

2. Аллельные варианты гена ACE (I/D-полиморфизм) и гена AGT (T174M-полиморфизм) являются составной частью в структуре наследственной предрасположенности к СД 1-го типа.

3. Установленная ассоциация аллеля D исследуемого I/D-полиморфизма гена ACE и ассоциация аллеля T T174M-полиморфизма гена AGT с диабетической нефропатией позволяет решить вопрос о превентивной терапии данного осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дедов И. И. // Сахарный диабет. — 2000. — № 2. — С. 9—12.
2. Сергеева Т. В. и др. // Клин. мед. — 2000. — № 7. — С. 9—14.
3. Шестакова М. В., Шляхто Е. В. // Артериальная гипертензия. — 2002. — Т. 42, № 3. — С. 15—17.
4. Akerblom H. // Ann. Med. — 1997. — Vol. 29, N 5. — P. 383—385.
5. Brands M. // Hypertens. — Vol. 14, N 6. — P. 1265—1315.
6. Festa A. // Diabetologia. — 1998. — Vol. 41, N 3. — P. 350—356.
7. Freire M. et al. // Nephrol. Dial. Transplant. — 1998. — Vol. 13, N 10. — P. 2553—2558.

Поступила 22.11.04

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2006

УДК 616.379-008.64-036.868

Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова, О. Ю. Щелкова

ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1-ГО ТИПА

Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева

Для изучения эмоционально-личностных факторов формирования внутренней картины болезни у больных сахарным диабетом 1-го типа на базе Санкт-Петербургского городского диабетологического центра в рамках сотрудничества Института им. В. М. Бехтерева и Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И. П. Павлова было обследовано 126 амбулаторных пациентов с сахарным диабетом 1-го типа (51 мужчина и 75 женщин). Средний возраст обследованных составил $31,8 \pm 10,1$ года, средняя продолжительность заболевания — $17,2 \pm 8,3$ года. У большинства пациентов отмечались симптомы поздних диабетических осложнений. Отношение к болезни и эмоционально-личностные особенности пациентов изучали с помощью методики для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), шкалы для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации и опросника "Способы копирования". Анализ результатов позволил сделать следующие выводы: вероятность гипернозогностических реакций пациентов относительно независима от объективно оцениваемой тяжести заболевания; наличие эмоционально-личностных характеристик, связанных с повышенным уровнем невротизации, значительно повышает риск формирования гипернозогностического варианта внутренней картины болезни, что в значительной мере обусловлено тенденцией к избегающему поведению и недостаточностью навыков совладающего со стрессом поведения — навыков планирования решения проблемы и саморегуляции. Психологическая коррекция, направленная на повышение эмоциональной устойчивости личности и развитие навыков совладания со стрессом, по-видимому, способна улучшить адаптацию больных диабетом 1-го типа к своему заболеванию.

Ключевые слова: сахарный диабет 1-го типа, отношение к болезни, внутренняя картина болезни, личность, стиль совладания со стрессом.

A hundred and twenty-six outpatients (41 males and 75 females) with type 1 diabetes mellitus were examined to study the affective and personal determinants of their attitude towards the disease at the Saint Petersburg City Diabetes Center within the framework of cooperation of the V. M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute and the Academician I. P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University. The examinees' mean age was 31.8 ± 10.1 years. The mean duration of the disease was 17.1 ± 8.3 years. Most patients were found to have symptoms of late diabetic complications. The patients' attitude towards the disease and their affective and personal characteristics were examined, by using a test for the psychological diagnosis of the types of an attitude towards the disease, scales for the rapid psychological diagnosis of neurotization, and the questionnaire "Copying ways". Analysis of the results led to the following conclusions: the probability of hypernosognostic reactions in patients with type 1 diabetes mellitus is relatively independent of the objectively assessed severity of the disease; the affective and personality characteristics associated with hyperneurotization considerably increase the risk of the hypernosognostic type of the internal picture of the disease, which is largely mediated by a tendency for avoidance behavior and by the lack of stress-coping behavioral skills, mainly problem solution-planning and self-regulation skills. Psychological correction aimed at enhancing the emotional stability of a personality and developing stress-coping skills seems to improve the adaptation of patients with type 1 diabetes mellitus to their disease.

Key words: type 1 diabetes mellitus, attitude towards disease, the internal picture of disease, personality, stress-coping style.

Процесс гуманизации медицины, возрастающий интерес к качеству жизни пациентов [8], к их благополучию в физической, психической, социальной сферах сопровождается осознанием того, что для достижения позитивных результатов лечения соматическую болезнь недостаточно рассматривать только как патологическое состояние организма, проявляющееся конкретной симптоматикой, т. е. как объективную картину заболевания. Болезнь имеет и субъективную сторону — внутреннюю картину, особый личностный смысл для пациента [2, 4, 5, 7, 9]. Пациент не только имеет собственное понимание патогенеза своего заболева-

ния, его проявлений и последствий, методов лечения и их эффективности, но и ценностно осмысливает и эмоционально переживает ситуацию болезни [2, 3]. Болезнь для пациента — это не умозрительное образование, а в широком смысле жизнь с данной болезнью, сопряженная с необходимостью адаптироваться к ее последствиям.

Особое значение отношение к болезни приобретает при наличии хронического заболевания, поскольку оно сопровождает пациента на протяжении продолжительного периода жизни, а способность адаптироваться к ситуации болезни, с одной стороны, негативно отражается на общей пси-

хосоциальной адаптированности больного, а с другой — прямо и опосредованно ухудшает его соматическое состояние. В связи с этим выявление закономерностей формирования отношения к болезни, оценка относительного вклада объективных характеристик заболеваний и эмоционально-личностных особенностей пациента представляются важными задачами профилактики соматических осложнений и нарушений психосоциальной адаптации у больных с хроническими заболеваниями, в структуре которых важное место занимает сахарный диабет (СД), в частности СД 1-го типа. Специфика жизненной ситуации при СД 1-го типа определяется внезапным началом в молодом возрасте и неизлечимостью; наличием витальной угрозы, связанной с риском острых гипо- и гипергликемических состояний, а также с развитием поздних осложнений; риском инвалидизации вследствие развития поздних осложнений; необходимостью неукоснительного соблюдения режима контроля заболевания с целью предупреждения острых гипо- и гипергликемических состояний, а также поздних осложнений; риском снижения социального статуса вследствие заболевания, недостаточной социальной защищенностью и др.

Пациенты с СД рассматривают свое заболевание в первую очередь как причину трудностей в повседневной жизни и в социальной сфере. Для медиков же СД — это прежде всего патофизиологическое расстройство, влияющее на функции организма больного. Это несоответствие взглядов на болезнь "изнутри" и со стороны, а следовательно, и недостаточно продуктивное взаимодействие врача и пациента [11] может объяснять нередкое нарушение больными режима контроля заболевания (нарушение комплайенса), особенно когда выполнение медицинских рекомендаций препятствует их социальной активности.

При этом, как показывают исследования, информированность пациента о сущности и способах контроля СД, владение специфическими навыками контроля оказываются необходимыми, но недостаточными условиями комплайенса [10, 14]. Это подчеркивает важность учета эмоциональной и мотивационной составляющей отношения к болезни, в частности профилактики и своевременного диагностирования гипернозогностических реакций [4]. Под гипернозогностической реакцией понимают повышенную эмоциональную вовлеченность в ситуацию болезни, нарушение значимых отношений личности в связи с неспособностью адаптироваться к условиям болезни, особенно при ухудшении соматического состояния, развитии тяжелых осложнений, существенно ограничивающих физические возможности пациентов и возможности удовлетворения актуальных социальных потребностей, снижающих их качество жизни [13].

Можно предположить, что нарушение психосоциальной адаптации пациента в связи с заболеванием является следствием недостаточности навыков преодоления стресса болезни и ее последствий (совладания со стрессом), а также определенных эмоционально-личностных особенностей — эмоциональной неустойчивости, особой восприимчивости к воздействию стрессорных факторов, тре-

возности, склонности к негативным переживаниям и т. д.

Для изучения эмоционально-личностных факторов формирования отношения к болезни у больных СД 1-го типа на базе Санкт-Петербургского городского диабетологического центра в рамках сотрудничества Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В. М. Бехтерева и Санкт-Петербургского медицинского университета им. акад. И. П. Павлова было амбулаторно обследовано 126 пациентов с СД 1-го типа (51 мужчина и 75 женщин), состоявших на учете в указанном центре. Средний возраст обследованных составил $31,8 \pm 10,1$ лет (18—57 лет), средняя продолжительность заболевания — $17,2 \pm 8,3$ года (0,5—46 лет). В связи со значительной продолжительностью заболевания у 81% пациентов отмечались симптомы поздних диабетических осложнений (диабетической ретинопатии, нефропатии, полинейропатии, синдрома диабетической стопы, гипертонии разного генеза): у 37,3% — 1—2 осложнения, у 43,7% — 3 осложнения и более. Среди обследованных 50% были признаны инвалидами II группы, 25,4% — III группы, 24,6% не имели статуса инвалидов.

В ходе экспериментально-психологического обследования в рамках комплексной медико-психологической исследовательской программы наряду с другими методиками [3] использовали методику для психологической диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ); шкалу для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН); опросник "Способы копинга".

Методика ТОБОЛ [1] разработана в Санкт-Петербургском научно-исследовательском институте им. В. М. Бехтерева и предназначена для диагностики типов отношения к болезни (личностного реагирования на болезнь) и других значимых отношений личности, связанных с болезнью (отношения к лечению, врачам и медицинскому персоналу, родным и близким и др.). Опросник позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни, а также смешанный и диффузный варианты реагирования на болезнь.

Опросник УН [6] предназначен для выявления степени выраженности эмоционально-личностных особенностей, связанных с эмоциональной нестабильностью (тревожностью, напряженностью, раздражительностью), которая создает условия для ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, сосредоточенности на переживаниях личных недостатков, формирования чувства собственной неполноценности, социальной робости и т. д.

Опросник "Способы копинга" [12] предназначен для изучения особенностей совладающего со стрессом поведения и позволяет оценить предпочтительность для обследуемого 8 стратегий совладания со стрессом: конфронтации, дистанцирования, самоконтроля, поиска социальной поддержки, принятия ответственности, избегания, планирования и положительной переоценки.

Результаты применения методики ТОБОЛ (табл. 1) позволили сделать вывод о преимущественно адаптивном отношении к болезни у боль-

Таблица 1

Варианты личностного реагирования на болезнь у больных СД 1-го типа

Тип отношения к болезни	Частота доминирования в структуре ВКБ		Типы отношения к болезни	Частота доминирования в структуре ВКБ	
	абс.	%		абс.	%
Гармоничный	35	27,8	Меланхолический	2	1,6
Эргопатический	40	31,7	Апатический	0	0
Анозогностический	28	22,2	Сенситивный	16	12,7
Тревожный	2	1,6	Эгоцентрический	1	0,8
Ипохондрический	4	3,2	Паранойяльный	0	0
Неврастенический	4	3,2	Дисфорический	1	0,8
Диффузный	15	11,9			

Примечание. Данные приведены с учетом смешанных типов отношения к болезни. Здесь и в табл. 2: ВКБ — внутренняя картина болезни.

шинства пациентов с некоторой тенденцией к гипозогнозии. Почти у 1/3 пациентов был диагностирован гармоничный тип отношения к болезни, характеризующийся трезвой оценкой своего состояния, стремлением содействовать успеху лечения, нежеланием обременять других тяготами ухода за собой, готовностью продолжать посильную социальную активность, несмотря на болезнь, и т. д. Внутренняя картина болезни более чем у половины обследованных характеризовалась либо деятельным отношением к жизни, настойчивым стремлением добиться успехов и признания в профессиональной и учебной сфере, несмотря на болезнь, компенсировать мнимую ущербность самоотверженным трудом (эргопатический вариант), либо некоторой легкомысленностью, склонностью игнорировать симптомы заболевания или не придавать им особого значения (анозогностический вариант).

Вместе с тем 35,7% пациентов испытывали серьезную обеспокоенность заболеванием с преобладанием в их переживаниях разнообразных негативных эмоций: тревоги, досады, раздражения, подавленности, апатии и т. д. Иными словами, более трети обследованных имели гипернозогностический вариант внутренней картины болезни, предполагающий чрезвычайную эмоциональную вовлеченность пациента в проблему болезни, сосредоточение на мыслях о болезни и ее последствиях, препятствующее полноценному психосоциальному функционированию.

Как видно из табл. 1, в структуре гипернозогностических реакций центральное место занимали сенситивный тип отношения к болезни, отражающий опасение пациентов произвести на окружающих неблагоприятное впечатление сведениями о своей болезни, потерять уважение, симпатию, вызвать оскорбительную жалость, подозрения в использовании своей болезни в корыстных целях и

т. д., а также диффузный тип отношения к болезни, для которого характерна мультимодальная аффективная насыщенность негативных переживаний по поводу заболевания. У остальных пациентов эмоциональная доминанта гипернозогностической реакции проявлялась ипохондрическими тенденциями с фиксированием на неприятных телесных ощущениях и тягостным чувством недооценки окружающими обременительности заболевания, раздражительной слабостью, тревогой, тоской, подавленностью и др.

Результаты соотнесения клинических характеристик, отражающих тяжесть заболевания, с особенностями внутренней картины болезни позволили сделать вывод об относительной независимости вероятности гипернозогностической реакции от выраженности соматической патологии. Риск формирования гипернозогностической реакции, как показал статистический анализ (с использованием критерия χ^2), не был достоверно связан ни с количеством поздних диабетических осложнений, ни с наличием у пациента статуса инвалида II или III группы либо отсутствием статуса инвалида, на что указывают данные, представленные в табл. 2.

Полученные результаты позволили предположить, что решающее значение при формировании отношения к болезни у больных СД 1-го типа имели эмоционально-личностные особенности, повышающие психическую уязвимость и подверженность негативным переживаниям, а также недостаточность навыков совладания со стрессом, в данном случае — стрессом болезни.

Оценку эмоциональной неустойчивости, тревожности, депрессивности осуществляли с помощью опросника УН. Средний показатель уровня невротизации (по данным шкалы УН) у мужчин составил $16,1 \pm 33,8$ (от -70 до +68; пониженный уровень), у женщин — $46,2 \pm 45,8$ (от -92 до +125; низкий уровень). Таким образом, в целом для об-

Таблица 2

Распределение частоты (в %) гипернозогностических реакций у больных СД 1-го типа с разной степенью тяжести заболевания

Вариант ВКБ	Инвалидность			Осложнения		
	нет (n = 26)	III группа (n = 32)	II группа (n = 68)	нет (n = 24)	1-2 (n = 47)	3 и более (n = 55)
Гипернозогнозия	30,8	43,6	32,4	29,2	40,4	32,7
Условная нормозогнозия	69,2	56,3	67,6	70,8	59,6	67,3

Таблица 3

Структура совладающего со стрессом поведения у пациентов с условно нормозогнозическим и гипернозогнозическим отношением к болезни

Копинг-стратегия	Пациенты с условной нормозогнозией			Пациенты с гипернозогнозией			$p_m/p_{\%}$
	средние показатели ($M \pm SD$)	частота доминирования в структуре совладающего со стрессом поведения		средние показатели ($M \pm SD$)	частота доминирования в структуре совладающего со стрессом поведения		
		абс.	%		абс.	%	
Конфронтативный копинг	44,8 ± 15,1	1	1,2	48,2 ± 16,9	2	4,4	—
Дистанцирование	53,9 ± 14,3	8	9,9	48,2 ± 15,4	3	6,7	< 0,05
Самоконтроль	64,9 ± 13,2	8	9,9	58,9 ± 15,2	7	15,6	< 0,05
Поиск социальной поддержки	66,9 ± 19,1	25	30,9	62,5 ± 15,1	13	28,9	—
Принятие ответственности	56,8 ± 17,4	7	8,6	56,5 ± 20,1	8	17,8	—
Избегание	41,3 ± 14,4	0	0	50,4 ± 15,8	6	13,3	< 0,01
Планирование решения проблемы	72,6 ± 14,9	35	43,2	61,9 ± 14,3	8	17,8	< 0,001
Положительная переоценка	56,0 ± 17,2	8	9,9	46,5 ± 19,7	1	2,2	< 0,01
Диффузный тип отношения к болезни (более 2 равно выраженных копинг-стратегий)		1	1,2		3	6,7	—

Примечание. p_m — статистическая значимость различий между средними показателями выраженности копинг-стратегий у пациентов с условной нормозогнозией и гипернозогнозией (критерий Манна—Уитни); $p_{\%}$ — статистическая значимость различий между частотами доминирования копинг-стратегий в структуре совладающего со стрессом поведения у пациентов с условной нормозогнозией и гипернозогнозией (критерий χ^2).

следованных больных был характерен довольно высокий уровень эмоциональной стабильности и стрессоустойчивости.

Вместе с тем средний уровень невротизации у больных с гипернозогнозическим вариантом реагирования на болезнь оказался значительно выше ($p < 0,001$): $7,7 \pm 41,2$ по сравнению с $48,8 \pm 38,5$ (обратная зависимость: чем выше показатель, тем ниже уровень невротизации). То обстоятельство, что в целом пациенты с гипернозогнозиями отличались значительно более выраженной эмоциональной неустойчивостью и склонностью к негативным переживаниям, позволяет предположить, что формирование дезадаптивного отношения к болезни происходило у них на почве сниженной способности противостоять воздействию стрессорных факторов, эмоциональной реактивности и психической уязвимости, которые изначально затрудняли приспособление к болезни и сами усугублялись вследствие трудностей в адаптации к новым жизненным условиям — условиям хронической неизлечимой болезни.

Констатация недостаточной адаптивности больных СД 1-го типа с гипернозогнозическим отношением к болезни делает актуальным вопрос психопрофилактического и психокоррекционного воздействия по расширению их приспособительных возможностей, т. е. возможностей совладания со стрессом болезни. В сущности отношение к болезни, являющееся результатом переживания и осмысления жизненной ситуации, созданной болезнью, можно рассматривать как результат постоянно прилагаемых усилий по совладанию со стрессом

болезни, а гипернозогнозию — как результат неэффективного совладания со стрессом болезни.

Результаты анализа особенностей совладающего со стрессом поведения больных с условно нормо- и гипернозогнозическим отношением к болезни представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, предпочтительными копинг-стратегиями (стратегиями совладания со стрессом) пациентов и с нормо- и с гипернозогнозией являлись планирование решения проблемы (целенаправленные, проблемно-фокусированные усилия по изменению ситуации) и поиск социальной поддержки (усилия по поиску информационной, действенной и эмоциональной поддержки).

Вместе с тем результаты сравнения средних показателей и частоты доминирования различных копинг-стратегий в структуре совладающего со стрессом поведения пациентов с условной нормо- и гипернозогнозией свидетельствуют о неодинаковом предпочтении таких стратегий, как избегание, планирование, дистанцирование, самоконтроль и положительная переоценка. Эти различия указывают на ключевую роль стиля совладания со стрессом как модулятора стресса болезни и фактора, участвующего в формировании отношения к ней.

Обращает на себя внимание также то обстоятельство, что у пациентов с условной нормозогнозией показатели частоты использования большинства копинг-стратегий (за исключением конфронтации и избегания) даже при отсутствии статистически значимых различий были в целом выше, чем у пациентов с гипернозогнозией. Это может свидетельствовать о большей гибкости поведения пациентов, достигших приемлемой адаптации

к жизни с СД 1-го типа, об их ориентированности на поиск средств разрешения возникающих трудностей и одновременно о несколько более бедном репертуаре копинг-поведения у больных с гипернозогнозиями.

Недостаточное использование копинг-механизма планирования, рационального анализа ситуации с выработкой стратегии целенаправленного поведения у пациентов с нарушением адаптации к СД 1-го типа может свидетельствовать об эмоциональной насыщенности реакций на стрессовые события, препятствующей рациональному подходу к разрешению проблем. В то же время владение навыками планирования деятельности имеет для пациентов с СД 1-го типа жизненно важное значение, поскольку планирование является неотъемлемой частью процесса самостоятельного контроля заболевания. Недостаточность навыков планирования может лежать в основе неспособности пациента совмещать выполнение медицинских рекомендаций с профессиональной деятельностью, активным отдыхом, общением, творчеством и т. д., что может привести не только к нарушению социального функционирования, но и к переоценке пациентом объективных препятствий, создаваемых болезнью, к стремлению оправдать неудачи болезнью, формированию представления о невозможности жить полноценной жизнью при наличии СД.

Склонностью пациентов с гипернозогнозиями использовать в стрессовых ситуациях стратегию избегания, по-видимому, объясняется их тенденция к "уходу в болезнь". Накопление неразрешенных проблем, связанных с заболеванием, попытки снять эмоциональное напряжение способами, негативно отражающимися на здоровье, могут привести к ухудшению соматического состояния, которое укрепит пациента в мысли о непреодолимости трудностей, сопутствующих СД. Повышенная тревога, обуславливающая избегающее поведение у больных с гипернозогнозиями, может быть также связана с недостаточностью у них навыков саморегуляции, о чем свидетельствуют меньшие показатели у пациентов с гипернозогнозией по шкалам дистанцирования (стремления снизить значимость ситуации в субъективном восприятии), самоконтроля (усилий по регулированию чувств и действий), а также положительной переоценки (усилий по созданию положительного значения ситуации как стимула к росту собственной личности).

Таким образом, результаты исследования факторов формирования отношения к болезни у больных СД 1-го типа позволяют сделать следующие выводы:

1. Вероятность формирования гипернозогнозического отношения к болезни у пациентов с СД 1-го типа относительно независима от объективно оцениваемой тяжести заболевания.

2. Важными эмоционально-личностными детерминантами нарушения адаптации к СД с формированием гипернозогнозических установок являются эмоциональная нестабильность, тревожность, склонность к негативным переживаниям.

3. Трудности в адаптации пациентов к жизни с СД 1-го типа, ведущие к формированию гипернозогнозического варианта внутренней картины болезни, в значительной мере обусловлены общей недостаточностью у пациентов навыков совладания со стрессом, в первую очередь навыков рационального планирования решения проблемы и саморегуляции, что приводит к чувству тревоги в затруднительных ситуациях и склонности к избегающему поведению.

4. Личностные особенности, определяемые повышенным уровнем невротизации, а также недостаточно развитые навыки совладающего со стрессом поведения могут рассматриваться в качестве мишеней психопрофилактического и психокоррекционного воздействия в комплексе мероприятий по улучшению качества жизни больных СД 1-го типа.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации. — Л., 1987; 2001.
2. *Вассерман Л. И., Вукс А. Я., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. — Л., 1990. — С. 8—16.
3. *Вассерман Л. И., Трифонова Е. А.* // Вестн. клин. психол. — 2004. — Том 2, № 1. — С. 72—83.
4. *Дробижев М. Ю.* Нозогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2000.
5. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б.* Психология отношений. Концепция В. Н. Мясищева и медицинская психология. — СПб., 1999.
6. *Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я.* Шкала для психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН): Пособие для врачей и психологов. — СПб., 1999.
7. *Лурия Р. А.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М., 1977.
8. *Новик А. А., Ионова Т. И.* Исследование качества жизни в медицине. — М., 2004.
9. *Резникова Т. Н.* Внутренняя картина болезни: структурно-функциональный анализ и клиничко-психологические соотношения: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — СПб., 1998.
10. *Brown S.* // Res. Nurs Hlth. — 1992. — Vol. 15, N 6. — P. 409—419.
11. *Cohen M., Tripp-Reimer T., Smith C. et al.* // Soc. Sci. Med. — 1994. — Vol. 38, N 1. — P. 59—66
12. *Folkman S., Lazarus R.* Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, 1988.
13. *Glasgow R., Ruggiero L., Eakin E. et al.* // Diabetes Care. — 1997. — Vol. 20, N 4. — P. 562—567.
14. *Lennon G., Taylor K., Debney L., Bailey C.* // Diabet. Med. — 1990. — Vol. 7, N 9. — P. 825—832.