

Гаврилькевич В.К. Особливості емоційної саморегуляції особистості при ішемічній хворобі серця (огляд літератури) / В.К. Гаврилькевич // Науковий вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д. Ушинського: збірник наукових праць. – 2010. – № 3-4. – С. 51-59.

УДК 159.91 : 616.132.2

Гаврилькевич В.К.,

старший викладач кафедри практичної психології та педагогіки

Хмельницького національного університету,

лікар психіатр Хмельницького обласного психоневрологічного диспансеру,

аспірант Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ОСОБИСТОСТІ ПРИ ІШЕМІЧНІЙ ХВОРОБІ СЕРЦЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Анотація

На підставі аналізу наукових публікацій встановлено, що особливості емоційної саморегуляції хворих на ішемічну хворобу серця є недостатньо дослідженими. Визначено, що в таких хворих домінує несвідома емоційна саморегуляція, представлена переважно неконструктивними механізмами психологічного захисту, а свідомі емоційна саморегуляція розвинена слабо.

Ключові слова: *ішемічна хвороба серця (ІХС), емоційна саморегуляція, механізми психологічного захисту, несвідома емоційна саморегуляція, свідомі емоційна саморегуляція.*

Аннотация

Особенности эмоциональной саморегуляции личности при ишемической болезни сердца (обзор литературы). Гаврилькевич В.К.

На основании анализа научных публикаций установлено, что особенности эмоциональной саморегуляции больных ишемической болезнью сердца недостаточно исследованы. Определено, что у таких больных доминирует несознательная эмоциональная саморегуляция, представленная преимущественно неконструктивными механизмами психологической защиты, а механизмы сознательной эмоциональной саморегуляции развиты слабо.

Ключевые слова: *ишемическая болезнь сердца (ИБС), эмоциональная саморегуляция, механизмы психологической защиты, несознательная эмоциональная саморегуляция, сознательная эмоциональная саморегуляция.*

The Summary

The personality's emotional self-regulation features during the ischemic heart disease (literature review). Gavrylkevych V.K.

According to analyzes of scientific publication the features of emotional self-regulation of patients who have ischemic heart disease are not investigated enough. There was established that such patients have dominating unconscious emotional self-regulation which is presented with non-constructive psychological defence mechanisms mainly and have poorly developed conscious emotional self-regulation.

Keywords: *ischemic heart disease (IHD), emotional self-regulation, mechanisms of psychological defence, irresponsible emotional self-regulation, conscious emotional self-regulation.*

ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМИ

Постановка загальної проблеми та її зв'язок із важливими практичними завданнями. Ішемічна хвороба серця (ІХС) є великою проблемою, що постала перед світовою медициною, оскільки займає провідне місце в структурі захворюваності та смертності населення цивілізованих країн. В тому числі й в Україні з кожним роком кількість хворих невпинно зростає. Одні лиш медикаментозні методи виявилися неспроможними в

подоланні цієї проблеми. Зважаючи на психосоматичну природу цієї недуги, актуальною є потреба в психологічних методах лікування і профілактики. Для надання ефективної психологічної допомоги необхідно добре зрозуміти психологічні механізми, що лежать у основі патогенезу ІХС. Із сомато-вегетативними процесами найбільш тісно пов'язана емоційна сфера особистості, тому вона заслуговує особливої уваги при дослідженні психологічних механізмів патогенезу ІХС.

Дослідження і публікації, в яких започатковано розв'язання проблеми. Важлива роль емоційних факторів у патогенезі ІХС відображена в багатьох наукових працях. Нас дуже зацікавила знахідка S.E. Cleveland і D.L. Johnson (1962), які досліджуючи особливості психіки хворих на інфаркт міокарду методиками Роршаха і ТАТ, виявили своєрідну двоїстість натури цих хворих: з одного боку – розвинені самоповага і честолюбство, а з іншого – почуття безнадійності, песимізму та марності всіх зусиль [8, с. 138]. Цей глибинний мотиваційний конфлікт у хворих на інфаркт міокарду неминуче призводить до негативних емоційних переживань. Він свідчить про слабкість системи внутрішньо-особистісної саморегуляції.

В дослідженнях А.М. Ostfeld і співавторів (1964) та С.В. Bakker і R.M. Levenson (1967) зареєстровано кореляцію ІХС із ознаками іпохондрії, істерії, депресії в преморбідному періоді [8, с. 138]. Виявлено зв'язок ІХС із почуттям невдоволеності професійною діяльністю (J.G. Bruhn і співавт., 1968; M. Blohmke і співавт., 1969), а також рівнем освіти й життям у цілому (J. Liljefors, R. Rahe, 1970; C.D. Jenkins, 1971) [8]. Показано патогенну роль стресу й постійного почуття внутрішнього напруження (H.J. Russek, 1965, 1967; А.М. Ostfeld і співавт., 1964; Є.І. Чазов, 1975; Н.Л. Ястребова, Л.В. Симутенко, 1976; К.В. Судаков, 1981 та ін.) та підвищеного рівня тривоги у виникненні ІХС [9].

Із наведеного переліку видно, що багатьма дослідниками засвідчено участь негативних емоційних переживань і емоційного напруження в патогенезі ІХС. Це означає, що розвиток у особистості здатності до емоційної саморегуляції є необхідним компонентом психотерапевтичної та психопрофілактичної допомоги при ІХС. Позитивний вплив методів емоційної саморегуляції на перебіг захворювання висвітлений в праці Е.А. Гаврилової [5].

Невирішена частина загальної проблеми. На відміну від характерологічних рис особистості та поведінки хворих на ІХС, їх емоційна саморегуляція ще не була предметом окремого дослідження. Тому, ми вважаємо необхідним проаналізувати існуючі публікації, щоб виявити та систематизувати дані, які би висвітлювали особливості емоційної саморегуляції особистості при ІХС.

Мета цієї статті – визначити особливості емоційної саморегуляції особистості, що корелюють із ІХС.

РЕЗУЛЬТАТИ ТЕОРЕТИЧНОГО АНАЛІЗУ ПРОБЛЕМИ

Методика та організація дослідження. Для досягнення поставленої мети нами проведено теоретичне дослідження наукових публікацій, присвячених ролі емоційних факторів у виникненні та перебігу ІХС. При цьому ми використовували системний підхід і теоретичні методи, такі як: аналіз, синтез, порівняння, узагальнення.

Висвітлення результатів дослідження та їх інтерпретація. Нас особливо зацікавило дослідження Л.В. Бондаревої та З.Я. Ковальнової (1980), які виявили несприятливий, у порівнянні з іншими групами хворих, перебіг ІХС у пацієнтів із надмірно вираженими психологічними захисними реакціями [3, с. 33].

Л.В. Бондарева та співавтори (1980), обстежили 47 хворих на ІХС за допомогою методики багатобічного дослідження особистості. В 12 хворих із обстежених результати обстеження виявилися недостовірними. В більшості описаних пацієнтів причиною недостовірності даних була чітка змінена «захисна настанова». Під цим терміном малось на увазі ставлення до процедури обстеження, що характеризувалося запереченням психологічних проблем і конфліктів, підкреслюванням надмірної ретельності дотримання

загальноприйнятих норм і правил (навіть несуттєвих), прагненням відповідати нормативним критеріям.

У залежності від різноманітних психологічних радикалів виділялися наступні варіанти цієї настанови:

1) власне «захисна» настанова, продиктована прагненням утриматися на попередньому рівні активності, зберегти попередній соціальний статус, залишитися на попередніх позиціях у взаємостосунках з оточуючими. Причиною такої спрямованості настанови була провідна роль соціального статусу в ієрархії ціннісних орієнтацій особистості;

2) дисимуляція психопатологічної симптоматики, проявів особистісної неадекватності;

3) недостатня критичність або відсутність критики в хворого, що призводить до неможливості правильної суб'єктивної оцінки свого соматичного стану, життєвих проблем, перспектив [2, с. 37-38].

Також нам сподобалося дослідження В.В. Соложенкіна (1986), який провів клініко-анамнестичне обстеження хворих із гострим інфарктом міокарду та отримав дані, що свідчать про переважання в цій групі хворих анозогностичної реакції на гострий інфаркт міокарду з різноманітним внутрішнім змістом цієї анозогностії: тривожної, зовнішньої, вербалізованої, анозогностії на невротичну симптоматику в період хвороби, анозогностії у вигляді «ножиць» (зовнішньо-анозогностично-бравадна реакція, внутрішньо-тривожно-песимістична). Він відзначає, що з анозогностії на сферу психічних порушень дуже часто впливає іпохондрична гіперстимуляція соматичних розладів. Обстеження частини хворих у катамнезі виявило тенденцію до трансформації деяких видів анозогностії (тривожний, за типом «ножиць» та ін.) у іпохондричний синдром і далі в іпохондричний розвиток особистості. Дані клініко-анамнестичного обстеження дозволили виділити деякі механізми психологічного захисту в хворих, які перенесли гострий інфаркт міокарду, що функціонували і в передінфарктному періоді: 1) відмова від визнання дії стресора; 2) анозогностія на психічні порушення (дуже часто впливає з механізму психологічного захисту 1); 3) гедоністична відстороненість; 4) гіпертрофована соціальна нормативність та соціальна значущість; 5) «перенос у майбутнє»; 6) витіснення, в тому числі й істероїдний варіант витіснення та створення істероїдного анозогностичного компенсаторного образу; 7) невротичний механізм, при якому причина емоційного стресу покладається на зовнішні обставини. За допомогою експериментально-психологічного обстеження в хворих на гострий інфаркт міокарду виявлена також тенденція до створення соціально схвалюваних образів хвороби [15, с. 97-98].

Ми згодні з І.Є. Ганеліною (1971) в тому, що, зазвичай, протягом життя всі люди переживають психологічні стреси того чи іншого роду, але не в усіх розвивається ішемічна хвороба серця, зокрема інфаркт міокарду. Слід вважати, що крім характеру та тривалості психологічного стресу, має значення й те, як подія оцінюється людиною [6, с. 38]. Також ми поділяємо думку І.Є. Ганеліної, що стрес не виникає в результаті самої ситуації, а в результаті реакцій індивідуума на цю ситуацію. Цілком рівнозначну ситуацію сильний індивідуум може сприймати як цілком нормальну, в той час як інший, вразливий індивідуум, може вважати її стресовою, причому в таких випадках вона може супроводжуватися гормональною і біохімічною реакцією, типовою для стресової ситуації [6, с. 51].

В.І. Сіманенков (1981) вказує, що для хворих на ІХС характерна низька здатність до форм поведінки, спрямованих на зменшення гостроти й тривалості емоційного стресу. При ІХС ним виявлено наступні варіанти стресорного реагування. Це тенденції до звинувачення інших осіб у виникненні стресової ситуації та прагнення взяти на себе її усунення. Кореляційний аналіз показав, що всі вищезазвані варіанти стресорного реагування при ІХС супроводжуються посиленням ерготропної активації [14].

В.М. Арутюнян та співавтори (1982) також вказують на те, що особистість і форми її реагування на ситуацію фрустрації є важливими складовими етіопатогенетичного комплексу

ІХС. Імпульсивність, ригідність афекту та аутизм у поєднанні з гальмуванням моторних, мімічних і вербальних реакцій на афект є тією основою, на якій стрес реалізує патогенні зсуви в серцево-судинній системі [1].

І.Є. Ганеліна та співавтори (1987) зазначають, що при вивченні ролі психотравмуючої ситуації у виникненні психічної та соматичної патології найбільша увага приділяється способу, яким особистість «порається з ситуацією» (Василюк, 1984). Спостерігаючи протягом 7 років за групою хворих із різними формами ІХС, вони виділили чотири способи розв'язання психотравмуючої ситуації: 1) активна зміна ситуації (зміна роботи, повторний захист дисертації, відмова від небажаних цілей і дій і т.д.); 2) пристосування до ситуації, переорієнтація; 3) дискомфорт незалежно від зміни ситуації; 4) поєднання різноспрямованих тенденцій (гетероагресивне емоційне реагування, орієнтоване на розрив, вихід із ситуації та відмова від розв'язання або непродуктивне розв'язання її на поведінковому рівні).

Виявили певну залежність між реакцією на психотравмуючу ситуацію, способом її розв'язання та подальшим перебігом захворювання. В групі хворих зі стенокардією та інфарктом міокарду, де протягом 7 років спостереження не розвинулися первинні та повторні серцеві катастрофи, переважав активний спосіб розв'язання ситуації. Стан психічного дискомфорту спостерігався приблизно в 1/3 хворих; він не був викликаний конкретною ситуацією, а у великій мірі визначався особливостями особистості хворих цієї групи. Розв'язання психотравмуючої ситуації шляхом зміни ставлення до неї однаково рідко спостерігалось в усіх групах. Вони припускають, що, можливо, цей спосіб взагалі зустрічається рідше в популяції, оскільки вимагає особистісної перебудови. В групі тих, хто переніс повторний інфаркт міокарду зменшувалося число хворих, які долали обставини, збільшувалася частка хворих, які залишаються в нерозв'язаній (суб'єктивно або об'єктивно) ситуації. За їхніми спостереженнями, повторний інфаркт міокарду часто розвивався в обставинах, подібних до тих, що викликали перший інфаркт. У групі хворих з летальним наслідком переважав четвертий, найбільш патогенний, на їхній погляд, спосіб поведінки, що підтримує стійке негативне емоційне напруження.

На підставі проведеного дослідження І.Є. Ганеліна та співавтори роблять висновок, що поведінкові особливості, які визначають реакцію людини на хронічні та гострі конфліктні ситуації та постійне нервово напруження, можуть відігравати суттєву роль у перебігові та прогнозі захворювання. Саме хронічне нервово напруження, зв'язане з робочими навантаженнями та іншими повсякденними ситуаціями, скоріше за все, є важливим фактором як ризику розвитку атеросклерозу за інших рівних умов, так і характеру перебігу ІХС [7, с. 55-56].

Ми вважаємо, що це дослідження наочно показує залежність перебігу ІХС від того, наскільки розвинена в особистості здатність до саморегуляції.

Ми також згодні з З.А. Вейсовою (1988), що здатність до оптимального подолання критичних ситуацій є одним із найважливіших факторів, що забезпечують здоров'я людини. Нам дуже сподобалося дослідження, проведене нею на хворих із ІХС та особах із факторами ризику серцево-судинних захворювань, яке було спрямоване на вивчення механізму подолання внутрішньо-особистісних критичних ситуацій (ВКС). Дослідження показало, що цим механізмом є домінування однієї з двох основних фіксованих настанов особистості на процес самопізнання – «єго-захисної» настанови або «когнітивної» настанови (настанови на об'єктивне самопізнання). Домінування в критичній ситуації «єго-захисної» настанови призводить до використання неоптимальних способів подолання критичних ситуацій, а «когнітивної» – оптимальних.

Також виявлено зв'язок цього механізму з адекватністю самооцінки: чим сильніше домінування настанови на об'єктивне самопізнання, тим вищий ступінь адекватності самооцінки, чим сильніше домінування «єго-захисної» настанови, тим вона нижче. Неадекватна самооцінка детермінує неоптимальне подолання ВКС, збільшуючи чутливість особистості до стресу. На підставі цього, З.А. Вейсова оцінює «єго-захисну» настанову як значущий особистісний фактор ризику виникнення ІХС [4].

Дослідження В.А. Вейсової доповнює згадані вище дослідження механізмів психологічного захисту в хворих на ІХС і підтверджує патогенну роль неконструктивних механізмів захисту.

Співзвучною темі нашого дослідження є праця Ю.Ф. Полякова і співавторів (1988), які провели цикл досліджень, спрямованих на вивчення механізмів особистісної (сислової) регуляції діяльності в хворих із серцево-судинними захворюваннями (ІХС і гіпертонічною хворобою). Дослідження спиралися на гіпотезу про багаторівневу організацію механізмів регуляції, їх різну усвідомленість та опосередкованість, а також на припущення про важливість балансу довільних і мимовільних форм регуляції в адаптивній поведінці. Отримані результати свідчать про наявність стійкого дисбалансу довільної та мимовільної регуляції в хворих із серцево-судинними захворюваннями, що зростає в емоційних ситуаціях [11, с. 67].

Для ефективної довільної сислової регуляції емоційних станів необхідне вміння усвідомлювати смислові тонкощі власних внутрішніх переживань. Про слабкість цієї здатності в коронарних пацієнтів свідчить підвищений рівень алекситимії, що був виявлений у них.

Так, В.М. Провоторов і співавтори (1998) обстежили 172 чоловіка, які перенесли великовогнищевий розповсюджений інфаркт міокарду в терміни від 1 до 6 місяців. Підвищений рівень алекситимії мали 108 осіб (62,8%). У алекситимічних хворих середнє значення показників особистісної та ситуаційної тривожності було достовірно вищим, ніж у неалекситимічних, що свідчить про велику стрес-чутливість пацієнтів із алекситимією. Алекситимія в хворих на ІХС виступає в ролі психологічної характеристики особистості, яка посилює фізіологічні прояви стресу [13].

За даними В.М. Провоторова та співавторів (2001), серед контингенту хворих на ІХС алекситимія зустрічається з більшою частотою – в 44,1 % випадків. Серед пацієнтів з гострим інфарктом міокарду алекситимія виявляється в 62,1 %, з постінфарктним кардіосклерозом – у 51,4 %, з нестабільною стенокардією – в 39,3 %. У хворих з алекситимією при вивчених формах ІХС виявлено наступні характерологічні особливості: знижений контроль над емоціями та їх недостатнє усвідомлення; схильність до депресивного типу реагування в умовах стресу; схильність до іпохондричного розвитку особистості з появою сенестопатій; велика піддатливість алекситимічних хворих на ІХС дії різноманітних стресорів. У алекситимічних хворих такі фактори ризику ІХС, як гіперхолестеринемія, ожиріння та куріння, зустрічаються достовірно частіше, ніж у неалекситимічних [12, с. 49].

Отже, патогенне значення при ІХС мають надмірно виражені психологічні захисні реакції. Зокрема, виявлено такі **психологічні захисні механізми**: заперечення психологічних проблем і конфліктів; гіпертрофована соціальна нормативність і соціальна значущість; анозогнозія; відмова від визнання дії стресора; гедоністична відстороненість; «перенос у майбутнє»; витіснення; «невротичний механізм» – покладання причини емоційного стресу на зовнішні обставини (ми розуміємо цей механізм як уникання відповідальності за власний стан емоційного стресу). Особливість цих психологічних захисних механізмів полягає в тому, що вони функціонують на підсвідомому рівні, внаслідок чого утруднене довільне керування ними з боку особистості хворого.

Про особливості свідомого рівня емоційної саморегуляції дають змогу судити наступні риси хворих на ІХС: низька здатність до форм поведінки, спрямованих на зменшення гостроти й тривалості емоційного стресу; гальмуванням моторних, мимічних і вербальних реакцій на афект; стійкий дисбаланс довільної та мимовільної регуляції діяльності; підвищений рівень алекситимії.

Ці риси дають підстави вважати, що в хворих на ІХС переважає слабкий розвиток механізмів свідомої саморегуляції емоційних реакцій і станів. Серед цих механізмів домінує самоконтроль та гальмування зовнішніх поведінкових компонентів емоцій, що призводить лише до подовження в часі негативних емоційних переживань і підвищує рівень емоційного напруження. Розкриття психофізіологічних механізмів, що стоять за таким видом

саморегуляції ми знаходимо в С.Д. Положенцева (1990), який роз'яснює: «Слід відзначити, що втручання кіркових процесів у розвиток емоційної реакції здатне пригнітити лише зовнішні компоненти або видимі прояви емоції, переводячи її на вегетативний рівень, який у свою чергу реалізується повністю. Це призводить до посиленого впливу симпатико-адреналових ефектів на внутрішні органи та в першу чергу на серцево-судинну систему» [10, с. 75].

Розвинена здатність до ефективної емоційної саморегуляції є важливим фактором подолання стресових ситуацій та дискомфортних емоційних станів і запобігання емоційно-стресовим ураженням серцево-судинної системи. Проведений нами аналіз існуючих досліджень дозволяє скласти попереднє уявлення про особливості системи емоційної саморегуляції особистості, що корелюють із ІХС. Проблема емоційної саморегуляції при ІХС потребує подальшого різнобічного й комплексного дослідження.

ВИСНОВКИ

1. Проблема емоційної саморегуляції особистості є дуже актуальною в контексті дослідження етіології та патогенезу ІХС. Особливості емоційної саморегуляції хворих на ІХС є недостатньо дослідженими.

2. Для хворих на ІХС характерно домінування несвідомих механізмів психологічного захисту в системі їхньої емоційної саморегуляції, що мають переважно неконструктивний характер.

3. За попередніми даними, механізми свідомої емоційної саморегуляції в хворих на ІХС розвинені слабо. Серед цих механізмів найбільш поширеним є самоконтроль та гальмування зовнішніх поведінкових проявів емоційних переживань, що лише пролонгує негативні емоції та підвищує рівень емоційного напруження.

Перспективи подальших досліджень. На нашу думку, доцільно уточнити структуру механізмів психологічного захисту особистості при ІХС за допомогою інших діагностичних методик, а також більш диференційовано дослідити структуру свідомих механізмів емоційної саморегуляції, що застосовуються хворими на ІХС.

ЛІТЕРАТУРА

1. Арутюнян В.М. Личностные аспекты патогенеза ишемической болезни сердца / В.М. Арутюнян, Г.А. Минасян, Г.А. Еганян // Журнал экспериментальной и клинической медицины. – 1982. – Т. XXII, № 6. – С. 538-541.

2. Бондарева Л.В. К анализу некоторых форм психологических защитных реакций у больных ишемической болезнью сердца / Л.В. Бондарева, З.Я. Ковалева, В.А. Перевозникова, Л.Н. Капитонова // Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Сборник научных трудов / Ред. коллегия: В.И. Шахматов и др. / Четвертое главное управление при Министерстве здравоохранения СССР. – М.: Б.и., 1980. – С. 36-39.

3. Бондарева Л.В. О роли медицинского психолога в изучении психологических факторов риска ИБС / Л.В. Бондарева, З.Я. Ковалева // Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: Сборник научных трудов / Ред. коллегия: В.И. Шахматов и др. / Четвертое главное управление при Министерстве здравоохранения СССР. – М.: Б.и., 1980. – С. 31-33.

4. Вейсова З.А. Об одном личностном факторе риска возникновения ИБС // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума (г. Суздаль, 12-15 апреля 1988 г.) / Отв. ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозов / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РСФСР, Московский ордена Трудового Красного Знамени медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко. – М.: Изд. Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, 1988. – С. 18.

5. Гаврилова Е.А. Роль поведенческого типа А и психического стресса в развитии ишемической болезни сердца, возможности психопрофилактики и психотерапии заболевания // Кардиология. – 1999. – № 9. – С. 72-78.
6. Ганелина И.Е. Некоторые аспекты проблемы патогенеза ишемической болезни сердца // Кардиология. – 1971. – Т. XI, № 9. – С. 36-42.
7. Ганелина И.Е. Значение нервного напряжения и поведенческих особенностей для развития и течения ишемической болезни сердца / И.Е. Ганелина, Н.Я. Притыкина // Регуляция висцеральных функций: Закономерности и механизмы: Сборник научных работ / Отв. ред. Н.П. Бехтерева / Академия наук СССР отделение физиологии. – Ленинград: Изд-во «Наука» Ленинградское отделение, 1987. – С. 45-62.
8. Зимин Ю.В. Некоторые социальные и психологические факторы этиологии ишемической болезни сердца // Кардиология. – 1974. – Т. XIV. – № 8. – С. 133-143.
9. Ибатов А. Тревога и ишемическая болезнь сердца / А. Ибатов, А. Сыркин, А. Вейн // Врач. – 2003. – № 9. – С. 8-11.
10. Положенцев С.Д. Психологические особенности больных ишемической болезнью сердца с поведенческим фактором риска (тип А) / С.Д. Положенцев, Д.А. Руднев, В.А. Чиж, А.В. Маклаков // Кардиология. – 1990. – Т. 30, № 4. – С. 73-75.
11. Поляков Ю.Ф. Особенности личностной регуляции у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / Ю.Ф. Поляков, В.В. Николаева, С.Э. Вейтиса Моро, И.А. Сапарова // Психопатология, психология эмоций и патология сердца: Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума (г. Суздаль, 12-15 апреля 1988 г.) / Отв. ред. акад. АМН СССР Г.В. Морозов / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество невропатологов и психиатров, Московский научно-исследовательский институт психиатрии Минздрава РСФСР, Московский ордена Трудового Красного Знамени медицинский стоматологический институт им. Н.А. Семашко. – М.: Изд. Всесоюзного научного общества невропатологов и психиатров, 1988. – 113 с. – С. 67-68.
12. Провоторов В.М. Психосоматические соотношения у больных ишемической болезнью сердца с алекситимией / В.М. Провоторов, А.В. Будневский, А.Я. Кравченко, Т.И. Грекова // Кардиология. – 2001. – Т. 41, № 2. – С. 46-49.
13. Провоторов В.М. Традиционные факторы риска ИБС в контексте проблемы алекситимии / В.М. Провоторов, А.Я. Кравченко, А.В. Будневский, Т.И. Грекова // Российский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 45-48.
14. Симаненков В.И. Психосоматические факторы риска при ишемической болезни сердца и язвенной болезни // Предболезнь – болезнь – выздоровление: Тезисы XVIII Всесоюзного съезда терапевтов (г. Ленинград, 24 марта 1981 г.) / Под ред. академика АМН СССР, Героя Социалистического Труда, проф. Ф.И. Комарова / Министерство здравоохранения СССР, Всесоюзное научное общество терапевтов. – М.: Б.и., 1981. – Часть I. – С. 472-473.
15. Соложенкин В.В. Изучение механизмов психологической защиты у больных, перенесших инфаркт миокарда, на госпитальном этапе реабилитации / В.В. Соложенкин, С.Ю. Мухтаренко, А.Н. Зерниченко // Профилактика, диагностика и лечение основных сердечно-сосудистых заболеваний в условиях Киргизии / Под ред. член.-корр. АМН СССР, проф. М.М. Миррахимова / Министерство здравоохранения Киргизской ССР, Киргизский научно-исследовательский институт кардиологии. – Фрунзе: Б.и., 1986. – С. 89-99.