

Ю. П. Зинченко, Е. И. Первичко

СИНДРОМНЫЙ ПОДХОД В ПСИХОЛОГИИ ТЕЛЕСНОСТИ (НА ПРИМЕРЕ ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ПРОЛАПСОМ МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА)

В статье обсуждается вопрос о возможности приложения методологии синдромного анализа психических явлений к проблемному полю психологии телесности. Представлен пример построения психосоматического синдрома у больных с пролапсом митрального клапана с использованием методов качественного и статистического анализа данных лонгитюдного клинико-психологического исследования 290 пациентов. Показано, что данный синдром является многоуровневым и его структура задается несколькими факторами: мотивационным (доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки), фактором нарушений эмоциональной регуляции, а также психофизиологическим фактором. Обсуждается возможность использования психосоматического синдрома в качестве инструмента для решения не только диагностических, но и прогностических задач как в клинической психологии, так и в медицине.

Ключевые слова: психосоматический синдром, факторы психосоматического синдромогенеза, пролапс митрального клапана, эмоциональная напряженность, эмоциональная регуляция, мотивация избегания неудач, потребность в сохранении удовлетворяющей самооценки.

The paper aims to consider a syndrome-based approach in methodology adopted for psychological phenomena in application to corporeity psychology. We present a study case of 290 patients with mitral valve prolapse. We endeavor constructioning of a psychosomatic syndrome, employing techniques for a qualitative and statistical data analysis of longitudinal clinical-psychological study. We bring evidence that the syndrome is of multi-level character, and that its structure is determined by several factors: a motivational factor (with domination of the infavoidance motive and unsatisfied self-approval need), a factor of emotional regulation disorders, and a psychophysiological factor. We argue that it is feasible to use a psychosomatic syndrome as a key method in approaching not only diagnostic but also prognostic problems both in clinical psychology and in medicine.

Key words: psychosomatic syndrome, factors of psychosomatic sindromogenesis, mitral valve prolapse, emotional tension, emotional regulation, infavoidance motive, self-approval need.

Зинченко Юрий Петрович — член-корр. РАО, докт. психол. наук, профессор, декан ф-та психологии МГУ. *E-mail:* zinchenko_y@mail.ru

Первичко Елена Ивановна — канд. психол. наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ. *E-mail:* elena_pervichko@mail.ru

Принцип синдромного анализа психических явлений — один из важнейших в методологии отечественной клинической психологии (школа Выготского—Лурия—Зейгарник). Он доказал свою научную эвристичность в нейропсихологии и патопсихологии и в последние годы получает все более широкое распространение в психосоматике и психологии телесности. При этом говорится о необходимости выделения особого типа синдрома — психосоматического. Построение психосоматического синдрома позволяет осуществлять структурный анализ сложных психосоматических феноменов, выделять психологические факторы и механизмы их возникновения и функционирования, давать психологическую интерпретацию клинической феноменологии (Николаева, Арина, 1998, 2003; Тхостов, 2002). Известно, что использование психологического синдромного анализа дает возможность прогнозировать развитие субъекта в условиях болезни (Выготский, 1936; Лурия, 1962, 1973).

В данной статье мы попытаемся проследить логику построения психосоматического синдрома у больных с пролапсом митрального клапана (ПМК)¹ и показать, что данный синдром может стать инструментом для решения не только диагностических, но и прогностических задач как в клинической психологии, так и в медицине.

Наш исследовательский интерес к пациентам с ПМК неслучаен. Высокая социальная значимость проблемы ПМК обусловлена такими причинами, как большая распространенность заболевания в популяции (по данным различных исследователей, ПМК встречается у 30.8—42.0% населения — см: Сторожаков и др., 2004; Barlett et al., 1991; Devereux et al., 1989), а также риск развития ряда серьезных осложнений, наиболее опасное из которых — внезапная смерть в молодом возрасте, преимущественно в ситуациях эмоциональной и физической нагрузки (Basso et al., 1993; Cowan, Fye, 1989; Puchala, 1990). Не только на клиническую, но и на психологическую «сложность» данных больных, а также на правомочность выдвижения психосоматических гипотез указывают следующие факты: выраженная диссоциация между многочисленными субъективными жалобами пациентов и крайне скудными данными объективных исследований (Монтвила, Саргаутите, 1983; Joiner, Cornman, 1986); широкая распространенность тревожных расстройств и возможность формирования «функционального ПМК» в рамках панического расстройства (при этом в ряде публикаций доказывается, что панические атаки не только могут «иницироваться» ПМК, но и сами способны приводить к развитию его признаков — см.: Coplan et al., 1992; Gorman et al., 1988); случаи достоверного уменьшения выраженности клинической

¹ Под термином «пролапс митрального клапана» (ПМК) понимают провисание всей створки сердечного клапана или ее части в систолу ниже уровня клапанного кольца (Barlow, Pocock, 1988).

симптоматики после прохождения курсов психотерапии и после лечения антидепрессантами и антианксиолитиками (Gonzalez et al., 2002; Pariser et al., 1981; Scordo, 2007; Stavrakaki et al., 1991), и даже случаи полного исчезновения эхокардиологических признаков ПМК у пациентов с паническими расстройствами после такого лечения (Coplan et al., 1992). Все приведенные данные в совокупности, их противоречивость и неоднозначность обуславливают высокий научный интерес к пациентам с данной формой патологии сердца как со стороны медицины, так и со стороны клинической психологии.

В 1993—2010 гг. нами под руководством профессора В.В. Николаевой совместно с сотрудниками кафедры госпитальной терапии № 1 лечебного факультета Московского государственного медико-стоматологического университета (проф. А.И. Мартынов, проф. О.Б. Степура, проф. О.Д. Остроумова, проф. Е.В. Акатова) было выполнено исследование, **целью** которого стал поиск ответа на два вопроса: 1) о связи психологических особенностей с особенностями клинической картины у пациентов с ПМК; 2) о роли психологических факторов в становлении клинической симптоматики у данных больных.

Под психосоматическим синдромом в данном исследовании понимается устойчивая совокупность психологических, психовегетативных и собственно соматических симптомов и синдромов. Предположительно структура и динамика такого синдрома могут определяться действием нескольких причин (факторов), как психологических, так и физиологических, в том числе морфофункциональных, что будет отличать психосоматические синдромы от нейропсихологических.

Всего в данном исследовании приняли участие 290 больных с ПМК в возрасте от 18 до 37 лет на момент начала наблюдения (средний возраст 25.6 ± 1.1 года) и 73 практически здоровых человека (средний возраст 27.5 ± 1.3 года). Группа пациентов с ПМК состояла из трех подгрупп: 1) представители «условной популяционной нормы», без жалоб на состояние здоровья на момент включения в исследование (60 человек, 21% случаев); 2) лица, высказывающие жалобы психовегетативного содержания, но не обращавшиеся за медицинской помощью (144 человека, 49% случаев); 3) пациенты, обратившиеся в Московский городской вегетологический центр и поступавшие в соматические стационары г. Москвы с жалобами на боли в области сердца и другими психовегетативными жалобами (86 человек, 30% случаев).

В работе использовался **методический комплекс**, включающий в себя как методы психологической и медицинской диагностики, так и методы статистической обработки данных.

Медицинская часть исследования проводилась с помощью комплекса диагностических процедур, направленных на установление диагноза обследуемых лиц (всем пациентам проводили эхокардиографирование) и на определение степени выраженности у них клинической симптома-

тики. Выполнялся также суточный мониторинг артериального давления (АД) и электрокардиограммы (ЭКГ). Наличие синдрома вегетативной дистонии (СВД) определялось с помощью стандартного «Вопросника для выявления признаков вегетативных изменений» (Вегетативные расстройства..., 2003). Определение уровня общего кортизола в сыворотке крови выполняли радиоиммунологическим методом. Оценка психопатологического статуса проводилась по данным психиатрического обследования в соответствии с критериями МКБ-10.

Статистическая обработка данных включала: расчет средних величин и их средних стандартных ошибок; определение достоверности различий между выборками испытуемых по показателям вероятности различий между исследуемыми показателями (t-критерий Стьюдента); выявление связи между исследуемыми характеристиками в группах испытуемых с помощью метода вычисления коэффициентов ранговой корреляции Спирмена (r) и метода факторного анализа переменных (метод главных компонент с последующим косоугольным вращением факторных осей и определением числа вращаемых факторов по критерию Кайзера и с опорой на интерпретируемость выявленной факторной структуры) (Гусев и др., 2005).

Для психологического исследования был сформирован методический комплекс, в который вошли следующие методы и методики.

1. Структурированное клинично-психологическое интервью.

2. Метод психологического тестирования: Миннесотский многопрофильный личностный опросник *MMPI* (Березин и др., 1994; Hathaway, McKinley, 1940; McKinley, Hathaway, 1944); Многофакторный тест Кеттелла (Лучшие..., 1992; Cattell, 1957; Cattell, Mead, 2008), Личностный опросник Айзенка (Кабанов и др., 1983; Eysenck, Eysenck, 1969; Manual..., 1975); Опросник «Индекс жизненного стиля» Плутчика—Келлермана—Конте (Вассерман и др., 1999; Романова, Гребенников, 1996; Ego defenses..., 1995; Plutchik et al., 1979); копинг-опросник «*Ways of Coping Questionnaire (WCQ)*» (Вассерман, Щелкова, 2003; Folkman, Lazarus, 1991; Lazarus, Folkman, 1991), авторский опросник «Критические ситуации».

3. Экспериментально-психологический метод:

А) Экспериментальное стресс-моделирование — создание ситуации провокации возникновения состояния психической напряженности с использованием процедуры изучения уровня притязаний (Бороздина, 1986; Норре, 1930)².

² В ходе эксперимента испытуемым предлагалось выбрать и решить 12 задач. В качестве стимульного материала использовались прогрессивные матрицы Равена, серии D и E (Равен и др., 1997; Raven, 1936, 1981). Выбор максимально сложных (практически нерешаемых) заданий обусловлен самой задачей эксперимента — необходимостью создания провокации стрессовой ситуации. В предварительной беседе у испытуемых формировалось заинтересованное отношение к работе, ситуация эксперимента представлялась как экспертная. Вводился фактор ограничения времени выполнения задания. Фиксировались субъективно-оценочные, физиологические и поведенческие параметры. До и после эксперимента у испытуемых измеряли артериальное давление (АД), частоту сердечных сокращений (ЧСС), а также значения показателей реактивной тревожности

Б) Исследование эмоциональных переживаний с помощью модифицированного нами варианта методики изучения фрустрационных реакций (Табридина, 1984; Rosenzweig, 1945), включающего этап изучения субъективной семантики эмоциональных переживаний (Николаева и др., 1995). Оценивались качественные и формально-динамические параметры эмоциональных переживаний: знак, модальность, глубина, длительность, устойчивость эмоций; степень насыщенности поведения эмоциональными проявлениями; степень расхождения между вербализуемыми и невербализуемыми эмоциональными реакциями и др.

4. Проективные методики: ТАТ (Леонтьев, 2000; Соколова, 1980; Мургау, 1943); «Незаконченные предложения» (Румянцев, 1969; Sachs, Levy, 1950).

Психологическое исследование было представлено рядом последовательных этапов, на каждом из которых решались самостоятельные задачи.

Результаты и обсуждение

I. У всех испытуемых (как больных, так и здоровых) в условиях эксперимента по стресс-моделированию было сформировано состояние психической напряженности (Ганзен, 1984; Наенко, 1976). На основании результатов статистического и качественного анализа данных можно констатировать следующее: у большинства здоровых испытуемых (84%) в процессе эксперимента возникло состояние, которое может быть обозначено как *состояние операциональной напряженности* (с доминирующей содержательно-процессуальной мотивацией при решении задач и с оптимальным уровнем реактивной тревожности), тогда как у большинства больных с ПМК (76%) — *состояние эмоциональной напряженности* (с доминирующим мотивом самоутверждения и выраженной реактивной тревожностью). Качественная специфика и различие возникших психических состояний доказаны по комплексу психологических и вегетативных критериев. По характеру реагирования в ситуации стресс-моделирования группа больных с ПМК неоднородна и демонстрирует два противоположных способа реагирования, которые практически не представлены в группе здоровых испытуемых, а именно «репрессивный», с заниженным ригидным уровнем притязаний (28% случаев), и «сверхтревожный», с не формирующимся в условиях эксперимента либо неустойчивым уровнем притязаний (34% пациентов).

Исследование эмоциональных переживаний с использованием модифицированного нами варианта методики изучения фрустрационных реакций Розенцвейга показало, что больные с ПМК отличаются от здоровых лиц достоверно бóльшим ($p < 0.05$) количеством событий, оцениваемых как потенциально травмирующие, и достоверно бóльшим

по шкале Спилберга—Ханина (Ханин, 1976; Spielberg et al., 1970, 1983) — самооенок по параметрам методики САН (Доскин и др., 1973).

($p < 0.05$) количеством отобранных эмоциональных дескрипторов. Кроме того, в категориальных структурах эмоциональных переживаний больных с ПМК достоверно большую ($p < 0.05$) частоту встречаемости имеют эмоции категорий «страх» и «гнев», которые в большинстве случаев не имеют внешнего выражения.

Пациенты с ПМК существенно отличаются от здоровых лиц и по характеру разрешения потенциально травмирующих ситуаций. Для них характерно наличие выраженной диссоциации между направленностью и типом вербализованных и невербализованных реакций. Как выяснилось, в большей степени эти расхождения проявляются в подгруппе с «репрессивным» типом реагирования. Эти больные в открытом поведении склонны демонстрировать отношение к фрустрирующей ситуации как к не имеющей стрессовой нагрузки (*M*-направленность реакции), а также преувеличивать готовность к преодолению проблемы и ее конструктивному разрешению (*NP*-тип реакции). Однако невербализованные реакции этих больных показывают наличие противоположных тенденций в переживании таких ситуаций, а именно экстрапунтивность (*E*) и фиксацию на самозащите (*ED*).

Полученные результаты в совокупности интерпретировались нами как проявление повышенной чувствительности больных с ПМК к эмоциогенным ситуациям, обусловленной наличием определенных особенностей их мотивационно-потребностной сферы, когда основным смыслообразующим мотивом деятельности при столкновении с потенциально травмирующими ситуациями становится мотив избегания неудач. При этом, как известно, возникает фрустрация потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки. Наличие отмеченных особенностей мотивационно-потребностной сферы, по-видимому, приводит к возникновению состояния эмоциональной напряженности у лиц с ПМК во многих жизненных ситуациях, которые воспринимаются ими как потенциально травмирующие. Именно в силу действия указанных факторов больные с ПМК, по-видимому, склонны использовать аффективно-насыщенные стратегии и стратегии «уходов» как типичные способы совладания с травмирующими событиями в повседневной жизни.

По результатам проективного исследования, для большинства больных с ПМК, предъявляющих жалобы на состояние физического здоровья, характерна высокая выраженность мотивации избегания неудач, недостаточное осознание своих потребностей, а также сложности с интеллектуальным опосредованием и контролем эмоций. Для больных с ПМК в целом характерен комплекс механизмов психологической защиты, где преобладают «рационализация», «отрицание», «проекция» и «реактивное образование».

II. Статистическая обработка и содержательная интерпретация всего массива клинических и психологических данных позволила

подтвердить гипотезу о возможности построения психосоматического синдрома у больных с ПМК.

В результате факторизации 120 переменных (психологических и клинических признаков) были выделены 4 фактора, объясняющие 52.47% дисперсии и связывающие между собой анализируемые характеристики: 1) фактор клинико-психологических взаимодействий (это единственный из полученных в результате факторов, который с максимальными факторными нагрузками включает как психологические особенности, так и показатели, отражающие особенности клинической симптоматики у больных с ПМК); 2) фактор, описывающий характеристики эмоциональных переживаний в эмоциогенных ситуациях; 3) фактор, отражающий способы совладания в травмирующих ситуациях; 4) фактор эмоциональной дезорганизации поведения/эмоционального контроля.

Анализ данной факторной структуры, а также анализ и содержательная интерпретация всей совокупности результатов клинико-психологического исследования позволяют сделать вывод о наличии у пациентов с ПМК достаточно устойчивой, содержательно интерпретируемой совокупности клинических и психологических симптомов и синдромов, которая может быть названа **психосоматическим синдромом**.

В состав данного синдрома вошли следующие *клинические симптомы и синдромы*: субъективные проявления нарушений ритма сердца, наличие панических атак в анамнезе, синдром нейрогенной гипервентиляции, степень выраженности вегетативных нарушений в целом, степень выраженности клинических нарушений в целом, выраженность болевого синдрома и показатели содержания уровня общего кортизола в сыворотке крови. В структуре данного синдрома представлены также *психологические симптомы*, как доминирование мотива избегания неудач, нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки, совокупность признаков выраженной эмоциональной напряженности в стрессовых ситуациях, недостаточный или избыточный контроль над побуждениями и эмоциями, особенности эмоциональных переживаний в стрессовых ситуациях (преобладание эмоций категорий «страх» и «гнев», которые в большинстве случаев не имеют внешнего выражения), неоптимальные способы разрешения эмоциогенных ситуаций.

Итак, можно утверждать, что *в качестве синдромообразующего фактора в данном синдроме выступают особенности мотивационно-потребностной сферы пациентов с ПМК — доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки*. Этот вывод был сделан с опорой на луриевские принципы выделения факторов, задающие логику и структуру построения нейропсихологических синдромов, а также на основании результатов факторного анализа (комплекс психологических характеристик, отражающих

данные особенности мотивационно-потребностной сферы, оказался представленным в структуре трех первых факторов с высокими факторными нагрузками).

Наличие устойчивых сочетаний описанных особенностей мотивационно-потребностной сферы с признаками слабости внутреннего контроля над побуждениями и эмоциями, с неоптимальными способами разрешения эмоциогенных ситуаций, а также с особенностями эмоциональных переживаний больных с ПМК в стрессовых ситуациях (все эти показатели представлены с высокими факторными нагрузками в результирующей факторной структуре) позволяет предположить, что *структура данного психосоматического синдрома определяется еще одним фактором — фактором нарушений эмоциональной регуляции*. Причем данный фактор является биполярным и представлен в двух крайних формах: с одной стороны, избыточной эмоциональной репрессией, а с другой — слабостью эмоционального контроля. Нельзя исключить и возможное наличие в структуре синдрома еще одного фактора — *психофизиологического*. Это предположение представляется вполне правомочным ввиду высокой представленности в результирующей факторной структуре психовегетативных симптомов и синдромов.

Полученные результаты (построение психосоматического синдрома) позволили нам высказать следующее предположение: если описанная нами структура действительно является психосоматическим синдромом и вошедшие в ее состав симптомы и факторы каузально связаны, то эта структура должна быть относительно устойчивой во времени, повторно воспроизводимой и должна обладать прогностическими возможностями.

Для подтверждения данного предположения через 15 лет было проведено повторное клиническое и психологическое обследование пациентов с ПМК, в котором приняли участие 127 человек. Часть пациентов с ПМК участвовали в лонгитюдном исследовании: в течение 15 лет 32 человека проходили психотерапию по запросу, 60 получали курсовое медикаментозное лечение (оротат магния и алпрозолам).

В результате повторного обследования нам удалось показать, что описанный синдром, несмотря на динамику (как положительную, так и отрицательную) состояния пациентов, является устойчивой структурой. Это определяет его прогностические возможности: пациенты, составившие «группу риска» утяжеления клинической симптоматики по описанным выше психологическим показателям и по совокупности клинических и психологических особенностей, подтвердили нашу гипотезу о возможности утяжеления клинических проявлений ПМК в ситуациях эмоциональной нагрузки при отсутствии медикаментозной и психологической поддержки, тогда как «психологически благополучные» пациенты обнаружили в целом положительную динамику и в ряде случаев редукцию клинических проявлений ПМК.

Таким образом, с опорой на луриевские принципы синдромно-факторного анализа психических явлений у больных с пролапсом митрального клапана был описан психосоматический синдром. Показано, что данный синдром является многоуровневым и его структура задается не одним, а несколькими факторами: мотивационным (доминирование мотива избегания неудач и нереализованность потребности в сохранении удовлетворяющей самооценки); фактором нарушений эмоциональной регуляции, представленным как избыточной эмоциональной репрессией, так и слабостью эмоционального контроля; а также психофизиологическим фактором.

Результаты, полученные с использованием принципа синдромного анализа, не только расширяют научные представления о природе пролапса митрального клапана, но и ставят новые вопросы, поиск ответа на которые будет способствовать расширению знаний о психологических механизмах психосоматического синдромогенеза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д.* Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М., 1994.
- Бороздина Л.В.* Исследование уровня притязаний. М., 1986.
- Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б. и др.* Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. СПб., 1999.
- Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю.* Медицинская психодиагностика: Теория, практика и обучение. СПб., 2003.
- Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / Под ред. А.М. Вейна. М., 2003.
- Выготский Л.С.* Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. М., 1936.
- Ганзен В.А.* Системные описания в психологии. Л., 1984.
- Гусев А.Н., Измайлов Ч.А., Михалевская М.Б.* Измерение в психологии. М., 2005.
- Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошникова М.П., Шарай В.Б.* Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // *Вопр. психологии.* 1973. № 6. С. 141—146.
- Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983.
- Ганзен В.А.* Системные описания в психологии. Л., 1984.
- Леонтьев Д.А.* Тематический апперцептивный тест. М., 2000.
- Лурия А.Р.* Высшие корковые функции и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
- Лурия А.Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.
- Лучшие психологические тесты для профотбора и профориентации / Под ред. А.Ф. Кудряшова. Петрозаводск, 1992.
- Монтвила З., Саргаутите Р.* Жалобы больных пролапсом митрального клапана с психологической точки зрения // *Актуальные вопросы изучения механизмов гемостаза: Тезисы респ. науч. конф. Каунас, 1983.* С. 196—198.
- Наенко Н.И.* Психическая напряженность. М., 1976.

Николаева В.В., Арина А.Г. Принципы синдромного анализа в психологии телесности // I Междунар. конф. памяти А.Р. Лурия: Сб. докл. / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 75—82.

Николаева В.В., Арина А.Г. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119—126.

Николаева В.В., Первичко Е.И., Стенура О.Б., Ролик Н.Л. Особенности эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца // Соц. и клинич. психиатрия. 1995. Т. 5. № 2. С. 24—32.

Равен Дж.К., Равен Дж., Курт Дж.Х. Руководство к прогрессивным матрицам Равена и словарным шкалам. М., 1997.

Романова Е.С., Гребенников Л.Р. Механизмы психологической защиты: генезис, функционирование, диагностика. Мытищи, 1996.

Румянцев Г.Г. Опыт применения метода незаконченных предложений в психиатрической практике // Исследование личности в клинике и в экстремальных условиях: Труды Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева / Под ред. В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвасарского. Л., 1969. С. 266—275.

Сokolova Е.Т. Проективные методы исследования личности. М., 1980.

Сторожаков Г.И., Вережагина Г.С., Мальшева Н.В. Оценка индивидуального прогноза при пролапсе митрального клапана // Кардиология. 2004. № 4. С. 14—18.

Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л., 1984.

Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.

Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л., 1976.

Barlett C.C., Kirtley M., Mangham R. Mitral valve prolapse // J. La State Med. Soc. 1991. Vol. 143. N 5. P. 41—43.

Barlow J.B., Pocock W.A. Mitral valve billowing and prolapse: perspective at 25 years // Herz. 1988. Vol. 13. N 4. P. 227—234.

Basso C., Thiene G., Corrado D. et al. Juvenile sudden death by cardiovascular disease // Eur. Heart J. 1993. Vol. 14 (Suppl.). P. 165.

Cattell R.B. Personality and motivation structure and measurement. N.Y., 1957.

Cattell H.E.P., Mead A.D. The sixteen personality factor questionnaire (16PF) // The SAGE handbook of personality theory and assessment. Personality measurement and testing. Vol. 2 / Ed. by G. Boyle, G. Matthews, D.H. Saklofske. Los Angeles, 2008. P. 135—178.

Coplan J.D., Papp L.A., King D.L., Gorman J.M. Amelioration of mitral valve prolapse after treatment for panic disorder // Am. J. Psychiatry. 1992. Vol. 149. N 11. P. 1587—1588.

Cowan M.D., Fye W.D. Prevalence of QTc prolongation in woman with mitral valve prolapse // Amer. J. Cardiol. 1989. Vol. 71. N 1. P. 133—134.

Devereux R.B., Kramer-Fox R., Kligfield P. Mitral valve prolapse: causes, clinical manifestations, and management // Ann. Intern. Med. 1989. Vol. 111. N 4. P. 305—317.

Ego defenses: Theory and measurement // Ed. by H. Conte, R. Plutchik. N.Y., 1995.

Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Personality structure and measurement. L., 1969.

Folkman S., Lazarus R.S. Coping and emotion // Stress and coping / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. N.Y., 1991. P. 207—227.

Gorman J.M., Goetz R.R., Fyer M. et al. The mitral valve prolapse — panic disorder connection // Psychosom. Med. 1988. Vol. 50. N 2. P. 114—122.

Gonzalez E.A., Pimentel C., Natale R.A. et al. Psychiatric and medical co-morbidity in mitral valve prolapse // Ir. J. Psych. Med. 2002. Vol. 19. N 1. P. 16—20.

Hathaway S.R., McKinley J.C. A multiphasic personality schedule (Minnesota): I. Construction of the schedule // J. of Psychology. 1940. N 10. P. 249—254.

- Hoppe F.* Erfolg und Misserfolg // Psychol. Forsch. 1930. Bd. 14. P. 1—62.
- Joiner C.R., Cornman C.R.* The mitral valve prolapse syndrome: Clinical features and management // Cardiovasc. Clin. 1986. Vol. 10. N 2. P. 233—256.
- Lazarus R.S., Folkman S.* The concept of coping // Stress and coping / Ed. by A. Monat, R.S. Lazarus. N.Y., 1991. P. 189—206.
- Manual of the Eysenck Personality Questionnaire / Ed. by H.J. Eysenck, S.B.G. Eysenck. L., 1975.
- McKinley J.C., Hathaway S.R.* A multiphasic personality schedule (Minnesota): Hysteria, hypomania, and psychopathic deviate // J. of Applied Psychology. 1944. N 28. P. 153—174.
- Murray H.A.* Thematic apperception test manual. Cambridge, 1943.
- Pariser S.F. et al.* Arrhythmia induced by a tricyclic antidepressant in a patient with undiagnosed mitral valve prolapse // Amer. J. of Psychiatry. 1981. Vol. 138. N 4. P. 522—523.
- Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R.* A structural theory of ego defenses and emotions // Emotions in personality and psychopathology / Ed. by C.E. Izard. N.Y., 1979. P. 229—257.
- Puchala M.* Neurologické a oftalmologické komplikácie prolapsu dvojcípovej chlopne // Cesk. Neurol. Neurochir. 1990. Vol. 53. N 1. P. 27—35.
- Raven J.C.* Mental tests used in genetic studies: The performance of related individuals on tests mainly educative and mainly reproductive. L., 1936.
- Raven J.* Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales. San Antonio, 1981.
- Rosenzweig S.* The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration // J. of Personality. 1945. Vol. 14. N 4. P. 3—23.
- Sachs J.M., Levy S.* The sentence completion test // Projective psychology / Ed. by L. Bellak. N.Y., 1950. P. 357—397.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R.E.* The State-Trait Anxiety Inventory: Test manual. Palo Alto, 1970.
- Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R. et al.* Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, 1983.
- Scordo K.* Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome // Clinical Nursing Research. 2007. N 16. P. 58—71.
- Stavrakaki C., Williams E., Boisjoli A. et al.* Mitral valve prolapse and psychiatric complications: a case report. // J. Psychiatry. Neurosci. 1991. Vol. 16. N 1. P. 45—49.