задания постоянно снижается в связи с нарастающей истощаемостью. Истощаемость проявляется даже в пределах одной таблицы. Продуктивность запоминания при церебральном атеросклерозе снижена у всех больных. Кривая запоминания пологая, напоминает форму «плато», уровень достижения невысок. Для этих больных характерно, что среди называемых слов есть привнесенные ими самими. Запомнившиеся слова больные повторяют многократно. Таким образом, психологическое обследование больных церебральным атеросклерозом выявляет признаки интеллектуального снижения и нарушения динамического компонента умственной работоспособности (значительно замедленный темп деятельности, инертность и тугоподвижность психических процессов).

Результаты психологического обследования необходимо учитывать при составлении индивидуальных программ социально-психологической реабилитации больных сердечно-сосудистыми заболеваниями [6; 120–124]. При выявлении признаков истощаемости психических процессов и нарушений динамики длительных действий рекомендуются облегченные условия труда, неполный рабочий день, возможность произвольного чередования труда и отдыха, предоставление дополнительных перерывов в работе. При суженном объеме восприятия рекомендуется работа, не требующая быстрой ориентировки в новых условиях, большой психической маневренности, широкого охвата ситуации и быстрого переключения внимания с одного признака на другой. При структурных нарушениях познавательных процессов рекомендуется деятельность, состоящая в многократном выполнении одних и тех же стандартных операций, где требования к интеллектуальной ориентировке минимальны и приспособление к труду возможно при снижении интеллекта. Не может быть рекомендовано обучение новой профессии, требующее смены рабочего стереотипа и приобретения новых знаний, умений, навыков.

Для того чтобы минимизировать возникновение негативных изменений в эмоционально-личностной сфере больных, целесообразно проводить психокоррекционную работу, направленную на формирование адекватного отношения к болезни. Учитывая повышенную тревожность сердечно-сосудистых больных и фиксацию на соматических ощущениях, рекомендуются занятия групповой психотерапией и освоение приемов аутогенной тренировки.

Список литературы

1. Волков В.С., Анталац З. Реабилитация больных, перенесших инфаркт миокарда. — М.: Медицина, 1982. — 285 с.
2. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / Ред.: В.В.Николаева. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. — 167 с.
3. Алдушина И.В., Борохов А.И., Латицкий М.А. О некоторых психосоматических взаимоотношениях у больных инфарктом миокарда на разных этапах лечения. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. — Челябинск: Изд. Челяб. мед. ин-та, 1990. — 267 с.
4. Ковалев В.В. Личность и ее нарушения при соматической болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Сеченовский вестник. — М.: Медицина, 1989. — С. 95–99.
5. Обухов Я.Л. Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. — М.: Медицина, 1997. — 342 с.
6. Вассерман Л.И. и др. О психологической диагностике типов отношения к болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии: Сб. ст. / Под ред. — Л., 1990. — С. 120–124.