

О.О. Дукельський

ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ СТЕНТУВАННЯ КОРОНАРНИХ АРТЕРІЙ

Дніпропетровська державна медична академія
кафедра психіатрії ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Л.М. Юр'єва)

Ключові слова: тривожність, депресія, хворі після стентування коронарних артерій

Key words: anxiety, depressive, patients after stenting of coronary arteries

Резюме. Исследовано наличие и степень проявления тревожности у 147 больных с ишемической болезнью сердца, перенесших стентирование коронарных артерий. С использованием скрининговой методики патологические тревожные расстройства зафиксированы у 31,3% больных. Высокий уровень личностной тревожности по шкале Спилбергера имеют 30,6% больных, особенно при сочетании с депрессией (57,9%). Профиль личности больных по методике СМПП характеризуется гипохондрическим типом развития личности с выраженной субъективной депрессией. Установлена прямая корреляция уровня тревожности с факторами социально-психологической травматизации, ведущими признаками депрессивных состояний, личностным профилем.

Summary. There was investigated presence and degree of manifestations of anxiety in 147 patients with ischemic heart disease who undergone stenting of coronary arteries. Using screening technique pathologic anxiety disorders were registered in 31,3% of patients. High level of personal anxiety according to Spilberger scale was registered in 30,6% of patients, especially in combination with depression (57,9%). Profile of patients' personality according to MMPI technique is characterized by hypochondriac type of personality development with expressed subjective depression. It was established a direct correlation of anxiety level with factors of social-psychologic traumatization, leading signs of depressive states, personal profile.

Останнім часом спостерігається підвищений інтерес дослідників до стресів, пов'язаних з трудовою діяльністю, руйнівна дія яких негативно позначається на соматичному і психічному стані людей [2]. Перелік стрес-факторів дуже широкий. Практично будь-які аспекти трудового середовища можуть бути причиною стресу, якщо вони оцінюються людиною як такі, що перевершують її можливості впоратися з ними. Будь-яка професійна діяльність здатна породжувати психологічні причини розвитку стресу, а будь-який психологічний стрес знаходить відображення у поведінковій активності людини. Але оскільки не всі люди однаково реагують на одні і ті ж стресори, прогнозувати наслідки дії тих чи інших травмуючих факторів можна лише обмежено. Значний вплив на наслідки дії стресорів мають особистісні якості людини.

У дослідженнях особистості давно стояло питання: наскільки особистісні риси мають схильність до різних психосоматичних розладів [10]. У зв'язку з цим найчастіше вивчалася така властивість особистості, як емоційна стабільність. Висока емоційна стабільність є протек-

тивним фактором у взаємодії зі стресорами, а порушення поведінки під впливом стресорів легше настає при малій вираженості цього фактора. Такі положення знаходять деякі підтвердження в дослідженні нейротизму [3], «душевного здоров'я» як здатності подолати внутрішні та зовнішні вимоги [4], а також витривалості, як особливості особистості, що включає комплексну систему переконань відносно себе і навколишнього світу, які підтримують людину в її взаємодіях із стресовими подіями [7].

На думку різних авторів, ситуативна і особистісна тривожність напряму пов'язані з ризиком серцево-судинних захворювань [6].

За даними ВООЗ, майже 10% всіх пацієнтів, що звернулися до лікаря, страждають на тривожні розлади [9]. Основною причиною тривожного синдрому є тривала заклопотаність або побоювання, що супроводжуються безліччю психомоторних, вегетативних і психічних симптомів і відчуттям нещастя, що наближається. Тривожні очікування людини характеризуються:

а) підвищеним збудженням;

б) припущенням пацієнта, що майбутні події будуть неконтрольованими і непрогнозованими;

в) зміною спрямованості уваги на внутрішні події, пов'язані з хворобою.

За даними зарубіжних досліджень, ймовірність виникнення тривожного розладу підвищена в чоловіків, які протягом попереднього року пережили чотири і більше критичних стресових життєвих подій [5].

Тривожні люди з більшою легкістю згадують про травматичні переживання, що трапилися, ніж люди без тривожних розладів [8]. Ймовірно, це призводить до того, що у 90% всіх осіб з генералізованим тривожним розладом виявляють здебільшого ще один психічний розлад, найчастіше депресію (70%).

Задачею даного дослідження було вивчення рівня тривожності у хворих на ішемічну хворобу серця (ІХС), які перенесли стентування коронарних артерій (СКА).

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

У дослідженні взяли участь 147 хворих чоловічої статі у віці від 34 до 80 років (в середньому – $57,2 \pm 8,6$ року). Всі пацієнти хворіли на ІХС, у тому числі поєднану з артеріальною гіпертензією I-III стадії в 81,6% ($n=120$) випадків. Тривалість захворювань серцево-судинної системи (ССС) становила від 1 до 35 років (в середньому – $7,5 \pm 0,5$ року). Гострий інфаркт міокарда (ІМ) в анамнезі мали 68,7% пацієнтів ($n=101$), із них 10 чоловіків перенесли його двічі; гостре порушення мозкового кровообігу було в 6 (4,1%) випадках. Більшість пацієнтів (83,9%) займалися розумовою працею. 5 осіб мали статус ліквідаторів аварії на Чорнобильській АЕС. Усім пацієнтам виконано СКА, в тому числі у 8 хворих такі втручання виконувалися неодноразово. 93 (63,2%) пацієнти обстежені протягом року після СКА, 47 (32,0%) – через 1-3 роки, в 7 (4,8%) випадках пройшло більше 3 років після СКА.

У 71 (48,3%) пацієнта не виявлено яких-небудь психічних розладів (1 група), у 19 (12,9%) – діагностований емоційно-лабільний або тривожний розлад (2 група), у 57 (38,8%) – виявлені депресивні розлади органічної природи легкого і помірного ступеня вираженості (3 група).

Статистична обробка матеріалів досліджень проводилась з використанням пакету програм Statistica v.6.1®.

Оскільки від особистісно-конституціональної структури хворих залежить генезис депресивних розладів, у даному дослідженні, крім методик, спрямованих на поглиблене вивчення тривожної симптоматики, використовувалися особистісні

психодіагностичні тести – шкала самооцінки Спілбергера, методика СМІЛ.

Шкала самооцінки Спілбергера передбачала визначення:

- рівня реактивної (ситуативної) тривожності як тенденції хворого сприймати достатньо широкий круг ситуацій як загрозу для себе;

- рівня особистісної тривожності як стійкої характеристики хворих, спрямованої на відповідне (загрозливе для себе) сприйняття ситуацій, подій, об'єктів.

Методика СМІЛ використовувалася для реалізації типологічного підходу у вивченні особистості хворих на ІХС, що перенесли СКА, і отримання «профілю особистості» цих хворих до і після (через 3 місяці) лікування антидепресантами. Застосування цієї методики базувалося на основній її здатності розкривати структуру синдрому, структуру особливостей особистості і тип реакції на стрес при високому ступені об'єктивності, зумовленої тим, що дані аналізу не залежать від установок і особливостей дослідника.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наше дослідження рівня тривоги у хворих на ІХС, що перенесли СКА, за скринінговою методикою показало, що патологічні тривожні розлади зафіксовані у кожного третього ($31,3 \pm 3,8\%$) хворого (табл. 1) Диференційована оцінка тривожного розладу по різних групах хворих свідчить, що серед хворих 1 групи патологічна тривога спостерігалася лише у $5,6 \pm 2,7\%$. У пацієнтів 2 групи, де переважали емоційно-лабільні розлади без депресивних симптомів, тривожний стан був виявлений у $26,3 \pm 10,1\%$ хворих ($p < 0,01$ порівняно з 1 групою). На відміну від інших пацієнтів, патологічна тривога була зафіксована у $64,9 \pm 6,3\%$ хворих 3 групи ($p < 0,001$ і $p < 0,01$ порівняно з 1 і 2 групою відповідно).

Якщо розглядати високу ситуативну і особистісну тривожність у хворих на ІХС, що перенесли СКА, як один з пускових факторів для розвитку депресивних розладів, то встановлено, що $74,8 \pm 3,6\%$ всіх обстежених пацієнтів мали помірну ситуативну тривожність і $64,6 \pm 3,9\%$ - помірну особистісну тривожність (31-45 балів за методикою Спілбергера) (табл. 2).

Слід звернути особливу увагу на особистісну тривожність цих пацієнтів, під якою розуміється психологічна схильність пацієнтів до болісного сприйняття різних життєвих ситуацій, пов'язаних з високою психоемоційною напругою, зумовленою невдачами або наслідками різних соматичних захворювань. Високий рівень (46 балів і

більше) особистісної тривожності був характерним для 30,6±3,8% цих пацієнтів, у той час як

високу ситуативну тривожність мали тільки 14,3±2,9% хворих ($p < 0,001$).

Таблиця 1

Частота виявлення тривожних розладів у хворих на ІХС, що перенесли СКА, за даними скринінгу

Тривожний розлад	1 група (n=71)		2 група (n=19)		3 група (n=57)		В цілому (n=147)	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
Відсутній	63	88,7±3,8 ^{2,3}	10	52,6±11,5 ¹	18	31,6±6,2 ¹	91	61,9±4,0
Незначний	4	5,6±2,7 ²	4	21,1±9,4 ^{1,3}	2	3,5±2,4 ²	10	6,8±2,1
Патологічний	4	5,6±2,7 ^{2,3}	5	26,3±10,1 ^{1,3}	37	64,9±6,3 ^{1,2}	46	31,3±3,8

Примітка: ^{1,2,3} – достовірна різниця ($p < 0,05-0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критерієм χ^2

Порівняльний аналіз рівнів і ступеня вираженості показників тривожності по групах дослідження показав наявність достовірних відмінностей показників в 3 групі від інших. Зокрема, середній рівень особистісної тривожності у хворих 3 групи становив ($M \pm m$) 47,7±0,95 бала проти 37,5±0,76 бала в 1 групі ($p < 0,001$) і

40,7±1,00 бала в 2 групі ($p < 0,001$) (табл. 3). Якщо високий показник особистісної тривожності зафіксований у 14,1±4,1% пацієнтів 1 групи і у 10,5±7,0% хворих 2 групи, то цю особливість мав кожен другий хворий 3 групи (57,9±6,5%) – $p < 0,001$ у порівнянні з попередніми групами (табл. 2).

Таблиця 2

Виразеність показників ситуативної і особистісної тривожності у хворих на ІХС, що перенесли СКА

Рівень тривожності	1 група (n=71)		2 група (n=19)		3 група (n=57)		В цілому (n=147)	
	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %	абс.	P±m, %
Ситуативна тривожність								
Низький	14	19,7±4,7 ³	0	0,0	2	3,5±2,4 ¹	13	10,9±2,6
Помірний	54	76,1±5,1	18	94,7±5,1 ³	38	66,7±6,2 ²	110	74,8±3,6
Високий	3	4,2±2,4 ³	1	5,3±5,1 ³	17	29,8±6,1 ^{1,2}	21	14,3±2,9
Особистісна тривожність								
Низький	7	9,9±3,5	0	0,0	0	0,0	7	4,8±1,8
Помірний	54	76,1±5,1 ³	17	89,5±7,0 ³	24	42,1±6,5 ^{1,2}	95	64,6±3,9
Високий	10	14,1±4,1 ³	2	10,5±7,0 ³	33	57,9±6,5 ^{1,2}	45	30,6±3,8

Примітка: ^{1,2,3} – достовірна різниця ($p < 0,05-0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критерієм χ^2

Слід відмітити, що показники ситуативної і особистісної тривожності мають достовірний

кореляційний зв'язок ($p < 0,05-0,001$) із факторами соціально-психологічної травматизації (рис. 1).

Зокрема, ситуативна і особистісна тривожність пов'язані з соматичною хворобою ($r=0,27$ і $r=0,29$ відповідно; $p<0,01$) і, ймовірно, зумовлені нею, оскільки хвороба призвела до психотравми (кореляційний зв'язок між останніми дорівнює $r=0,51$; $p<0,001$). Рівень особистісної тривож-

ності прямо пов'язаний з психологічним перенапруженням ($r=0,50$; $p<0,001$), зміною соціального статусу ($r=0,30$; $p<0,001$) і відповідним зниженням матеріального рівня життя ($r=0,17$; $p<0,05$), з сімейними відносинами і подіями ($r=0,22$ і $r=0,25$; $p<0,01$).

Таблиця 3

Середні рівні показників ситуативної і особистісної тривожності у хворих на ІХС, що перенесли СКА (бали)

Тривожність	1 група (n=71)		2 група (n=19)		3 група (n=57)		В цілому (n=147)	
	M±m	SD	M±m	SD	M±m	SD	M±m	SD
Ситуативна	35,5±0,70 ^{2,3}	5,88	39,5±0,92 ^{1,3}	4,01	43,2±1,21 ^{1,2}	9,14	39,0±0,66	7,96
Особистісна	37,5±0,76 ^{2,3}	6,44	40,7±1,00 ^{1,3}	4,37	47,7±0,95 ^{1,2}	7,16	41,9±0,66	8,05

Примітка: ^{1,2,3} – достовірна різниця ($p<0,05-0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критеріями Стюдента і Манна-Уїтні

Тісні кореляційні взаємозв'язки встановлені між рівнями тривожності і головними ознаками депресивних станів, насамперед з порушенням сну ($r=0,43$; $p<0,001$), пригніченим настроєм ($r=0,45-0,58$; $p<0,001$) і відчуттям неспокою ($r=0,43-0,59$; $p<0,001$).

Для уточнення типології індивідуально-психологічних особливостей особистості хворих на ІХС, що перенесли СКА, в даному дослідженні використовувалася методика СМІЛ. За

допомогою цього тесту була детально проаналізована структура особистості даної категорії хворих і отриманий їх особистісний профіль.

Особистісний профіль – це графічне зображення кореляцій низки кількісних показників, які характеризують ступінь вираженості тенденцій, що відображають структуру особистісних або психопатологічних особливостей у даної категорії пацієнтів (рис. 2).

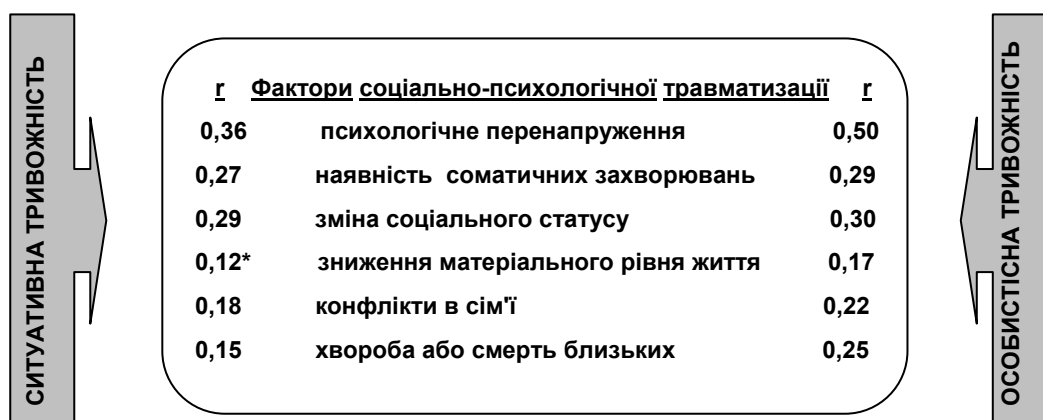


Рис. 1. Кореляційний взаємозв'язок показників ситуативної і особистісної тривожності з факторами соціально-психологічної травматизації:

р – коефіцієнт кореляції Спірмена; * - $p>0,05$; в інших випадках - $p<0,05-0,001$

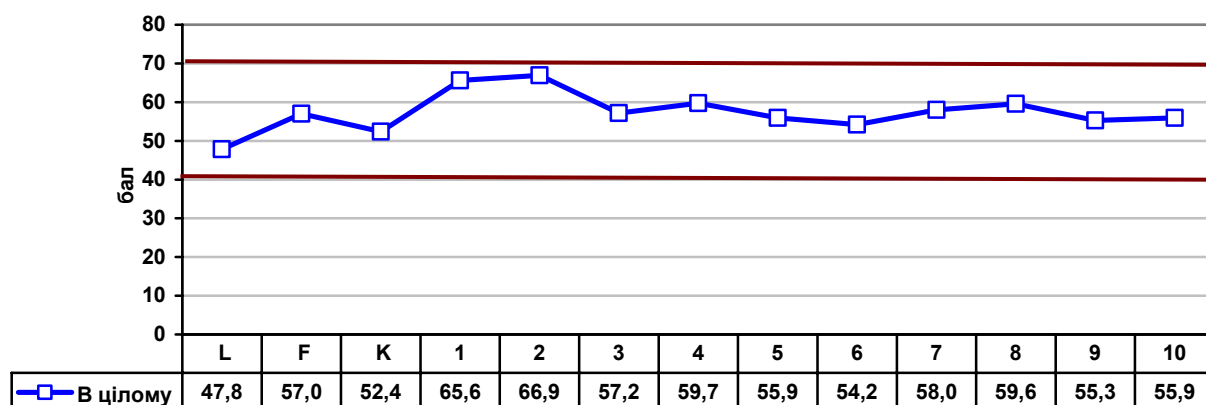


Рис. 2. Особистісний профіль хворих на ІХС, що перенесли СКА, за методикою СМІЛ:

1 – гіперконтроль (іпохондричність), 2 – песимізм (депресія), 3 – емотивність, 4 – імпульсивність, 5 – чоловічий/ жіночий тип, 6 – ригідність, 7 – тривожність, 8 – індивідуальність, 9 – оптимізм, 10 – інтроверсія

З рис. 2 видно, що особистісний профіль хворих на ІХС, які перенесли СКА, має підйом за першою і другою шкалами. Згідно з методикою СМІЛ, підвищення профілю за цими шкалами частіше зустрічається у чоловіків, особливо в зрілому віці [1]. Крім того, високі показники за першою шкалою спостерігаються у соматичних хворих з високим ступенем фіксованості на своїх соматичних проблемах. У цих пацієнтів виражено бажання здобути співчуття у оточуючих. Турботи про своє здоров'я домінують в їх житті, знижують рівень активності і міжособистісних відносин. Слід відзначити, що перша шкала вимірює ступінь охоплення емоційної сфери хворих на соматичні захворювання. При соматичних захворюваннях, що реально є у цих пацієнтів, ця шкала висока в тому випадку, якщо присутня іпохондрична фіксованість на хворобливих відчуттях або на самому факті хвороби як такому.

Друга шкала визначає ступінь суб'єктивної депресії, моральний дискомфорт, тенденцію до хвилювань, депресивну реакцію на стрес. Ця шкала має надзвичайну чутливість і дозволяє в динаміці оцінити навіть легкі зміни в стані хворих. За допомогою цієї шкали добре виявляється латентна депресія.

Отриманий тип профілю особистості свідчить, що у хворих на ІХС, які перенесли СКА, виявлений іпохондричний розвиток особистості з вираженою суб'єктивною депресією. Ці хворі дратівливі, пригнічені, з безліччю соматичних скарг, тривожні і напружені.

Найвищий підйом за першою і другою шкалою мали хворі 3 групи – $74,0 \pm 2,03$ і $74,5 \pm 1,44$ бала відповідно проти $61,7 \pm 1,18$ і $61,1 \pm 1,02$ бала

у пацієнтів 1 групи ($p < 0,001$), $55,2 \pm 1,80$ і $65,9 \pm 3,36$ бала в 2 групі ($p < 0,01$) (рис. 3). Крім того, відмінності профілю особистості у пацієнтів 3 групи від 1 групи були достовірними ($p < 0,05-0,001$) за всіма шкалами, крім шкали 9 (оптимізм); у порівнянні з 2 групою – за шкалами 1-3.

Порівнюючи особистісний профіль хворих на ІХС, що перенесли СКА, з профілем здорових осіб, слід відмітити, що $27,2 \pm 3,7\%$ із них мають підвищений профіль (більше 70 балів) за першою шкалою і $32,7 \pm 3,9\%$ за другою шкалою (табл. 4). Якщо розглядати цих хворих окремо по групах, то серед пацієнтів 1 групи було лише $9,9 \pm 3,5\%$ чоловіків з підвищеним профілем за першою шкалою і $5,6 \pm 2,7\%$ за другою. Серед хворих 2 групи високого профілю по іпохондричній симптоматиці не виявлено, тоді як $52,6 \pm 11,4\%$ осіб мали депресивні симптоми ($p < 0,001$ порівняно з 1 групою). Хворі 3 групи відрізнялися тим, що більше половини з них ($57,9 \pm 6,5\%$) мали високий профіль за першою шкалою ($p < 0,001$ порівняно з 1 і 2 групами) і $59,6 \pm 6,5\%$ - за другою шкалою ($p < 0,001$ порівняно з 1 групою).

Таким чином, як показало дослідження, хворі на ІХС, що перенесли СКА, мають особистісний профіль з підйомом по іпохондричному і депресивному типам. У зв'язку з цим є підстави припускати, що за відсутності депресивних розладів у більшості пацієнтів даної категорії можна говорити про латентну депресію у них. Ті ж пацієнти, в яких були явно виражені депресивні розлади, мали високу особистісну тривожність ($57,9 \pm 6,5\%$), яка визначила високу психоемоційну напругу, пов'язану з основним соматичним захворюванням.

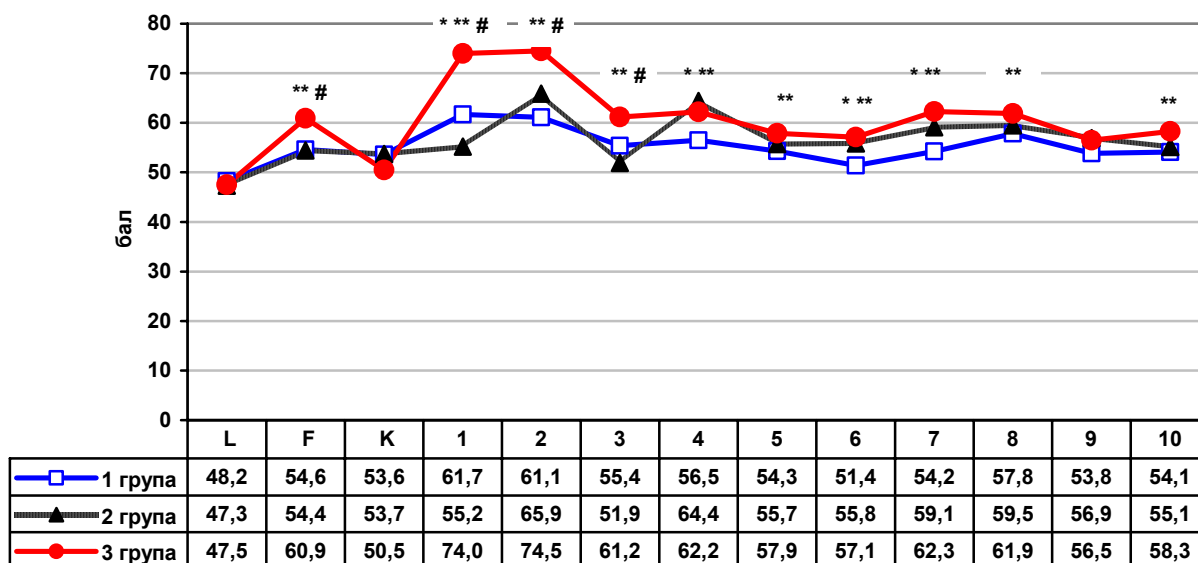


Рис. 3. Особистісний профіль хворих на ІХС, що перенесли СКА, за методикою СМІЛ:

1 – гіперконтроль (іпохондричність), 2 – песимізм (депресія), 3 – емотивність, 4 – імпульсивність, 5 - чоловічий/ жіночий тип, 6 – ригідність, 7 – тривожність, 8 – індивідуальність, 9 – оптимізм, 10 – інтроверсія; * - $p < 0,05-0,001$ між 1 і 2 групою; ** - $p < 0,05-0,001$ між 1 і 3 групою; # - $p < 0,05-0,001$ між 2 і 3 групою

Інтересно відзначити, що ситуативна і особистісна тривожність мають достовірний кореляційний зв'язок зі всіма шкалами методики СМІЛ. Зокрема, коефіцієнти кореляції Спірмена для показників ситуативної тривожності коливаються від $r = 0,16$ ($p < 0,05$) з дев'ятою шкалою (опти-

мізм) до $r = 0,32$ ($p < 0,001$) з першою шкалою (гіперконтроль, іпохондричність). Мінімальний коефіцієнт кореляції рівень особистісної тривожності також має зі шкалою оптимізму ($r = 0,19$; $p < 0,05$), максимальний – зі шкалами песимізму і тривожності ($r = 0,44$; $p < 0,001$).

Таблиця 4

Частота високого особистісного профілю (понад 70 балів) за окремими шкалами СМІЛ у хворих на ІХС, що перенесли СКА

Шкала СМІЛ	1 група (n=71)		2 група (n=19)		3 група (n=57)		В цілому (n=147)	
	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$	абс.	$P \pm m, \%$
1 – гіперконтроль	7	9,9±3,53	0	0,0	33	57,9±6,51,2	40	27,2±3,7
2 – песимізм	4	5,6±2,72,3	10	52,6±11,41	34	59,6±6,51	48	32,7±3,9
3 – емотивність	2	2,8±2,03	0	0,0	13	22,8±5,61,2	15	10,2±2,5
4 – імпульсивність	2	2,8±2,02,3	5	26,3±10,11	10	17,5±5,01	17	11,6±2,6
6 – ригідність	1	1,4±1,43	0	0,0	9	15,8±4,81	10	6,8±2,1
7 – тривожність	2	2,8±2,03	1	5,3±5,1	10	17,5±5,01	13	8,8±2,3

Примітка: ^{1,2,3} – достовірна різниця ($p < 0,05-0,001$) в порівнянні з показником відповідної групи за критерієм χ^2

Дослідження кореляційних зв'язків між соціально-демографічними і анамнестичними характеристиками, з одного боку, і показниками тривожності, з іншого, показало наявність достовірної кореляції показників ситуативної і особис-

тисної тривожності з віком хворих ($r = 0,20$ і $r = 0,23$; $p < 0,05$), Чорнобильським статусом ($r = 0,25$ і $r = 0,17$; $p < 0,05$), давністю захворювань ССС ($r = 0,21$ і $r = 0,16$; $p < 0,05$) (табл. 5). Крім того, вираженість показників тривожності, оцінених за

методикою Спілбергера, і іпохондричного та депресивного компонентів особистісного профілю СМІЛ зростала з часом після проведення

СКА ($r=0,25-0,34$; $p<0,01$) і кількістю перенесених операцій СКА ($r=0,30-0,42$; $p<0,001$).

Таблиця 5

Кореляційний взаємозв'язок показників тривожності з окремими анамнестичними і соціально-демографічними характеристиками хворих (r)

Показник	Методика Спілбергера		Методика СМІЛ	
	ситуативна тривожність	особистісна тривожність	шкала 1 - іпохондричність	шкала 2 - депресія
Вік хворого	0,20*	0,23**	н/д	н/д
Чорнобильський статус	0,25**	0,17*	н/д	н/д
Тривалість захворювань ССС	0,21*	0,16*	0,16*	0,23**
Час після СКА	0,28***	0,32***	0,34***	0,25**
Кількість операцій СКА	0,34***	0,30***	0,42***	0,41***

Примітка: н/д - $p>0,05$; * - $p<0,05$; ** - $p<0,01$; *** - $p<0,001$

ВИСНОВКИ

1. За скринінговою методикою патологічні тривожні розлади зафіксовані у кожного третього (31,3+3,8%) хворого на ІХС, що перенесли СКА.

2. Більшість хворих з ІХС після СКА мають помірний рівень ситуативної тривожності. Висока особистісна тривожність є як причиною, так і наслідком основного захворювання і ведучою особистісною характеристикою хворих з кардіологічним діагнозом.

3. Найвищі рівні ситуативної і особистісної тривожності, зафіксовані у пацієнтів з ІХС і виявленими депресивними розладами органічної природи легкого і помірного ступеня вираженості, а також тісні кореляційні взаємозв'язки

між рівнями тривожності і головними ознаками депресивних станів (порушенням сну, пригніченим настроєм, відчуттям неспокою) підтверджують взаємозумовленість тривоги і депресії.

4. Профіль особистості хворих на ІХС, що перенесли СКА, характеризується іпохондричним типом розвитку особистості з вираженою суб'єктивною депресією.

5. Встановлено пряму кореляцію показників ситуативної і особистісної тривожності з окремими анамнестичними і соціально-демографічними характеристиками хворих, основними факторами соціально-психологічної травматизації та всіма шкалами методики СМІЛ.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кабанов М.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике / М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. – Л., 1983. – 311 с.

2. Юрьева Л. Н. Кризисные состояния / Л.Н. Юрьева. – Днепропетровск: Арт-Пресс, 1998. – 164 с.

3. Amelang M. Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung (4.Aufl.) / M. Amelang, D. Bartusser. – Stuttgart: Kohlhammer, 1997.

4. Becker P. Seelische Gesundheit und Verhaltenskontrolle / P. Becker. – Göttingen: Hogrefe, 1995.

5. Blazer. D. Stressful life events and the onset of generalized anxiety syndrome / D. Blazer., D. Hughes, L.K. George // Amer. J. Psychiatry. – 1987. – Vol. 144. – P. 1178-1183.

6. Booth-Kewley S. Psychological predictors of heart disease: A qualitative review / S. Booth-Kewley,

H.S. Fridman // Psychological Bulletin. – 1987. – Vol. 101. – P. 343-362.

7. Kobasa S.C. Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness / S.C. Kobasa // J. Personality Social Psychology. – 1979. – Vol. 37. – P. 1-11.

8. Tyrowsky J. Generalisiertes Angstsyndrom / J. Tyrowsky, D.H. Barlow // Margraf J. (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. – Berlin: Springer, 1996. – Bd.2. – S.87-105.

9. Üstün T.B. Mental illness in General Health Care. An International Study / T.B. Üstün, N. Sartorius. – Chichester: Wiley, 1995.

10. Vollrath M. Streßbewältigung und Persönlichkeit / M. Vollrath // Swiss J. Psychology. – 1997. – Bd. 56. – S. 3-19.