

6. *Ковров В. В., Мириманова М. С., Оганесян Н. Т.* Воспитательная система образовательного учреждения как ресурс обеспечения психологической безопасности: Учебно-метод. пособ. М.: Экон-Информ, 2012.
7. *Моргаевская А. Н.* Анализ развития теории коллектива в отечественной педагогике // Письма в Emissia. Offline: Электронный научно-педагогический журнал. Декабрь 2008. ART 1293. СПб., 2008. <http://www.emissia.org/offline/2008/1293.htm>. [Дата обращения — 6.03.2014].
8. *Новикова Л. И.* Воспитание — воспитательная система — воспитательное пространство // Педагогика воспитания: Избранные педагогические труды. М.: Пер Сэ, 2010.
9. *Титова Е. В.* Концептуальная модель педагогической теории коллектива // Письма в Emissia. Offline: Электронный научно-педагогический журнал. Октябрь, 2011. ART 1657. СПб., 2011. <http://www.emissia.org/offline/2011/1657.htm> –[Дата обращения 6.03.2014].

REFERENCES

1. *Baeva I. A.* Psihologicheskaia bezopasnost' v obrazovanii. SPb.: Izd-vo «Sojuz». 2002. 271 s.
2. *Baeva I. A.* Obshchepsihologicheskie kategorii v praktike issledovanija psihologicheskoj bezopasnosti obrazovatel'noj sredy //Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gertsena. 2010. № 128. S. 27–39.
3. *Ivanov I. P.* Zveno v beskonechnoj tsepi. Rjazan', 1994. S. 13–14.
4. *Kovrov V. V.* Duhovno-nravstvennoe vospitanie kak faktor obespechenija psihologicheskogo zdorov'ja lichnosti sovremennogo shkol'nika v bezopasnoj obrazovatel'noj srede // Vestnik VjatGGU Kirov/ Izd-vo: Vjatskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta. 2012. № 3(3). S. 139–142.
5. *Kovrov V. V., Oganjesjan N. T.* Ekspertiza vospitel'noj dejatel'nosti pedagoga po profilaktike nasilija v shkole // Vestnik Vjatskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta: Serija «Pedagogika i psihologija». 2013. № 2(3).
6. *Kovrov V. V., Mirimanova M. S., Oganjesjan N. T.* Vospitel'naja sistema obrazovatel'nogo uchrezhdenija kak resurs obespechenija psihologicheskoj bezopasnosti: Uchebno-metodicheskoe posobie. M.: Ekon-Inform, 2012.
7. *Morgaevskaja A. N.* Analiz razvitija teorii kollektiva v otechestvennoj pedagogike // Pis'ma v Emissia. Offline: Elektronnyj nauchno-pedagogicheskij zhurnal. Dekabr', 2008. ART 1293. SPb., 2008. <http://www.emissia.org/offline/2008/1293.htm> [Data obrashchenija — 6.03.2014].
8. *Novikova L. I.* Vospitanie — vospitel'naja sistema — vospitel'noe prostranstvo // Pedagogika vospitanija: Izbrannye pedagogicheskie trudy / L. I. Novikova. M.: Per Sje, 2010.
9. *Titova E. V.* Kontseptual'naja model' pedagogicheskoi teorii kollektiva // Pis'ma v Emissia. Offline: Elektronnyj nauchno-pedagogicheskij zhurnal. Oktjabr', 2011. ART 1657. SPb., 2011. — <http://www.emissia.org/offline/2011/1657.htm> –[data obravenija 6.03.2014].

Е. А. Дубинина

СТРЕСС-ПРЕОДОЛЕВАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Отражены результаты исследования стресс-преодолевающего поведения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Проанализированы взаимосвязи между стилем стресс-преодолевающего поведения и личностной реакцией на заболевание. Установлено, что для пациентов, перенесших инфаркт миокарда, характерен ограниченный репертуар стратегий преодоления стресса, а также низкая эффективность эмоционально-фокусированных копинг-стратегий.

Ключевые слова: *стресс, адаптация, стресс-преодолевающее поведение, инфаркт миокарда, личность, отношение к болезни.*

E. Dubinina

Stress Coping Behaviour of Patients after Myocardial Infarction

The article represents the results of coping behavior assessment in myocardial infarction survivors. Interrelationships between coping style and the patients' reaction to the disease are explored. It is found that survivors of myocardial infarction have a narrow *coping repertoire and low effectiveness of emotion-focused coping strategies.*

Keywords: *stress, adaptation, coping behavior, myocardial infarction, personality, attitude towards disease.*

В настоящее время общепризнанной является роль психогенных факторов в развитии сердечно-сосудистых заболеваний и провокации неотложных кардиологических состояний. В частности, доказано, что риск коронарных катастроф возрастает при переживании острых стрессогенных событий и чувства гнева, при этом психологическое предрасположение к кардиологическим заболеваниям определяется комплексом поведенческих характеристик (курение, низкий уровень физической активности, несбалансированное питание и др.) и некоторыми личностными особенностями, связанными с негативной эмоциональностью [1].

Очевидно, что личностные факторы риска формируют условия для ситуационных триггеров острых кардиологических состояний, определяя, в частности, особенности реагирования на психотравмирующие (стрессогенные) ситуации, включая ситуацию самой болезни. В связи с этим особое значение в кардиопрофилактике и кардиореабилитации приобретает задача развития у личности навыков эффективного преодоления стресса.

Следует отметить, что, несмотря на очевидность, проблема соотношений стресс-преодолевающего поведения (копинга) и кардиологического риска, а также качества адаптации к развившейся болезни изучена недостаточно [8; 9].

Имеются лишь единичные работы, демонстрирующие связь неэффективного копинга и вероятности развития острых форм ишемической болезни сердца. В частности, по результатам проспективного шведского исследования (включившего 2755 мужчин), склонность скрывать и подавлять свое недовольство при субъективно несправедливом отношении начальства или коллег на работе в два раза повышает вероятность развития инфаркта миокарда вне зависимости от других известных факторов риска [14]. В другом проспективном шведском исследовании «Men born in 1914», включавшем 414 мужчин, было установлено, что дефицит социальной поддержки связан с повышенным риском развития инфаркта миокарда лишь у тех, кто исходно демонстрировал неконструктивное поведение в экспериментальной стрессогенной ситуации [10]. В сравнительном исследовании пациентов со стабильной стенокардией и острым коронарным синдромом было установлено, что для лиц с острыми состояниями более характерны неконструктивные стратегии преодоления стресса и недостаточность социальной поддержки [16].

Данные о роли стресс-преодолевающего поведения в формировании медицинского и психосоциального прогноза у лиц с уже развившимся инфарктом миокарда весьма

противоречивы. Так, например, установлено, что преобладание неконструктивных копинг-стратегий сопряжено с низкой приверженностью лечению больных [6], а также со склонностью откладывать обращение за медицинской помощью при возникновении симптомов развивающегося неотложного кардиологического состояния [12]. В то же время в исследовании М. Schlyter et al. [17] не было выявлено каких-либо зависимостей между стилем преодоления стресса и временем обращения за неотложной помощью. Остается дискуссионным вопрос о критериях конструктивности / неконструктивности, эффективности / неэффективности копинг-стратегий. Противоречивы данные о значении стресс-преодолевающего поведения в формировании качества жизни и психосоциальной адаптации пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Ряд авторов отмечает позитивную роль активного проблемно-ориентированного копинга, в то время как в других работах связи между стилем совладания со стрессом и качеством жизни пациентов не отмечается, а в отдельных исследованиях показано позитивное значение эмоционально-фокусированных копинг-стратегий [5; 8; 11; 13; 15; 18].

Таким образом, несмотря на потенциально высокую значимость стресс-преодолевающего поведения как переменной, опосредующей связь между стрессорами (включая стресс-болезни) и кардиологическим риском, а также между стрессорами и качеством психической и социальной адаптации у лиц с развившимися кардиологическими заболеваниями, данная проблема остается недостаточно изученной.

Определение особенностей стресс-преодолевающего поведения пациентов, перенесших неотложные кардиологические состояния, и его роли в формировании отношения к болезни (как стрессогенной ситуации) представляется перспективным для обоснования направлений психологической коррекции в системе кардиопрофилактики и кардиореабилитации.

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования стало установление значения стресс-преодолевающего поведения в формировании кардиологического риска и отношения к болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда. Для достижения указанной цели было осуществлено сравнение стиля стресс-преодолевающего поведения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и лиц без неотложных кардиологических состояний в анамнезе, а также проведен анализ взаимосвязей между характеристиками стиля стресс-преодолевающего поведения и отношения к болезни у кардиологических пациентов.

Исследование реализовывалось на базе кардиологического отделения для инфарктных больных Городской больницы Святой преподобномученицы Елизаветы (заведующий отделением — Л. А. Сорокин) и отделения восстановительного лечения кардиологических больных Городской больницы № 23 (заведующая — И. С. Клёнина) Санкт-Петербурга.

Клиническую группу составили 119 пациентов (71 мужчина, 48 женщин в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст — $55,6 \pm 0,64$ лет), госпитализированных в связи с инфарктом миокарда. Подгруппы мужчин и женщин, перенесших инфаркт, достоверно различались по возрасту (женщины в среднем — старше; $59,9 \pm 0,97$ лет в противоположность $52,7 \pm 0,65$ лет, $p < 0,05$, что отражает эпидемиологическую ситуацию и особенности клинического течения ишемической болезни сердца у мужчин и женщин) [7]. У 18,8% пациентов настоящая госпитализация была повторной. Психологическое обследование пациентов осуществлялось в течение первых десяти дней после перевода из отделения кардиореанимации.

Контрольную группу составили 89 респондентов-добровольцев — жителей Санкт-Петербурга (31 мужчина, 58 женщин, в возрасте от 40 до 70 лет, средний возраст — $51,6 \pm 0,62$ лет) разного социального статусу-

са и рода деятельности, актуально не проходящих стационарное или амбулаторное лечение, по самоотчетам не имеющих в анамнезе инфаркта миокарда или иных неотложных кардиологических состояний.

В рамках психодиагностического обследования использовались следующие методики:

- Опросник «Стратегии совладающего поведения» для определения стиля стресс-преодолевающего поведения [3].
- Опросник «Уровень субъективного контроля» [2] для определения локуса контроля (интернальности / экстернальности). В настоящей работе учитывались результаты по субшкале «Уровень субъективного контроля в сфере здоровья».
- «Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни» (ТОБОЛ) [4].

Стиль стресс-преодолевающего поведения и риск развития инфаркта миокарда

Результаты сравнительного анализа стиля стресс-преодолевающего поведения (по опроснику «Стратегии совладающего поведения») у лиц, перенесших инфаркт миокарда, и лиц без неотложных кардиологиче-

ских состояний в анамнезе представлены в табл. 1.

Как следует из табл. 1, кардиологические больные имеют более ограниченный репертуар стратегий преодоления стресса, чем респонденты со стабильным соматическим состоянием. Эти ограничения определяются прежде всего более редким использованием стратегий, предполагающих активное сопротивление трудностям (конфронтация), самоконтроль эмоционального состояния и поиск социальной поддержки. Следует также отметить, что даже при учете стандартной ошибки среднего все показатели клинической группы лежат значительно ниже границы среднего (50 Т-баллов). На основании выявленных различий можно предположить, что в проблемных ситуациях лица с повышенным кардиологическим риском склонны к интенсивным эмоциональным реакциям, но вместе с тем пассивны и не ориентированы на поиск внешних ресурсов для преодоления сложностей. Выявленные особенности могут оказывать влияние на риск развития инфаркта миокарда, определяя меньшую сопротивляемость личности стрессогенным воздействиям.

Достоверных различий в стиле стресс-преодолевающего поведения мужчин и

Таблица 1

Стиль стресс-преодолевающего поведения у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, и условно здоровых

Стратегии стресс-преодолевающего поведения	Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда (n = 119)	Респонденты без инфаркта миокарда в анамнезе (n = 89)	t Стьюдента	p
Конфронтация	39,12 ± 1,34	44,85 ± 1,09	3,32	0,001
Дистанцирование	46,10 ± 1,38	48,76 ± 1,16	1,48	0,140
Самоконтроль	40,87 ± 1,40	47,21 ± 1,26	3,36	0,001
Поиск социальной поддержки	46,23 ± 0,98	50,37 ± 1,30	2,55	0,012
Принятие ответственности	44,98 ± 1,17	47,55 ± 0,96	1,71	0,090
Избегание	43,30 ± 1,26	44,53 ± 1,28	0,69	0,491
Положительная переоценка проблемы	42,74 ± 1,23	45,27 ± 1,13	1,52	0,131

женщин выявлено не было. Также не было обнаружено различий в уровне субъективного контроля здоровья между условно здоровыми и кардиологическими пациентами. На уровне тенденции отмечалась более выраженная интернальность (более высокий уровень субъективного контроля) в группе больных с инфарктом миокарда ($4,03 \pm 0,23$ стенов в противоположность $4,62 \pm 0,24$ стенов, $t = -1,74$, $p = 0,08$), что, возможно, свидетельствует о влиянии опыта жизнеопасного состояния на чувство ответственности за свое здоровье.

Стиль стресс-преодолевающего поведения и локус контроля здоровья

Взаимосвязи между уровнем субъективного контроля в сфере здоровья и стилем стресс-преодолевающего поведения были выявлены только в группе условно здоровых, при этом более высокий субъективный контроль состояния здоровья соотносится с меньшей выраженностью стратегий «конфронтация» ($r = -0,30$, $p < 0,01$), «дистанцирование» ($r = -0,27$, $p < 0,05$) и «избегание» ($r = -0,40$, $p < 0,001$). Зависимости между ло-

кусом контроля здоровья и стресс-преодолевающим поведением у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, выявлено не было.

Таким образом, у условно здоровых респондентов отмечается определенная согласованность между когнитивными установками в отношении здоровья и предпочитаемыми способами поведения в проблемных ситуациях, включая ситуации нарушения здоровья / болезни. У кардиологических же пациентов подобная согласованность не выражена, и можно предположить, что у них когнитивные установки в отношении здоровья являются слабым регулятором поведения в стрессовой ситуации болезни, то есть отмечается определенная диссоциация между представлениями и поведением больных.

Стиль стресс-преодолевающего поведения и личностная

Реакция на заболевание у пациентов, перенесших инфаркт миокарда

Распределение типов отношения к болезни (по методике ТООБЛ) у мужчин и женщин, перенесших инфаркт миокарда, представлено в табл. 2.

Таблица 2

Типы отношения к болезни и мужчин и женщин, перенесших инфаркт миокарда

Типы отношения к болезни		Мужчины (n = 71), %	Женщины (n = 48), %
Нормонозо-гнозия	Гармоничный	15,5	6,3
Гипонозо-гнозия	Анозогнозический	11,3	18,8
	Эргопатический	33,8	25,0
	Эргопатически-анозогнозический	14,1	4,2
Гипернозо-гнозия	Эргопатически-неврастенический	0	4,2
	Эргопатически-сенситивный	2,8	2,1
	Эргопатически-тревожный	0	4,2
	Сенситивный	5,6	4,2
	Сенситивно-тревожный	1,4	0
	Неврастенический	0	2,1
	Тревожный	4,2	8,4
	Апатический	0	4,2
	Диффузный	11,3	16,7

Как следует из данных, представленных в табл. 2, преобладающими являлись типы отношения к болезни, связанные с недооценкой тяжести своего состояния и стремлением преодолеть возникшие ограничения для сохранения прежнего уровня физической и социальной активности. Наиболее типичны такие реакции для мужчин; для женщин же более характерны конфликтные переживания: стремление возвратиться к активной жизнедеятельности в сочетании с навязчивыми опасениями, обеспокоенностью своим состоянием. В целом гипернозогнозические реакции более характерны для женщин (45,8% в противоположность 25,3% у мужчин, $p < 0,05$), у мужчин же чаще выявляется ориентированность на скорейшее восстановление физического и социального статуса с тенденцией к игнорированию медицинских рекомендаций.

При анализе роли стиля стресс-преодолевающего поведения в формировании отношения к болезни пациентов было установлено следующее.

У мужчин наибольший вклад в отношение к болезни вносит стратегия самоконтроля: более частое ее использование сопряжено с большей выраженностью тревожных ($r = 0,31$, $p < 0,05$), сенситивных ($r = 0,30$, $p < 0,05$), паранойяльных ($r = 0,35$, $p < 0,05$), эгоцентрических ($r = 0,31$, $p < 0,05$) тенденций. У женщин определяющим является предпочтение стратегии принятия ответственности: при более частом ее использовании в отношении к болезни более выражены тревожные ($r = 0,39$, $p < 0,05$), эгоцентрические ($r = 0,48$, $p < 0,01$), дисфорические ($r = 0,34$, $p < 0,05$) тенденции.

На основании выявленных зависимостей можно предположить, что в процессе преодоления стресса болезни у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, особое значение приобретают стратегии самоанализа и саморегуляции.

Настоящее исследование было направлено на оценку роли стресс-преодолевающего поведения в формировании риска развития

инфаркта миокарда и в дальнейшем — качества психологической адаптации к болезни у кардиологических пациентов.

Актуальность данной работы определяется прежде всего важной ролью стрессовых событий в развитии и в клинической динамике сердечно-сосудистых заболеваний, а следовательно, особым значением стрессоустойчивости и эффективного стресс-преодолевающего поведения в снижении патогенного потенциала стресса [1]. Кроме того, сама болезнь как психотравмирующая ситуация требует особых адаптационных усилий личности для перестройки системы отношений, поведения, образа жизни с учетом ограничений, накладываемых заболеванием.

Несмотря на значимость проблемы, в доступной литературе обнаруживаются лишь единичные работы, посвященные роли стресс-преодолевающего поведения в формировании кардиологического риска, а также медицинского и психосоциального прогноза у кардиологических пациентов. При этом данные исследований весьма противоречивы [5; 8; 11; 13; 15; 18].

Вышеизложенное определило направленность настоящего исследования, в котором было получено несколько значимых результатов.

Прежде всего, было установлено, что пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, характеризуются более узким репертуаром стратегий преодоления стресса, чем условно здоровые респонденты. Это позволяет предположить, что в формировании риска развития инфаркта миокарда, особенно в стрессогенных условиях, особое значение имеет недостаточность навыков эффективного преодоления стресса (копинга).

Трудности в эффективном преодолении проблемных ситуаций могут усугубляться в ситуации болезни, которая сама по себе является психотравмирующим обстоятельством. Косвенным подтверждением этого служат результаты исследования, согласно которым только у 15% мужчин и 6% жен-

щин в период госпитализации формируется гармоничное отношение к болезни. В остальных случаях имеет место либо недооценка тяжести состояния с настойчивым стремлением сохранить прежний уровень социальной активности (более характерна для мужчин), либо повышенная фрустрированность и эмоциональная вовлеченность в ситуацию болезни. Оба варианта реагирования, по видимому, отражают сложности в преодолении стресса болезни в условиях ограниченного репертуара копинг-стратегий.

Наконец, при анализе соотношений характеристик стресс-преодолевающего поведения и внутренней картины болезни была установлена парадоксальная зависимость — более частое использование отдельных копинг-стратегий сочеталось с большей выраженностью дезадаптивных тенденций личностного реагирования на заболевание, отражающих главным образом тревогу и нарушения межличностных взаимоотношений. Важно также отметить, что данные (условно неконструктивные) стратегии — самоконтроль (у мужчин) и принятие ответственности (у женщин) — имели направленность на саморегуляцию (анализ собственной роли в возникновении ситуации и подавление эмоций). Ряд авторов отмечает [8; 11; 15], что применение подобных (эмоционально-фокусированных) стратегий является оправданным и целесообразным при интенсивном слабо контролируемом стрессе (что справедливо в отношении госпитализации по поводу инфаркта миокарда). «Дезадаптивность» указанных стратегий у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, может объясняться их несовершенной поведенческой реализацией, то есть неэффек-

тивностью усилий пациентов по контролю эмоций и поиску причин возникшей ситуации (с нарастанием тревоги, недоверия к окружающим, с переживанием одиночества и недостаточности поддержки).

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что для пациентов, перенесших инфаркт миокарда, характерно, с одной стороны, недостаточное разнообразие способов совладания со стрессом, а с другой стороны — недостаточная эффективность применяемых стратегий, направленных на саморегуляцию психического состояния.

В ы в о д ы

- В формировании предрасположения к развитию инфаркта миокарда существенную роль играет недостаточность репертуара стратегий преодоления стресса — как проблемно-ориентированных, так и направленных на эмоциональную саморегуляцию — и поиск внешних ресурсов для разрешения проблемы.

- Пациенты, перенесшие инфаркт миокарда, испытывают трудности в адаптации к стрессогенной ситуации острого жизнеугрожающего состояния и госпитализации, что проявляется формированием крайних вариантов личностного реагирования — с недостаточной или чрезмерной эмоциональной вовлеченностью в ситуацию заболевания.

- Для пациентов, предрасположенных к развитию неотложных кардиологических состояний, характерна низкая эффективность эмоционально-фокусированных копинг-стратегий, отражающая общие трудности эмоциональной саморегуляции в стрессовых ситуациях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алёхин А. Н., Трифонова Е. А. Психологические факторы кардиометаболического риска: история и современное состояние проблемы // Артериальная гипертензия. 2012. Том 18. № 4. С. 278–291.
2. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Эткин А. М. Опросник уровня субъективного контроля. М.: Смысл, 1993. 16 с.

3. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Исаева Е. Р., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю., Новожилова М. Ю., Вукс А. Я.* Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями: Пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. 38 с.
4. *Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.* Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2005. 32 с.
5. *Великанов А. А., Демченко Е. А., Круглова Н. Е., Щелкова О. Ю.* Психологические факторы в прогнозе социально-трудовой реабилитации больных ишемической болезнью сердца // Вестник Санкт-Петербургского университета. 2012. Серия 12. Вып. 3. С. 3–19.
6. *Зеленская И. А., Лубинская Е. И., Великанов А. А., Демченко Е. А.* Психологические особенности пациентов, перенесших операцию коронарного шунтирования, в зависимости от их приверженности к участию в реабилитационной программе // Вестник Южно-Уральского государственного университета: Психология. 2011. № 42. С. 73–76.
7. *Кинаш Н. И.* Особенности инфаркта миокарда у женщин: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Новосибирск, 2002. 25 с.
8. *Трифопова Е. А.* Стратегии совладания со стрессом и соматическое здоровье человека: теоретические подходы и эмпирические исследования // Известия РГПУ им. А. И. Герцена. 2012. № 145. С. 96–108.
9. *Aldwin C., Yancura L. A.* Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures // *Schnurr P. P., Green B. L.* (Eds.) Physical health consequences of exposure to extreme stress. American Psychological Association. 2004. P. 99–126.
10. *André-Petersson L., Hedblad B., Janzon L., Ostergren P. O.* Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: who is at risk? Results from prospective cohort study «Men born in 1914,» Malmö, Sweden // *Int J Behav Med.* 2006. Vol. 13(4). P. 340–347.
11. *Chiavarino C., Rabellino D., Ardito R. B., Cavallero E., Palumbo L., Bergerone S., Gaita F., Bara B. G.* Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety // *J. Psychosom Res.* 2012. Vol. 73(6). P. 473–475. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.10.002.
12. *Kentsch M., Rodemerik U., Müller-Esch G., Schnoor U., Münzel T., Ittel T. H., Mitusch R.* Emotional attitudes toward symptoms and inadequate coping strategies are major determinants of patient delay in acute myocardial infarction // *J. Cardiol.* 2002. Vol. 91(2). P. 147–155.
13. *Kristofferzon M-L.* Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction // *M.-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson* // *J. Adv. Nurs.* 2005. Vol. 52. P. 113–124.
14. *Leineweber C., Westerlund H., Theorell T., Kivimäki M., Westerholm P., Alfredsson L.* Covert coping with unfair treatment at work and risk of incident myocardial infarction and cardiac death among men: prospective cohort study // *J. Epidemiol Community Health.* 2011. Vol. 65(5). P. 420–425.
15. *Lowe B., Norman P., Bennett P.* Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: concurrent and predictive associations // *Br J. Health Psychol.* 2000. Vol. 5. P. 337–350.
16. *Roohafza H., Talaei M., Pourmoghaddas Z., Rajabi F., Sadeghi M.* Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: a case-control study // *J. Cardiol.* 2012. Vol. 59(2). P. 154–159.
17. *Schlyter M., André-Petersson L., Engström G., Tydén P., Östman M.* The impact of personality factors on delay in seeking treatment of acute myocardial infarction // *BMC Cardiovascular Disorders.* 2011. Vol. 11. P. 21 doi:10.1186/1471-2261-11-21.
18. *Terry D. J.* Stress, coping and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients // *Br J Clin Psychol.* 1992. Vol. 31 (Pt 2). P. 215–225.

REFERENCES

1. *Aljohin A. N., Trifonova E. A.* Psihologicheskie faktory kardiometabolicheskogo riska: istorija i sovremennoe sostojanie problemy // *Arterial'naja gipertenzija.* 2012. Tom 18. № 4. S. 278–291.

2. *Bazhin E. F., Golyunkina E. A., Etkind A. M.* Oprosnik urovnja subjektivnogo kontrolja. M.: Smysl, 1993. 16 s.
3. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Isaeva E. R., Trifonova E. A., Shchelkova O. Ju., Novozhilova M. Ju., Vuks A. Ja.* Metodika psihologicheskoi diagnostiki sposobov sovladanija so stressovymi i problemnymi dlja lichnosti situatsijami: Posobie dlja vrachej i meditsinskih psihologov. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2009. 38 s.
4. *Vasserman L. I., Iovlev B. V., Karpova E. B., Vuks A. Ja.* Psihologicheskaja diagnostika odnoshenija k bolezni: Posobie dlja vrachej. SPb.: Izd-vo NIPNI im. V. M. Behtereva, 2005. 32 s.
5. *Velikanov A. A., Demchenko E. A., Kruglova N. E., Shchelkova O. Ju.* Psihologicheskie faktory v prognoze sotsial'no-trudovoj rehabilitatsii bol'nyh ishemicheskoi bolezni serdca // Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. 2012. Serija 12. Vyp. 3. S. 3–19.
6. *Zelenskaja I. A., Lubinskaja E. I., Velikanov A. A., Demchenko E. A.* Psihologicheskie osobennosti patsientov, perenessih operatsiju koronarnogo shuntirovanija, v zavisimosti ot ih priverzhennosti k uchastiju v rehabilitatsionnoj programme // Vestnik Juzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta: Psihologija. 2011. № 42. S. 73–76.
7. *Kinash N. I.* Osobennosti infarkta miokarda u zhenshchin: Avtoreferat dis. ... kand. med. nauk. Novosibirsk, 2002. 25 s.
8. *Trifonova E. A.* Strategii sovladanija so stressom i somaticheskoe zdorov'e cheloveka: teoreticheskie podhody i empiricheskie issledovanija // Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gertsena. 2012. № 145. S. 96–108.
9. *Aldwin C., Yancura L. A.* Coping and health: A comparison of the stress and trauma literatures // *Schnurr P. P., Green B. L.* (Eds.) Physical health consequences of exposure to extreme stress. American Psychological Association. 2004. P. 99–126.
10. *André-Petersson L., Hedblad B., Janzon L., Ostergren P. O.* Social support and behavior in a stressful situation in relation to myocardial infarction and mortality: who is at risk? Results from prospective cohort study «Men born in 1914,» Malmö, Sweden // *Int J. Behav Med.* 2006. Vol. 13(4). P. 340–347.
11. *Chiavarino C., Rabellino D., Ardito R. B., Cavallero E., Palumbo L., Bergerone S., Gaita F., Bara B. G.* Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety // *J. Psychosom Res.* 2012. Vol. 73(6). P. 473–475. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.10.002.
12. *Kentsch M., Rodemerk U., Müller-Esch G., Schnoor U., Münzel T., Ittel T. H., Mitusch R.* Emotional attitudes toward symptoms and inadequate coping strategies are major determinants of patient delay in acute myocardial infarction // *J. Cardiol.* 2002. Vol. 91(2). P. 147–155.
13. *Kristofferzon M-L.* Coping, social support and quality of life over time after myocardial infarction // *M-L. Kristofferzon, R. Löfmark, M. Carlsson* // *J. Adv. Nurs.* 2005. Vol. 52. P. 113–124.
14. *Leineweber C., Westerlund H., Theorell T., Kivimäki M., Westerholm P., Alfredsson L.* Covert coping with unfair treatment at work and risk of incident myocardial infarction and cardiac death among men: prospective cohort study // *J. Epidemiol Community Health.* 2011. Vol. 65(5). P. 420–425.
15. *Lowe B, Norman P, Bennett P.* Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: concurrent and predictive associations // *Br J. Health Psychol.* 2000. Vol. 5. P. 337–350.
16. *Roohafza H., Talaei M., Pourmoghaddas Z., Rajabi F., Sadeghi M.* Association of social support and coping strategies with acute coronary syndrome: a case-control study // *J. Cardiol.* 2012. Vol. 59(2). P. 154–159.
17. *Schlyter M., André-Petersson L., Engström G., Tydén P., Östman M.* The impact of personality factors on delay in seeking treatment of acute myocardial infarction // *BMC Cardiovascular Disorders.* 2011. Vol. 11. P. 21 doi:10.1186/1471-2261-11-21.
18. *Terry D. J.* Stress, coping and coping resources as correlates of adaptation in myocardial infarction patients // *Br J. Clin Psychol.* 1992. Vol. 31 (Pt 2). P. 215–225.