

## **Общая характеристика психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10)**

---

Maksymenko K.S. General characteristics of the psychological specifics of non-psychotic personality-based disorders (according to ICD-10) / K.S. Maksymenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostiuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 36. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2017. – P. 185–196.

---

**K.S. Maksymenko. General characteristics of the psychological specifics of non-psychotic personality-based disorders (according to ICD-10).** The author states that in the clinical picture of psychogeny there is a clear connection between the peculiarities of the character and the way of reaction under the action of the psychotrauma: the intensity and severity of the emotional and personal response depends on the inherent constitutional and characterological characteristics of the individual. It is noted that the action of psycho-traumatic events provokes the emergence of decompensations, consolidating neurotic behavior and exacerbating pathological features. It is shown that the reaction to the psychotraumatic event can be expressed in the dominance of vegetative and somatic symptoms, when psychopathological symptoms recede into the background, and somatogenies in this problematics have not yet been adequately reflected. It is found that an excessive, inadequate, inappropriate emotional response is observed at nonpsychotic disorders, resulting in behavioral disorders that are expressed in neurotic and psychopathic symptoms. It is proved that the most characteristic feature of the majority of nonpsychotic disorders is a violation in the system of personal relationships: to oneself, to other people and the world as a whole. There is a clear connection between the concept of an intrapersonal conflict, the nature of the character and the way it reacts at the action of a psychotrauma. It is concluded that cognitive violations at nonpsychotic disorders do not reach the level of pathology, but they have a significant effect on behavior, adaptive abilities of the personality and the nature of interaction and relationships with others.

**Key words:** psychological specifics, nonpsychotic personality disorders, adaptive abilities of the personality, intrapersonal conflict, psychotrauma, behavior, pathology level.

**К.С. Максименко. Общая характеристика психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10).** Ав-

тором констатируется, что в клинической картине психогений прослеживается чёткая связь между особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы: интенсивность и острота эмоционального и личностного реагирования зависит от врожденно-конституциональных и характерологических особенностей индивида. Отмечено, что действие психотравмирующих событий провоцирует возникновение декомпенсаций, закрепляющих невротическое поведение и обостряющих патологические черты. Показано, что реакция на психотравмирующее событие может выражаться в доминировании вегетативных и соматических симптомов, при отходе на второй план собственно психопатологических, а соматогении в этой проблематике до сих пор не нашли достаточного отображения. Установлено, что при непсихотических расстройствах наблюдаются чрезмерно интенсивное, неадекватное, несоответствующее силе стимуляции эмоциональное реагирование, вследствие чего возникают поведенческие нарушения, которые выражаются в невротических и психопатических симптомах. Доказано, что отличительной чертой большинства непсихотических расстройств является нарушение системы отношений личности: к себе, к другим людям и мира в целом. Прослеживается чёткая связь между содержанием внутриличностного конфликта, особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы. Сделан вывод, что когнитивные нарушения при непсихотических расстройствах не достигают уровня патологии, однако оказывают существенное влияние на поведение, адаптивные возможности личности и характер взаимодействия и взаимоотношений с окружающими.

**Ключевые слова:** психологическая специфика, непсихотические личностные расстройства, адаптивные возможности личности, внутриличностный конфликт, психотравма, поведение, уровень патологии.

**К.С. Максименко. Загальна характеристика психологічної специфіки непсихотичних особистісних розладів (по МКБ-10).** Автором констатується, що в клінічній картині психогенів простежується чіткий зв'язок між особливостями характеру і способом реагування при дії психотравми: інтенсивність і гострота емоційного і особистісного реагування залежить від вродженно-конституціональних і характерологічних особливостей індивіда. З'ясовано, що дія психотравмуючих подій провокує виникнення декомпенсації, що закріплюють невротичну поведінку і загострюють патологічні риси. Показано, що реакція на психотравмуючу подію може виражатися в домінуванні вегетативних і соматичних симптомів, при відході на другий план власне психопатологічних, а соматогенії в цій проблематиці досі не знайшли достатнього відображення. Встановлено, що при непсихотичних розладах спостерігаються надмірно інтенсивне, неадекватне, невідповідне силі стимуляції емоційне реагування, внаслідок чого виникають поведінкові порушення, які виражаються в невротичних і психопатичних симптомах. Доведено, що відмінною рисою більшості непсихотичних розладів є по-

рушення системи відносин особистості: до себе, до інших людей і світу в цілому. Простежується чіткий зв'язок між змістом внутрішньоособистісних конфліктів, особливостями характеру і способом реагування при дії психотравми. Зроблено висновок, що когнітивні порушення при неспсихотичних розладах не досягають рівня патології, проте істотно впливають на поведінку, адаптивні можливості особистості і характер взаємодії і взаємин з оточуючими.

**Ключові слова:** психологічна специфіка, неспсихотичні особистісні розлади, адаптивні можливості особистості, внутрішньоособистісний конфлікт, психотравма, поведінка, рівень патології.

**Постановка проблеми.** Психотравмирующее событие, взаимодействуя с особенностями личности у больных неврозами, формирует интрапсихический невротический конфликт (психологический, мотивационный конфликт), который при определенном уровне устойчивости им силы приводит к продуцированию болезненных симптомов. На смягчение психического дискомфорта, связанного с интрапсихическим конфликтом, направлено действие системы психологической защиты – защитных механизмов личности, процессов компенсации, копинг-механизмов. Однако при неврозе действие психологической защиты зачастую бывает неадекватным и неэффективным, что приводит к их адаптационной несостоятельности. Само расстройство личности уже предполагает наличие сформировавшихся компенсаций – адаптаций к среде. Психологическая травма при психопатии провоцирует возникновение декомпенсаций – нарушений личности, возникающих при неспособности приспособительных защитных механизмов противостоять психогенным факторам, таким образом, еще больше обостряя патологические черты. Таким образом, и при неврозе, и при психопатии реакция на психотравму характеризуется неадекватностью личностного реагирования.

**Цель нашей работы** – исследование общей характеристики психологической специфики неспсихотических личностных расстройств (по МКБ-10).

**Изложение основного материала исследования.** Большинство исследователей разделяет ту точку зрения, что любой невроз является характерологическим, или, как еще более точно сформулировал данное положение Д. Шапиро: «...невротик не просто страдает от невроза (как можно страдать от туберкулеза или холода), но и активно в нем участвует, ведет себя согласно правилам невроза, тем самым поддерживая характерное восприятие» (Шапиро, 1998, с. 23). При неврозах, по сути, задействован тот же «компенсаторный» механизм, что и при психопатиях, по-

скільки психотравмуюча ситуація при неврозах оказує патогенне впливання лише при наявності *определенных особенностей личности*, надаючих значимість і гіперактуалізацію небагприятному впливанню. По мненню Г.К. Ушакова, в клінічеській картині неврозів, як правило, не тільки зохраняються, но і гротескно усилюються свойства характера, типичные для больных в преморбидном периоде (Ушаков, 1987).

В.Н. Мясищев, который понимал невроз как болезнь личности, писал: «..предрасполагающим к невротической декомпенсации в характере является то, что обостряет чувствительность, создает противоречия и, прежде всего, конфликты на «личной» почве и что затрудняет продуктивное преодоление их» (Мясищев, 1998, с. 59). Такую «личную» почву многие авторы прослеживают в истории формирования и становления данной личности, в наличии неблагоприятных влияний внешней социальной среды, наличии «детских психотравм», таких как неполная семья, конфликтные отношения в семье, аморальное поведение родителей, наблюдение драматических событий и т.п. Врожденно-конституциональные особенности в обеих патологиях определяют тип и характер невротических или личностных нарушений. Однако многие авторы подчеркивают значение *социальных условий развития и воспитания* в возникновении и неврозів, и психопатий. Так, в качестве причин расстройств личности, наряду с конституционально-наследственными и врожденными факторами, рассматривают неблагоприятные социально-психологические факторы и недостатки воспитания, такие как плохие условия жизни в детстве, сиротство, родительская холодность либо гиперопека, антисоциальные установки микросоциального окружения, наркомания, алкоголизм родителей, утрата одного из родителей, распад родительской семьи и другие стрессовые события. О.В. Кербиков определил такой процесс термином «патохарактерологическое развитие», который понимал как форму становления психопатической личности.

В основе клинических проявлений и невротических расстройств, и расстройств личности лежат схожие психологические феномены, прежде всего это касается *нарушений эмоциональной сферы*. По мненню большинства авторов в клінічеській картині неврозів домінують емоційно-афективні порушення, такі як фобії, патологічеська тривога і депресія. Клінічеська картина психопатий характеризується вираженими признаками расстройств емоційно-волевої сфери, наприклад, такими як лабільність емоцій, імпульсивність, впадіння гнева, неконтролюємість емоційних реакцій, тривожність

и неуверенность. Доминирование эмоциональной неустойчивости и выраженной тревоги являются определяющими для невротических расстройств и для некоторых форм психопатий.

Можно считать устоявшимся мнение, что тревога является наиболее распространённым и типичным для невротических расстройств психопатологическим симптомом. Тревога является центральным компонентом тревожных и тревожно-фобических расстройств. Феномен тревоги, которую понимают как чувство внутреннего напряжения, связанное с ожиданием угрожающих событий, объединил в одну группу паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2). Интенсивность эмоционального переживания тут может изменяться от свободно плавающей тревоги до паники. Тревога обязательно сопровождается вегетативными компонентами, такими как усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, дрожание и тремор, сухость во рту, затрудненное дыхание, чувство удушья, тошнота или неприятные ощущения в животе. В основе тревожно-фобических расстройств (F40) лежит феномен страха, который в отличие от тревоги имеет конкретную предметную направленность, чаще всего проецируется на внешнюю реальность. В МКБ-10 к тревожно-фобическим расстройствам относят агорафобию (F40.0), социальные (F40.1) и изолированные (F40.2) фобии. В целом насчитывается более 300 фобий. Наиболее известными являются социальные фобии, которые заключаются в навязчивом страхе испытывать на себе внимание окружающих или совершить что-то, что может вызвать их неодобрение, например, страх покраснеть на людях (эрептофобия), страх показаться смешным (скопофобия), страх рассмеяться на похоронах или страх выругаться. Особенными разновидностями фобий являются агорафобия (страх пребывания на открытом пространстве: на улице, площади, в толпе) и клаустрофобия (страх закрытых помещений: лифтов, общественного транспорта), характерной особенностью которых является страх остаться без помощи. Изолированные фобии ограничены узкоспецифическими ситуациями, такими как пребывание в непосредственной близости от определённого вида животных, нахождение в темноте, гроза, полёты в самолётах, употребление в пищу некоторых продуктов, вид крови или ран и т.п. Страх может вызывать не сам объект, а последствия контактирования с ним, например как при мезофобиях (страх загрязнения) и нозофобиях (страх заболеваний). Подобные особенности эмоционального реагирования наблюдаются и при тревожном (уклоняющемся)

расстройстве личности (F60.6). Данное расстройство личности характеризуется ощущением напряженности и тяжелыми предчувствиями, постоянной тревогой относительно своей безопасности, социальной полноценности, принятия другими, а также страхом критики, неодобрения или отвержения. Застревание на аффекте происходит вследствие того, что отрицательные переживания не вытесняются и не проявляются вовне. Несколько иного рода нарушения эмоционального реагирования наблюдаются при эмоционально неустойчивом расстройстве личности (F60.3), а именно ярко выраженная склонность действовать импульсивно, неустойчивость настроения, неконтролируемые эмоциональные вспышки, бурные проявления раздражения, гнева, недовольства, склонность вступать в конфликты в эмоционально значимых ситуациях, особенно если окружающие препятствуют импульсивным действиям или выражают порицание. Характерной особенностью данного типа расстройств есть несоответствие уровня реактивной агрессивности силе ситуативного стресса, которое проявляется в потере контроля над своими агрессивными побуждениями, выражающиеся в нападении на окружающих и повреждении имущества. В обстоятельствах эмоционально незначимых для больного его аффективные реакции могут быть достаточно адекватными.

Расстройства *когнитивной сферы* не являются специфическими ни для невротических расстройств, ни для расстройств личности. E.Bleuler указывает на практическую беспомощность невротиков и психопатов при формальном отсутствии у них расстройств мышления и интеллекта, которую он обозначил как «относительное слабоумие». E.Bleuler подчеркивает разительное противоречие между формально высоким интеллектом и беспомощностью невротиков и психопатов в решении практических жизненных задач, связанной с невозможностью всесторонней оценки обыденных явлений (Менделевич, 2005).

Для большинства невротических расстройств характерны нарушения концентрации и устойчивости внимания, быстрая истощаемость и замедленность переключения внимания; нарушения мнестических функций, таких как лучшее запоминание невротизирующей реальности («фиксация на препятствии»). В.Д. Менделевич указывает на то, что качественные расстройства мышления не являются специфичными для невротических расстройств, и что ассоциативный процес остается в целом, логически выверенным. Так крайняя подозрительность и недоверчивость, тенденция искаженно воспринимать реальность, извращенное толкование действий других людей как враждебных, свойственные

большим с параноидным расстройством личности (F60.0), касаются «смыслового» уровня мышления, но неходящие до бреда – это убеждения, которые не влияют на количественные и качественные характеристики мышления. Однако эти когнитивные искажения обуславливают и нарушения взаимоотношений с окружающими: чрезмерную чувствительность к препятствиям и отказам, неадекватную реальную ситуацию воинствующую, упорную готовность отстаивать свои права, озабоченность мнением других относительно себя и их отношением, склонность соотносить любые факты и явления действительности с собственной персоной, неспособность прощать обиды. Шизоидное расстройство личности (F60.1) характеризуется отсутствием нарушений мышления или восприятия, но погруженностью в свои мысли, склонностью к абстрактному теоретизированию, различного рода фантазированию, поглощённостью интроспекцией, представленной в виде абстрактного анализа и т.п. При этом способность выражать чувства и ощущать удовольствие у шизоидных психопатов в значительной степени ограничена.

Многие авторы определяющей характеристикой непсихических расстройств считают нарушение *отношения к самому себе и к другим*, характер и манеру установления взаимоотношений с окружающими, а также способы регулирования межличностных ситуаций. При неврозах часто наблюдаются противоречивые сочетания, как осложнение взаимоотношений с окружающими при чрезмерной ориентации на их мнение, заинтересованности в поддержании отношений. Подобные нарушения характерны и для некоторых форм психопатий. Теория отношений В.Н.Мясищева объясняет, кстати, довольно вразумительно психологические механизмы возникновения, формирования и развития *внутриличностного конфликта*, переживание которого становится источником невроза: истерического, обсессивно-психастенического или неврастенического. Базовые параметры личности, моральные и социально-психологические характеристики, сложившиеся в процессе развития личности как составляющие её системы отношений, являющиеся определяющими в проявлениях эмоционального и поведенческого реагирования, прежде всего, на психотравмирующие события.

*Истерический конфликт* (между «хочу» и «имею») выражается в чрезмерно завышенных ожиданиях и претензиях личности на фоне недооценки или полного игнорирования объективных условий реальности и требований окружающих. При этом требовательность к себе или критика своего поведения напрочь отсутствует. Невротическим выражением истерического конфликта

являются диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), которые характеризуются разнообразными функциональными психическими нарушениями, имитирующими органическую патологию: моторными, сенсорными и вегетовисцеральными. В.Н.Менделевич отмечает, что преморбидными особенностями больных этой нозологической группы являются завышенная самооценка, эгоистичность и эгоцентричность, желание быть в центре внимания, высокая активность в сочетании с низкой степенью решительности и целеустремленности, подверженность суггестии, выраженные сенситивность и тревожность в сочетании с импульсивностью и лабильностью, претензии на лидерство в сочетании со средним уровнем уступчивости и ответственности (Менделевич, 2005). Эти же особенности характерны и для демонстративного расстройства личности (F60.4), определяющими из них являются эгоцентризм и стремление казаться более значительной личностью в собственных глазах и глазах окружающих, постоянное желание быть оценённым.

*Обсессивно-психастенический конфликт* (между «хочу» и «необходимо») обусловлен противоречивостью амбивалентных внутренних тенденций или потребностей, борьбе между желанием и долгом. Неспособность произвести выбор в пользу одной из тенденций сохраняет психическое напряжение, проявляющееся в состоянии нерешительности, раздвоенности, сомнениях, страхах и колебаниях. При обсессивно-компульсивных расстройствах (F42) внутренний конфликт фиктивно-символически разрешается в форме навязчивых мыслей, представлений, воспоминаний, сомнений, движений и ритуальных действий. Эти симптомы характеризуются осознанием их бесполезности и критическим отношением к ним, но невозможностью избавиться от них волевым усилием. Ограничения, созданные больным, «защитное» ритуальное поведение, требующее большого расхода времени, в общем, снижают уровень социального приспособления. Таким образом, создаются «условия» не позволяющие делать выбор. В.Н. Менделевич в качестве преморбидных особенностей больных навязчивостями выделяет низкую степень активности, уверенности в себе, решительности, целеустремленности, сочетающиеся с выраженной тревожностью и мнительностью (там же). Психастенические черты ярко выражены у больных ананкастным расстройством личности (F60.5). Характерными особенностями таких личностей являются постоянно переживаемое чувство неуверенности, чрезмерная склонность к сомнениям и осторожности, стремление к совершенству в



любой деятельности (перфекционизм), чрезмерная добросовестность и скрупулезность, потребность в проведении многократных проверок, озабоченность деталями, осторожность, упрямство и ригидность. *Неврастенический конфликт* (между «хочу» и «могу») выражается в противоречии между возможностями человека и его стремлениями, завышенными требованиями к себе, в стремлении достичь цели, успеха без учёта реальных сил и возможностей. Что, в конце концов, приводит к истощению нервной системы и хроническому переутомлению – неврастении (F48.0). Типичными характеристиками гиперстенического варианта неврастении являются эмоциональные нарушения, такие как повышенная раздражительность, несдержанность эмоций, нетерпеливость, повышенная чувствительность к незначительным раздражителям; снижение когнитивной продуктивности, проявляющееся нарушением внимания и снижением умственной продуктивности после незначительных умственных усилий; беспорядочная активность. При гипостенической форме доминирует астенический синдром: повышенная утомляемость, снижение трудоспособности, ухудшение памяти и внимания, вялость, сонливость днем и бессонница ночью; возникают отвлекающие ассоциации и воспоминания, снижается интерес к окружающему.

Следует отметить, что углубление невротической психопатологической симптоматики может переходить на качественно иной, более выраженный уровень – тогда говорят о формировании невротического развития личности. Однако если при неврозах, ведущее место занимают вегетативные, сенсомоторные и аффективные расстройства, то при невротическом развитии личности они утрачивают свою выраженность и появляются психопатические черты. Возникающая чрезмерная аффективность нарушает адаптацию, приводит к межличностным конфликтам, лишает личность ранее выработанных форм поведения.

Таким образом, прослеживается чёткая связь между содержанием внутриличностного конфликта, особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы. Причем эти патологические способы реагирования всегда имеют компенсаторный характер.

Реакция на психотравмирующее событие может выражаться в *доминировании вегетативных и соматических симптомов*, при отходе на второй план собственно психопатологических. Причем, такие соматические жалобы возникают на фоне отсутствия морфологического изменения соответствующих тканей (в отличие от психосоматических расстройств), а если и обнаружива-

ются какие-либо соматические нарушения, то они не объясняют характера и степени выраженности симптоматики или тяжести состояния больного и проявляемой им озабоченности. В МКБ-10 данная разновидность нарушений представлена в рубрике «соматоформные расстройства» (F45). Основной отличительной чертой этих расстройств является «маскировка» психической и психологической проблематики соматическими нарушениями. Индивид реагирует на дистресс предъяснением соматических жалоб и поиском медицинской помощи или ее альтернативных вариантов, например как обращение к знахарям и целителям.

Нозологические формы соматоформных расстройств различаются по характеру и содержанию соматических жалоб. Так для соматизированного (F45.0) и недифференцированного соматоформного (F45.1) расстройства типичны множественные жалобы с постоянно меняющимся мнением больного относительно локализации источника симптомов и причины страданий, которые наблюдаются в течение нескольких лет, но не могут быть объяснены никакими поддающимися выявлению соматическими расстройствами. Флуктуирующие соматические симптомы (не менее шести) при этих формах расстройств относятся как минимум к двум разным системам: желудочно-кишечные, сердечно-сосудистые, урогенитальные, кожные и болевые симптомы. Соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) характеризуется предъяснением жалоб к функционированию систем или органов, регулируемых вегетативной нервной системой, таких как сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, дыхательная система, мочеполовая система. Жалобы основываются на объективных признаках вегетативного возбуждения, таких как потливость, тремор, сердцебиение и т.п., или искаженной чувствительности (кратковременные боли, ощущения жжения, тяжести, напряжения, раздувания или растяжения) приписываемой конкретному органу или системе, и сопровождаются выраженными тревогой и страхом. Любые другие жалобы относительно расстройства ощущений, тесно связанные по времени с вызывающими стресс событиями, не опосредованные вегетативной нервной системой и ограничивающиеся отдельными системами организма или частями тела, например, кожей, классифицируются как «другие соматоформные расстройства» (F45.8). Жалобы на постоянно находящуюся в центре внимания жестокую мучительную боль, которую нельзя объяснить каким-либо физиологическим процессом или соматическим расстройством, – отличительный признак хронического соматоформного болевого расстройства (F45.4). Возникновение боли, как правило, связано с

емоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами, а также с получением поддержки и внимания со сторон окружающих. Основным отличительным признаком ипохондрического расстройства (F45.2) является чрезмерная стойкая озабоченность возможностью наличия серьёзного соматического заболевания (одного или более), сопровождающаяся выраженными тревогой или депрессией, причем внимание обычно фокусируется на одном-двух органах или системах организма. Убежденность «ипохондрика» приобретает характер сверхценных идей (небредовая ипохондрия), содержание и сила которых время от времени могут изменяться.

Соматоформные расстройства, по мнению Z.Lipovski (1983), включают расстройства трёх уровней: сенсорного (ощущений), когнитивного (осмысления того, что воспринимается) и поведенческого (обусловленного личностью). Соматоформные симптомы препятствуют нормальному функционированию в повседневной жизни. У многих больных часто отмечаются нарушения поведения в сфере социального, межличностного и семейного функционирования.

Общий психологический механизм всех соматоформных расстройств заключается в том, на фоне аффективных симптомов, вызванных психотравмирующей ситуацией, появляются соматические нарушения, на которых концентрируется внимание больного, поскольку именно они причиняют страдание. Эти соматические нарушения усиливают тревогу и страх относительно состояния своего здоровья, что еще больше концентрирует внимание на телесных ощущениях. Подозрения или убежденность в серьезности соматического заболевания может вызвать депрессивное или субдепрессивное состояние.

Так вот соматизация, которая оказывается более привлекательной для индивида по сравнению с наличием эмоционально-поведенческих расстройств, поскольку окружающие с большим сочувствием относятся к соматическим симптомам, чем к психологическим проблемам, занимает совершенно иное место в случае именно соматического заболевания. При этом она зачастую выступает тем самым психологическим механизмом его аггравации, который усугубляет течение болезни, а соматическое заболевание, в свою очередь, чревато психогенными воздействиями на личность пациента. Вот этот конкретный феномен взаимообусловленного сложного взаимодействия и заслуживает самого пристального внимания. Обратимся к его рассмотрению в деталях.

**Выводы.** В клинической картине психогений прослеживается четкая связь между особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы: интенсивность и ост-

рота емоціонального і личностного реагування зависит от врожденно-конституціональних і характерологічних особенностей індивіда. Действие психотравмирующих событий провоцирует возникновение декомпенсаций, закрепляющих невротическое поведение и обостряющих патологические черты. Реакция на психотравмирующее событие может выражаться в доминировании вегетативных и соматических симптомов, при отходе на второй план собственно психопатологических. Соматогении в этой проблематике до сих пор не нашли достаточного отображения.

#### **Список использованных источников**

1. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие / В. Д. Менделевич. – [5-е изд.] – М. : МЕДпресс-информ, 2005. – 432 с.
2. Мясищев В.Н. Психология отношений. Избранные психологические труды / В.Н. Мясищев. – М.; Воронеж, 1998. – 362 с.
3. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства / Г.К. Ушаков. – [2-е изд., перераб. и доп.] – М. : Медицина, 1987. – 304 с.
4. Шапиро Д. Невротические стили / Д.Шапиро. – М. : Институт общегуманитарных исследований, 1998. – 198 с.
5. Lipowski Z.J Psychological reaction to physical illness / Z.J. Lipowski // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – P. 1069–1072.

#### **Spisok ispol'zovannyh istochnikov**

1. Mendelevich V.D. Klinicheskaja i medicinskaja psihologija: Uchebnoe posobie / V. D. Mendelevich. – [5-e izd.] – M. : MEDpress-inform, 2005. – 432 s.
2. Mjasishhev V.N. Psihologija otnoshenij. Izbrannye psihologicheskie trudy / V.N. Mjasishhev. – M.; Voronezh, 1998. – 362 s.
3. Ushakov G.K. Pogranichnye nervno-psihicheskie rasstrojstva / G.K. Ushakov. – [2-e izd., pererab. i dop.] – M. : Medicina, 1987. – 304 s.
4. Shapiro D. Nevroticheskie stili / D.Shapiro. – M. : Institut obshhegumanitarnyh issledovanij, 1998. – 198 s.
5. Lipowski Z.J Psychological reaction to physical illness / Z.J. Lipowski // Canadian Medical Association Journal. – 1983. – V.128. – P. 1069–1072.

*Received January 15, 2016*

*Revised February 26, 2016*

*Accepted March 21, 2017*