

ЗАВИСИМОСТЬ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ТИПА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ ЛИЧНОСТИ

Выделены 8 типов эмоциональной специфичности переживаний личности у больных с соматоформными расстройствами. Установлена их роль в патогенезе данных нарушений. Выявлены достоверные различия между 5-ю типами эмоциональных переживаний по результатам патопсихологического исследования и по связи с сопутствующим невротическими синдромами.

Соматоформные расстройства (СФР), имеющие высокую распространенность в клинической практике (по данным Иванова С.В. 20,1% пациентов в общемедицинской сети [4]), отведены в самостоятельную диагностическую категорию в международных классификациях болезней сравнительно недавно, в МКБ-10 с 1992 года. Ранее функциональные соматические нарушения рассматривались в рамках традиционных форм неврозов или других психопатологических синдромов и считались вторичными клиническими феноменами по отношению к основным психопатологическим.

СФР имеют во многом сходные с невротическими расстройствами механизмы психогенеза и все же обладают специфическими особенностями развития нарушений. Тесная взаимосвязь соматических дисфункций с эмоционально-аффективными нарушениями, отраженная в исследованиях соматизированной (маскированной) депрессии [3, 10], в изучении невротических расстройств внутренних органов [6, 7], в исследованиях коморбидности соматоформных расстройств с тревожно-фобическими и с депрессивными расстройствами [1, 5, 8, 14, 15] указывает на значение эмоциональных состояний в формировании телесных симптомов. Однако характер эмоциональных проявлений доклинического (метасиндромального) уровня (выходящих за рамки эмоциональных психопатологических синдромов), эмоциональных переживаний, скрывающихся за соматическими дисфункциями, остается мало изученным.

Ф. Александер [11] описал специфические эмоциональные конфликты при психосоматических заболеваниях: гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болез-

ни желудка и 12-типерстной кишки и др. Он рассматривал нарушение вегетативных функций внутренних органов как результат подавленных, непроявленных эмоций. Ранее у больных неврозами в качестве эмоционально специфичных жизненных переживаний личности были проанализированы астенические, депрессивные, тревожные, ипохондрические и диссоциативные переживания [2].

По отношению к соматоформным расстройствам значение специфических эмоциональных переживаний вообще не исследовано. Между тем, это имеет важное значение для ранней диагностики соматоформной патологии и ее комплексного лечения с использованием психотерапии.

Целью исследования было изучение психопатологической и патопсихологической картины СФР в зависимости от типа эмоционально специфичных переживаний личности.

Изучено 120 больных, у которых было диагностировано соматоформное расстройство исходя из критериев МКБ-10. Исследование проводилось клинко-психопатологическим, клинко-психологическим и патопсихологическими методами. Возраст больных колебался от 18 до 56 лет и в среднем составлял 37,6 лет. Из 120 больных 34 были мужчины и 86 – женщины.

Изученные заболевания отобраны в процессе амбулаторного психотерапевтического приема сплошным методом. В их структуре чаще других встречалось недифференцируемое соматоформное расстройство (F45.1) – 26 человек (21,7%); затем – соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы (ВНС): сердечно-сосудистой системы (F45.30) – 21 чел. (17,5%) и общая соматоформная дисфункция ВНС (F45.3) – 17 чел.

(14,2%). Далее следовали хроническое болевое соматоформное расстройство (F45.4) – 13 чел. (10,8%), ипохондрия (F45.2) – 12 чел. (10%) и соматизированное расстройство (F45.0) – 11 чел. (9,2%). Реже встречались соматоформная дисфункция дыхательной системы (F45.33) – 6 чел. (5%), другое соматоформное расстройство (F45.9) – 6 чел. (5%), соматоформная дисфункция верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (F45.31) – 4 чел. (3,3%) и нижнего отдела ЖКТ (F45.32) – 3 чел. (2,5%), соматоформная дисфункция мочевыделительной системы (F45.34) – 1 чел. (0,8%).

Для выявления эмоциональных переживаний использованы активные приемы ведения психотерапевтического интервью: эмпатическое слушание, наблюдение за соответствием вербальных и невербальных проявлений пациента, проясняющие вопросы, отражение чувств, осторожные интерпретации здесь-и-сейчас. Для уточнения особенностей эмоциональных состояний и выявления нюансов переживаний были использованы психодиагностические методики: модифицированный вариант цветового теста Люшера (Метод Цветовых Выборов, Собчик Л.Н., 2001) и Стандартизированный Многофакторный метод Исследования Личности (тест СМИЛ, Собчик Л.Н., 2000).

Все полученные результаты были подвергнуты статистической обработке с вычислением среднего арифметического в группах эмоционально специфичных переживаний. С помощью Т-критерия Стьюдента исследовалась значимость различий между группами. Далее находилось сходство всех эмоциональных переживаний. Все значимые различия представлялись обобщенно всвязи с типом переживаний и описывались отдельно по группам.

В процессе беседы с пациентами с соматоформными расстройствами обращает на себя внимание тот факт, что часто серьезные жизненные трудности ими сообщаются безэмоционально. Даже признавая существование стрессов и переживаний по поводу жизненных затруднений, больные не усматривают их связи с имеющимися телесными недугами.

Эмоциональные проявления у больных СФР неявные, скрытые, трудно выявляемые. Это, по-видимому, связано с механизмами психологических защит, приводящих к подавлению чувств, их вытеснению, отрицанию и др. При первичном наблюдении часто выявляется лишь повышенный уровень озабоченности физическим состоянием. При более детальном исследовании обнаруживается, что пациенты либо не осознают свои чувства, либо не придают им значения. Именно это делает необходимым дальнейший диагностический поиск в направлении обнаружения скрытых эмоциональных переживаний. Активные приемы ведения психотерапевтического интервью помогают прояснить подавленные чувства.

Все многообразие эмоциональных переживаний, которые были выявлены в ходе психотерапевтического интервью и патопсихологического исследования, сводятся к 8-ми основным типам эмоционально специфичных переживаний. Это диссоциативные, депрессивные, ипохондрические, астенические, тревожные, аутоагрессивные, кризисные и экзистенциальные виды переживаний. В процессе исследования обнаружена следующая распространенность отдельных типов эмоционально специфичных переживаний: наиболее часто встречаются диссоциативные переживания – 27 чел. (22,5%) и депрессивные – 26 чел. (21,7%); несколько реже – ипохондрические – 18 чел. (15%), астенические – 14 чел. (11,7%) и тревожно-фобические – 13 чел. (10,8%); более редкими были переживания кризисные – 6 чел. (5%), экзистенциальные – 5 чел. (4,2%) и аутоагрессивные – 4 чел. (3,3%).

По результатам патопсихологического исследования выявлены достоверные различия между пятью группами эмоционально специфичных переживаний: тревожно-фобическими, депрессивными, ипохондрическими, астеническими и диссоциативными. Результаты СМИЛ в группах эмоционально специфичных переживаний представлены в таблице №1, цветовые предпочтения и отвержения МЦВ в тех же группах – в таблице №2.

Кризисные и экзистенциальные переживания являются выражением более специфических личностных мотивов (духовных вли-

Таблица 1. Средние значения по шкалам СМИЛ в группах эмоционально специфичных переживаний

Шкалы СМЛ	Типы эмоционально специфичных переживаний Средние значения					Т Стьюдента $\square 2$	
	1. Тревожно-фобические	2. Депрессивные	3. Ипохондрические	4. Астенические	5. Диссоциативные	Типы эмоц. переж.	Шкалы СМЛ
1	66,5	67,9	80,6	82,9	61,2	1-2	6,7
2	77,7	81,0	75,9	64,3	63,8	1-3	1,8
3	69,7	73,9	71,2	77,1	76,3	1-4	1,2,7
4	58,6	58,0	53,8	59,0	50,0	1-5	2,3,7
5	57,4	51,1	51,9	51,7	51,9	2-3	1,8,9
6	60,4	71,0	71,2	59,9	65,9	2-4	1,2,6,9,0
7	75,5	59,8	71,9	57,8	42,6	2-5	2,4,7,8,0
8	73,7	67,9	86,2	67,9	51,1	3-4	2,7,8,0
9	57,1	54,3	58,6	64,7	55,2	3-5	1,2,7,8,0
0	63	65,7	58,8	49,8	50,5	4-5	1,7,8,9

Таблица 2. Встречаемость цветов теста МЦВ в группах эмоционально специфичных переживаний на первых двух и последних двух позициях

Типы эмоциональных переживаний	Очередность мест	Частота встречаемости каждого цвета в % (К1 и К2)							
		Номера цветов							
		1	2	3	4	5	6	7	0
1. Тревожнофобические n=13	Первые	69,2	23	15,4	53,8	30,8	7,7	0	0
	Последние	0	0	23	0	7,7	23,1	77	69,2
2. Депрессивные n=24	Первые	8,3	79,2	25	4,1	50	12,3	8,3	12,5
	Последние	16,7	0	16,7	30,2	8,3	33,3	75	20,8
3. Ипохондрические n=18	Первые	61,1	61,1	5,6	5,6	22,2	11,1	11,1	22,2
	Последние	5,6	5,6	55,6	38,9	11,1	16,7	38,9	27,8
4. Астенические n=14	Первые	0	21,4	21,4	78,6	28,4	7,1	7,1	35,7
	Последние	21,4	35,7	7,1	7,1	35,7	7,1	50	42,8
5. Диссоциативные n= 23	Первые	8,7	52,2	30,4	52,2	43,4	8,78	0	4,3
	Последние	69,8	0	0	13	8,7	8,7	91,3	8,7

Типы эмоциональных переживаний	Количественные показатели									
	Гетерономность/ автомность Г	Концентричность/ эксцентричн., К	Вегетативный коэффициент, КВ	Работоспособность,	Вегетативн. баланс ВБ	Баланс личности, ЛБ				
1. Тревожнофобические	3,4	1,35	0,92	16,9	1,46	1,43				
2. Депрессивные	-3,1	2,3	0,8	17	1,74	2,26				
3. Ипохондрические	-0,34	5	0,54	14,7	-2,39	1				
4. Астенические	0,89	-3,26	1,84	17,3	4,33	1,22				
5. Диссоциативные	-2,46	-2,26	1,5	17,8	6,19	2,41				
Типы эмоцион. переживаний	Т Стьюдента=2 и >2									
	1-2	1-3	1-4	1-5	2-3	2-4	2-5	3-4	3-5	4-5
Номера цветов на перв. местах	1,2,4	2,4	1,0	1	1,5	2,4	2,4	1,2,4	1,3,4	2,0
Номера цветов на послед. мест	4	4,7,0	2	1	3,7,0	2,4	1	2,3,4	1,3,7	1,2,7,0
Количес. показатели	Г,К, КВ	К,ВБ, Р,КВ	Г	Г	Г,ВБ Р	Г,К, КВ	К,ВБ, КВ	К,ВБ Р,КВ	Г,К,ВБ Р,КВ	Г

яний), которые, по нашему мнению, не могут быть выявлены существующими психологическими методами исследования эмоциональной сферы. Аутоагрессивные переживания, при которых преобладают негативные чувства по отношению к себе, представляют малочисленную группу для статистической обработки.

По тесту МЦВ значение цвета зависит от его позиции в цветовом ряду. Последние два места (отвергаемые цвета) указывают на источник тревоги, если отвергаются основные цвета (синий, зеленый, красный и желтый). Первые два места (предпочитаемые цвета) выявляют способы ее компенсации. Для СМИЛ за пределы нормы выходят значения приближенные и превышающие 70. Как видно таблиц №1 и №2, общим для всех типов переживаний является то, что значения по 3-й шкале СМИЛ (эмоциональной лабильности) превышают норму ($T = и > 70$). По МЦВ во всех группах желтый цвет (общительность, веселость) сдвигается на крайние позиции: предпочтение при диссоциативных, астенических и тревожных пережи-

ваниях, а при депрессивных и ипохондрических – отвержение, что означает напряженность и слабость контроля. Личностный баланс более 1 выявляет противоречивость и неустойчивость личности. Таким образом, эмоциональная и личностная неустойчивость – характерное свойство любого типа эмоциональной специфичности.

Все значимые различия между группами эмоциональных переживаний, отражающие специфичность каждого типа, обобщены и изображены на рисунке №1.

Условные обозначения: (+) – предпочитаемые цвета, количественные показатели МЦВ и номера шкал СМИЛ, имеющие высокие значения; (-) – отвергаемые цвета, показатели и номера шкал, имеющие низкие значения; в скобках – цвета, имеющие достоверные различия, только с 2-мя группами переживаний. Количественные показатели: Г – гетерономность, А – автономность, К – концентричность, Э – эксцентричность, ВВ – вегетативный баланс, КВ – вегетативный коэффициент, Р – работоспособность. Шкалы СМИЛ: 1 - ипохондричности, 2 - депрес-

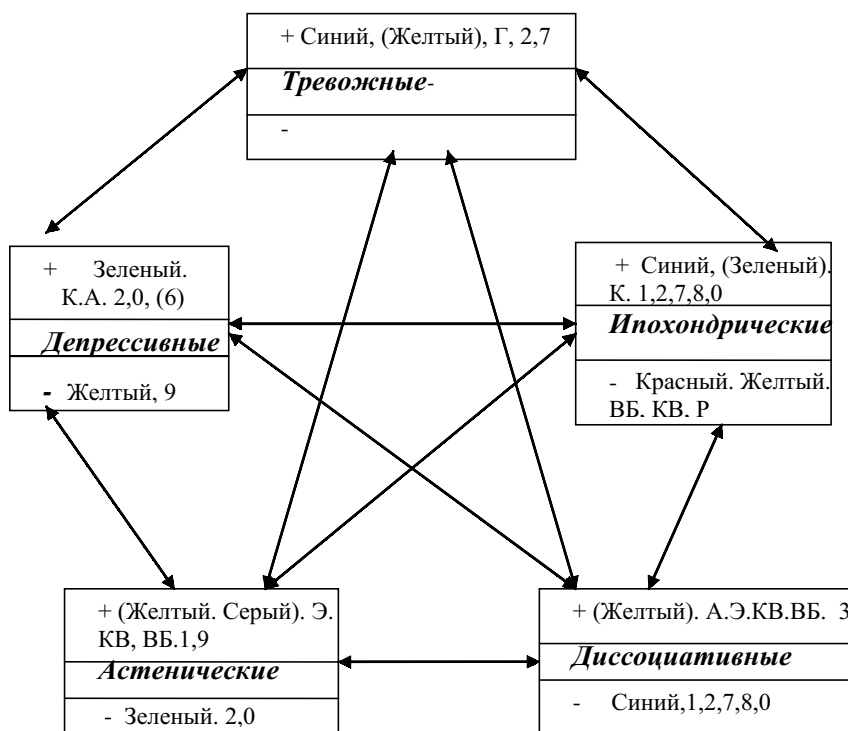


Рисунок 1. Характеристика специфичности эмоциональных переживаний по показателям СМИЛ и МЦВ

сии, 3 - эмоциональной лабильности, 7 - тревожности, 8 - индивидуалистичности, 9 - оптимистичности, 0 - интровертированности. Стрелка – направление сравнения групп.

Данным типам эмоционально специфичных переживаний соответствовали определенные психопатологические синдромы, как сопутствующие невротические нарушения у больных СФР. Тревожный синдром выявлялся при всех типах переживаний. Наиболее часто он обнаруживался при диссоциативных (62,9%) и тревожно-фобических переживаниях (61,5%). У больных с депрессивными, ипохондрическими и астеническими переживаниями в 42,2%, 38,8%, 35,7% случаях соответственно. Обнаружены достоверные различия в группах с тем или иным типом эмоционально специфичных переживаний по их соответствию с невротическими синдромами. Депрессивный синдром преобладал у больных с депрессивными переживаниями (69,2%, Т-Стьюдента > 2). Синдром раздражительной слабости в большинстве случаев наблюдался при астенических переживаниях (92,8%, Т > 2,5). Конверсионные симптомы чаще обнаруживались при диссоциативных переживаниях (81,5%, Т > 7). Сочетание тревожного синдрома с депрессивным при небольшом преобладании первого наблюдалось при ипохондрических переживаниях (38,8% и 33,3% соответственно).

На основании выше приведенных данных, каждому типу эмоционально специфичных переживаний у больных СФР соответствует следующая патопсихологическая и психопатологическая картина:

Диссоциативные переживания обусловлены механизмами психологических защит, приводящих к вытеснению некоторых чувств на периферию сознания. При этом чувства, неприемлемые для индивидуума с позиции идеального представления о себе, диссоциируются от основного ядра личности. Чаще всего отвергаются гнев и страх. Метод цветных выборов (МЦВ) при диссоциативных переживаниях выявляет с высокой частотой на последних позициях синий цвет, что означает блокирование потребности теплых межличностных отношений, зависимость от объекта глубокой привязанности, стремле-

ние справиться с угнетенностью, сохраняя активность. Повышение по 3-ей шкале «эмоциональная лабильность» СМИЛ, при нормативных показателях по 1-й (ипохондричности), 2-й (депрессии), 7-й (тревожности), 8-й (индивидуалистичности) и 0-й (интровертированности) шкалам, а также предпочтение желтого цвета по МЦВ свидетельствует о компенсации за счет активной деятельности, общительности, эмоциональной неустойчивости, демонстративности, поисков признания и новых взаимоотношений, избегания ответственности. Реже компенсация за счет других основных цветов: зеленого (настойчивость, упрямство, самоуважение), красного (сила воли, активность, агрессивность, властность) и фиолетового (бегство в мир иллюзорных представлений). Этот тип переживаний характеризуется эксцентричностью, заинтересованностью окружением, как объектом воздействия или источником получения помощи, автономностью и независимостью, а также преобладанием эрготропного реагирования, то есть самопроизвольной регуляции и устойчивости к экстремальным воздействиям (КВ > 1). При диссоциативных переживаниях чаще, чем в других группах, в клинической картине СФР обнаруживались конверсионные симптомы.

Базовой эмоцией при *депрессивных переживаниях* является печаль, осознаваемая также как грусть, уныние, хандра. Она сочетается с враждебными чувствами (гневом, отвращением, презрением) по отношению к себе и к другим, а также с чувством вины, стыда и страха. По данным МЦВ, достоверно чаще, чем при других переживаниях, отвергается желтый цвет, то есть происходит блокирование спонтанности собственного «Я», невозможность свободного проявления чувств, разочарование, ощущение несбыточности надежд и бесперспективности, выраженная эмоциональная неустойчивость и уязвленное самолюбие. Эти тенденции сочетаются с компенсаторным отстаиванием собственной позиции, упорством, противодействием обстоятельствам (предпочтение зеленого цвета, повышение по 6-ой шкале СМИЛ «ригидности»). Часто компенсаторные механизмы не срабатывают и, в результате, появляется не-

удовлетворенность в физиологическом комфорте, снижение настроения, плохое самочувствие, недомогание, усталость, желание отдыха, щадящего режима, реакции ухода от контактов с окружающими (повышение по 2-ой «депрессии», 0-й (интровертированности) шкалам СМИЛ и низкими значениями по 9-й (оптимистичности). Индивидуумы с депрессивные переживания независимы, автономны и сконцентрированы на собственных проблемах. У больных с этими переживаниями основным сопутствующим психопатологическим синдромом был депрессивный.

Ипохондрические переживания представляют собой тревожные опасения, страхи, подавленность и уныние по поводу мнимых нарушений здоровья, приписываемых себе болезней. Пациентов пугает и приводит в уныние кажущееся неблагополучие собственного организма. При патопсихологическом исследовании выявляется отвержение красного цвета, что указывает на блокирование потребности в самореализации и достижении целей, ощущение нависшей угрозы, чувство собственного бессилия и переутомления перед лицом препятствий. Одновременное отвержение красного с желтым цветом означает выраженную эмоциональную неустойчивость, разочарование, чувство обманутого доверия, ощущение своего положения как жертвы злой воли окружающих людей. Повышение по 7-й (тревожности) и 8-й (индивидуалистичности) шкалам СМИЛ свидетельствует о чувствительности, впечатлительности, ранимости, обособленно-созерцательной личностной позиции. Выдвижения синего цвета на первые позиции выявляет компенсацию за счет стремления к эмоциональному комфорту, покою, к прочной и глубокой привязанности, к защите от внешних воздействий, к уединению, избирательности контактов и конформности установок. Предпочтение зеленого говорит об отстаивании собственной позиции, упорстве и противодействии обстоятельствам. Компенсаторное поведение часто оказывается безуспешным и начинает преобладать негативное отношение к жизни, о чем свидетельствует более частое появление темных цветов (коричневый, черный, серый) на первых позициях. Одновременное повышение по 1-ой, 2-ой и 3-ей шкалам СМИЛ отображает по-

давление спонтанности, контроль над агрессивностью, ориентация на правила, осторожность, осмотрительность, а также повышенный контроль над физиологическими функциями и защитный механизм «бегство в болезнь». При ипохондрических переживаниях больные сконцентрированы на собственных проблемах, работоспособность (Р) низкая, тонус ЦНС снижен и преобладает активность парасимпатического отдела вегетативной нервной системы ($ВБ < 1$), а вегетативный коэффициент < 1 выявляет преобладание трофотропного реагирования, то есть наименьшую устойчивость к экстремальным воздействиям. Психопатологическая картина больных с СФР при этом типе эмоциональной специфичности была представлена сочетанием тревожного синдрома с депрессивным.

Астенические переживания проявляются повышенной восприимчивостью с эмоциональной истощаемостью. При этом типе переживаний стеничные эмоции (гнев, презрение, отвращение), которые стимулируют деятельность и энергетический потенциал, противоречиво сочетаются с астеническими эмоциями (тревога, страх, стыд, вина), способствующими торможению деятельности, пассивности, скованности. Цветовой профиль выявляет блокирование потребности в отстаивании своей позиции, неудовлетворенность своим социальным статусом, ослабление воли, нежелание предпринять что-либо (отвержение зеленого цвета). Это компенсируется беспокойными поисками новых отношениях, которые могли бы принести радость и спокойствие (предпочтение желтого цв., повышением по 3-й и по 9-й оптимистичности шкалам СМИЛ). Однако потребность в действии, в переменах и общении сталкивается препятствиями, что создает чувство повышенной усталости, затруднения в контактах (появление серого на первых позициях и (или) повышенным самоконтролем – высокие значения по 1 шкале СМИЛ). Противоречивое сочетание сдержанности, осторожности, повышенного контроля с одной стороны (повышение по 1-й шкале СМИЛ), и раздражительности, эмоциональной неустойчивости с другой стороны (повышение по 3-й шкале), создает смешанный тип реагирования, проявляющийся постоянной напряженностью, которая транс-

формируется в нарушения физиологических функций. Лица с астеническими переживаниями эксцентричны, у них преобладает эрготропное реагирование и активность симпатического отдела нервной системы (высокие значения КВ и ВБ). У больных с астеническими переживаниями функциональные соматические нарушения сочетаются с синдромом раздражительной слабости.

Основным проявлением *тревожно-фобических переживаний* являются тревога и страх. Цветовой тест выявляет высокую чувствительность и подверженность внешним (средовым) воздействиям (предпочтение синего цвета). Ранимость, зависимость от значимых других, повышенный самоконтроль и конформность установок сочетаются с тенденцией к легкой смене настроения и устремлений, вживаемостью в разные социальные роли. Энтузиазм и стремление к сопричастности интересам референтной группы легко сменяются тенденцией уйти от излишней ответственности; участие и сопереживание более значимы, чем конкретные цели (предпочтение синего цвета вместе с желтым). При тревожно-фобических переживаниях преобладает пассивно-страдательная позиция, неуверенность в себе и в стабильности ситуации, повышенная чуткость к опасности и тревожная мнительность (повышение по 7-й шкале «тревожности» и 2-й «депрессии» СМИЛ). Выражена гетерономность, зависимость от окружения. Наиболее частым сопутствующим невротическим син-

дромом у данной категории больных с СФР был тревожный синдром.

Выводы

Определяется временная и психологически понятная связь между возникновением СФР и эмоционально специфичными переживаниями личности. Разнообразные эмоциональные состояния у больных СФР сводятся в каждом конкретном случае к одному из восьми видов: диссоциативные, депрессивные, ипохондрические, астенические, тревожные, аутоагрессивные, кризисные и экзистенциальные.

Выявляется тип эмоционально специфичных переживаний у больных СФР в процессе психотерапевтического интервью с применением активных приемов ведения беседы и уточняется патопсихологическим исследованием. 5 из 8-ми типов эмоционально специфичных переживаний (диссоциативные, депрессивные, ипохондрические, астенические и тревожно-фобические) имеют свою патопсихологическую картину. Тип переживаний оказывает влияние на характер сопутствующих невротических нарушений у больных СФР в форме соответствующих психопатологических синдромов и их сочетаний.

Осознание подавленных эмоциональных переживаний, их отреагирование и переоценка событий, стоящих за этими переживаниями в процессе психотерапии, способствует улучшению душевно-телесного благополучия.

Список использованной литературы:

1. Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). – М., Изд-во «Триада-Х», 2000. – 256 с.
2. Дереча Г.И., Дереча В.А. Системно-клинический подход к оценке невротических расстройств. – Сыктывкар: Коми книжное издательство, 1996. – 40 с.
3. Иванов С. В. Соматоформные расстройства (органные неврозы): эпидемиология, коморбидные психосоматические соотношения, терапия: Дис. докт. мед. наук / Рос. акад. мед. наук. – М., 2002. – 297с.
4. Ипохондрия и соматоформные расстройства. Под ред. А.Б. Смулевича. – М. – 1992. – 175 с.
5. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М.: Медицина, 1980. – 448 с.
6. Карвасарский Б.Д., Простомолотов В.Ф. Невротические расстройства внутренних органов. – Кичнев, 1988. – 166 с.
7. Петрунько О.В. Соматизированное расстройство (клиникопсихопатологический аспект, коморбидность, факторы риска): Автореф. дисс. канд. – Томск, 2004.
8. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клинические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия, 1997. – №1. – С. 12-16
9. Собчик Л.Н. МЦВ – метод цветовых выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера. Практ. рук-во. – СПб., Изд-во «Речь», 2001. – 112 с.
10. Собчик Л.Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ. – СПб.: Речь, 2000. – 219 с.
11. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. / Пер. с англ. С. Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
12. Barsky A.J., Klerman G. L. Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles // Arch. Gen. Psychiatr – 1986. Vol. 43. – P. 493 – 500.
13. Изард К.Э. Психология эмоций / Перев. с англ. – СПб.: Питер, 2000. – 464 с.
14. Keller R. Somatization and hypochondriasis. – New-York: Praeger. 1980. – 380 p.
15. Lipowski Z. S. Somatization: the concept and its clinical application. / Am. J. Psychiatr. – 1988. – Vol. 1. – N 1. – P.15-20