

ПАХОМОВ АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ

*соискатель ученой степени кандидата медицинских наук Военно-медицинской академии
им. С. М. Кирова*

PAKHOMOV A.

*applicant of the academic degree of a candidate of medical science of the S.M.Kirov Military Medical
Academy*

**ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ ВНУТРЕННЕЙ
КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОГНИТИВНОЙ
ПЕРЕРАБОТКИ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

**PATHOGENETIC RULES OF FORMING A DISEASE INNER PICTURE IN
DIFFERENT VARIATIONS OF COGNITIVE INTERPRETATION OF SOMATIC
PATHOLOGY**

АННОТАЦИЯ: Данная статья посвящена рассмотрению актуальной в современной социальной медицине и клинической психологии проблемы внутренней картины болезни. Феномен внутренней картины болезни рассматривается в междисциплинарном аспекте. Приведены классификации разных авторов. Рассмотрены личностные особенности пациентов с адекватными и патологическими формами реагирования на болезнь. Обосновывается комплексность коррекционных мероприятий.

ABSTRACT: The article is devoted to the problem of a disease inner picture, which is actual in modern social medicine and clinical psychology. This phenomenon is studied in the interdiscipline aspect. Classifications of different authors are presented. Personal features of patients with adequate and pathological forms of reaction to a disease are researched. The authors prove complexity of correcting arrangements.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: внутренняя картина болезни, невроз, ипохондрия, фрустрация, дисфория
KEY WORDS: disease inner picture, neurosis, hypochondria, frustration, dysphoria.

Понятие «внутренняя картина болезни» (ВКБ) - возникающий у больного целостный образ своего заболевания - введено Р. А. Лурия. По сравнению с целым рядом сходных терминов медицинской психологии («переживание болезни», «сознание болезни», «отношение к болезни» и др.) термин ВКБ является наиболее общим и интегративным [16,17].

ВКБ обычно выступает как целостное, нерасчлененное образование. На формирование ВКБ оказывают влияние различные факторы: характер заболевания, его острота и темп развития, особенности личности в предшествующий болезни период и др. В качестве методов исследования ВКБ используются метод клинической беседы, опросники, анкеты, интервью [12].

В настоящее время ВКБ признается частным случаем «внутренней картины здоровья» [17,20]. Разнородность определений одного и того же явления связана с полиморфностью переживаний больного.

Классификация типов ВКБ

По типу реакции на болезнь можно выделить три главных типа реакции больного на свое заболевание: стеническая, астеническая и рациональная [1,8].

Большую роль в формировании ВКБ играет тип эмоционального отношения больного к своей болезни, ее проявлениям, прогнозу и др. Существуют различные типы подобных отношений [3-4,9-12].

Гипонозогностический тип – больные игнорируют свою болезнь, пренебрежительно относятся к лечению. У таких больных иногда легко образуются неадекватная (завышенная) модель ожидаемых результатов лечения и «сверхоптимальная» модель полученных результатов лечения.

Гипернозогностический тип – у больного имеется преувеличенно яркая эмоциональная окраска переживаний, связанных с болезнью, при этом формируется заниженная модель ожидаемых результатов лечения.

Прагматический тип эмоциональных отношений к болезни: больной находится в деловом контакте с врачами, стремится к реальной оценке болезни и прогноза, уделяет внимание оптимальной организации лечебных и профилактических мероприятий [12].

Ряд авторов описывает типы отношения к болезни, имея в виду характер взаимодействия, складывающийся при этом между врачом и пациентом [12,15,17].

Содружественная реакция. Эта реакция характерна для лиц с развитым интеллектом. Они как бы с первых же дней заболевания становятся “ассистентами” врача, демонстрируя не просто послушание, но и редкую пунктуальность, внимание, доброжелательность. Они безгранично доверяют своему лечащему врачу и признательны ему за помощь.

Спокойная реакция. Такая реакция характерна для лиц с устойчивыми эмоционально-волевыми процессами. Они пунктуальны, адекватно реагируют на все указания врача, точно выполняют лечебно-оздоровительные мероприятия. Они не просто спокойны, а даже представляются “солидными” и “степенными”, легко вступают в контакт с медицинским персоналом. Могут иногда не осознавать свою болезнь, что мешает врачу выявить влияние психики на болезнь.

Неосознаваемая реакция. Такая реакция, имея патологическую основу, выполняет в ряде случаев роль психологической защиты, и эту форму защиты не всегда следует устранять, особенно при тяжелых заболеваниях с неблагоприятным исходом.

Следовая реакция. Несмотря на то, что заболевание заканчивается благополучно, больные находятся во власти болезненных сомнений, в ожидании рецидива заболевания. После болезни астенизированы, угнетены, даже депрессивны, склонны к ипохондрическим реакциям, продолжают посещать лечебное учреждение и считают, что стали хроническими, неизлечимыми больными.

Негативная реакция. Больные находятся во власти предубеждений, тенденциозности. Они подозрительны, недоверчивы, с трудом вступают в контакт с лечащим врачом, не придают серьезного значения его указаниям и советам. У них часто возникает конфликт с медицинским персоналом. Несмотря на психическое здоровье, они демонстрируют подчас так называемую “двойную ориентировку”.

Паническая реакция. Больные находятся во власти страха, легко внушаемы, часто непоследовательны, лечатся одновременно в разных лечебных учреждениях, как бы проверяя одного врача другим врачом. Часто лечатся у знахарей. Их действия неадекватны, ошибочны, характерна аффективная неустойчивость.

Разрушительная реакция. Больные ведут себя неадекватно, неосторожно, игнорируя все указания лечащего врача. Такие лица не желают менять привычный образ жизни, профессиональную нагрузку. Это сопровождается отказом от приема лекарств, от стационарного лечения. Последствия такой реакции бывают часто неблагоприятными.

В типологии реагирования на болезнь Н.Д. Лакосиной и Г.К. Ушакова в качестве критерия, взятого за основу классификации типов, выделяется система потребностей, которые фрустрируются заболеванием: витальная, общественно-профессиональная, этическая, эстетическая или связанная с интимной жизнью. Другие авторы полагают, что реакция на болезнь в значительной степени обуславливается прогнозом заболевания [15].

В любом случае, в целях преодоления измененного самочувствия и различных проявлений болезни личностью вырабатывается комплекс адаптационных (приспособительных) приемов. Е.А. Шевалев и О.В. Кербиков определяют их как реакции адаптации, которые могут быть как компенсаторного (искусственное ограничение контактов, подсознательная маскировка симптомов, сознательное изменение режима дня, характера работы и т.п.), так и псевдокомпенсаторного характера (отрицание и игнорирование болезни) [19,20].

Другими словами, заболевший на основе своей концепции болезни определенным образом изменяет привычный образ жизни, свою трудовую деятельность и в этом отношении самые разные соматические заболевания могут создать однотипные жизненные обстоятельства для человека.

В содержании внутренней картины болезни отражается не только наличная жизненная ситуация (ситуация болезни), но и преморбидные (добользные) особенности личности больного, его характер и темперамент. Преморбидные особенности личности во многом могут объяснять предпочтительность появления у больных тех или иных форм реагирования на заболевание.

Патологические формы реагирования на болезнь (переживание болезни) описываются исследователями в психиатрических терминах и понятиях: депрессивный, фобический, истерический, ипохондрический, эйфорически-анизогностический и другие варианты. В этом аспекте довольно широкую популярность приобрела классификация типов отношения к болезни, предложенная А.Е. Личко и Н.Л. Ивановым. Типы отношения к болезни данной классификации могут идентифицироваться и с помощью специальной психологической методики (опросника), предложенной авторами [16].

1. Гармоничный тип характеризуется трезвой оценкой своего состояния, активным содействием успеху лечения, нежеланием обременять других своей болезнью, переключением интересов на доступные для больного сферы жизни при неблагоприятном течении болезни.

2. Эргопатический тип отличается выраженным стремлением продолжать работу во что бы то ни стало, может быть описан как «уход от болезни в работу».

3. Анозогностический тип характеризуется активным отбрасыванием мысли о болезни и ее последствиях, пренебрежительным отношением к болезни, нежеланием лечиться.

4. Тревожный тип отличается беспокойством и мнительностью в отношении неблагоприятного развития заболевания, поиском информации о болезни и ее лечении, угнетенным настроением.

5. Ипохондрический тип характеризуется сосредоточенностью на субъективных неприятных ощущениях и стремлением рассказывать о них окружающим.

6. Неврастенический тип характеризуется раздражительностью, особенно при болезненных ощущениях, нетерпеливостью.

7. Меланхолический тип отличается пессимистическим отношением к болезни, неверием в выздоровление.

8. Апатический тип отличается безразличием к себе и течению болезни, утратой интереса к жизни.

9. Сенситивный тип характеризуется озабоченностью о неблагоприятном отношении окружающих вследствие болезни, боязнью стать обузой.

10. Эгоцентрический тип характеризуется требованием исключительной заботы, выставлением напоказ страданий с целью безраздельного завладения вниманием окружающих.

11. Паранойяльный тип характеризуется крайней подозрительностью к лекарствам и процедурам, обвинениями окружающих в возможных осложнениях или побочных действиях лекарств.

12. Дисфорический тип отличается мрачно-озлобленным настроением, ненавистью к здоровым, обвинениями в своей болезни других, деспотическим отношением к близким.

Клинико-психологическая характеристика вариантов ВКБ

Отношение пациента к собственному заболеванию может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия и гипонозогнозия.

Другие авторы выделяют 3 основные группы синдромов нозогений [1-3,7,9,12-16]: невротические синдромы, аффективные синдромы, патохарактерологические синдромы. Поскольку отношение пациента к собственному заболеванию может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия и гипонозогнозия, то данные синдромы рассматриваются с данной позиции.

1. Невротические синдромы [10].

Гипернозогнозический вариант проявляется навязчивостями и истероипохондрией. Страхи и тревожные опасения по поводу своего нездоровья и невозможности полной социальной реабилитации сочетаются с обостренным самонаблюдением, гипертрофированной оценкой угрожающих здоровью последствий заболевания. Преобладание истероипохондрических расстройств выражается демонстративностью поведения, яркостью и образностью жалоб, сопровождающихся конверсионными симптомокомплексами. При затыжных реакциях на первый план выступают явления ригидной ипохондрии с тщательной регистрацией малейших признаков телесного неблагополучия, установлением щадящего, «предохраняющего» от возможных осложнений или обострений соматической болезни режима (диета, главенство отдыха над работой, исключение любой информации, воспринимаемой как «стрессорная», жесткая регламентация физических нагрузок, приема лекарств и пр.).

Гипонозогнозический вариант – синдром «прекрасного равнодушия» («la belle indifférence») представлен диссоциацией между проявлениями латент-

ной соматизированной тревоги (тахикардия, дрожь, потливость) и демонстративно-пренебрежительным отношением к лечению, проблемам прогноза и исхода заболевания, связанным с патологией воображения (нарциссический комплекс идеального физического здоровья). Нарочитое отрицание какого-либо беспокойства по поводу утраты здоровья и трудоспособности сочетается с интерпретацией заболевания как временной, ситуационно обусловленной реакцией на стресс, результата «переутомления». Однако за фасадом наигранного оптимизма имеется страх нарушения жизненно важных функций организма. Соответственно пациенты охотно соглашались выполнять лечебные процедуры, соблюдают рекомендации, касающиеся допустимых пределов физической активности.

2. Аффективные синдромы.

Гипернозогнозический вариант – синдром ипохондрической депрессии. Он определяется гипотимией с тревогой и чувством безнадежности, сочетающимися с астенией, снижением физической активности, алгиями, другими патологическими телесными ощущениями, конверсионными расстройствами. На первом плане в клинической картине – содержательный комплекс депрессии, включающий пессимистическое восприятие болезни, тревожные опасения и ипохондрические фобии, тесно связанные с актуальным соматическим состоянием. Доминируют представления об опасности (обычно преувеличенной) нарушений деятельности внутренних органов, которыми проявляется болезненный процесс, о его неблагоприятном исходе, негативных социальных последствиях, бесперспективности лечения.

Гипонозогнозический вариант – синдром «эйфорической псевдодеменции», характеризующийся повышенным аффектом с преобладанием благодушия, неадекватно-оптимистической оценкой как настоящего состояния, так и последствий болезни (такие явления нередко наблюдаются при туберкулезе и рассеянном склерозе). При формальной констатации реальной опасности, связанной с патологией внутренних органов, пациенты обнаруживают стремление к нивелировке негативных аспектов заболевания, мало озабочены тяжелыми, подчас угрожающими жизни нарушениями деятельности организма; не воспринимают себя в роли «серьезного» больного. Игнорируя уговоры родственников и медицинского персонала, нарушают режим, «забывают» о необходимости приема лекарств. Несмотря на неблагоприятный прогноз, строят радужные планы на будущее.

3. Патохарактерологические синдромы.

Гипернозогнозический вариант – синдром «ипохондрии здоровья». В этих случаях осознание пациентом происшедших патологических изменений в деятельности организма сопровождается не тревогой и страхом, а стремлением к преодолению недуга с чувством недоумения и обиды. Больные постоянно задают себе вопрос, как могла произойти поразившая тело катастрофа, и поглощены мыслями «любой ценой» восстановить свой физический и социальный статус. При этом они ощущают в себе потенциальные возможности усилием воли «пе-

реломить» ход событий, положительно повлиять на течение и исход соматического страдания, «модернизировать» лечебный процесс нарастающими нагрузками или физическими упражнениями, которые они выполняют нередко вопреки медицинским рекомендациям.

Гипонозогностический вариант - синдром «патологического отрицания болезни» встречается преимущественно у больных с угрожающей жизни патологией (злокачественные новообразования, острый инфаркт миокарда, туберкулез). При этом полное отрицание заболевания, сопряженное с убежденностью в абсолютной сохранности функций организма, встречается относительно редко. Чаще же наблюдается тенденция к минимизации тяжести проявлений соматической патологии. В этом случае пациенты отрицают не заболевание как таковое, а лишь те его аспекты, которые имеют угрожающий смысл. Так, исключается возможность летального исхода. Пациент знает, что при недуге, которым он страдает, смерть возможна, но убежден, что именно его это не коснется (благодаря «чуду», «волшебному» воздействию нового, неизвестного ранее средства непременно наступит исцеление). Иногда обнаруживается также склонность к «перенесению» болезненных ощущений с пораженных на здоровые органы.

Предлагается классификация по уровням активности личности в ее противодействии заболеванию или его усугублению: варианты отношения к болезни разделяются на пассивно-страдательное; активно-положительное, или «уход в болезнь»; отрицание наличия заболевания; спокойно-выжидательное отношение; активное противодействие развивающемуся недугу.

Когнитивный аспект ВКБ характеризуется понятием личностного значения болезни, которое является одним из компонентов психосоциальной реакции на заболевание наряду с эмоциональной реакцией и способом адаптации к болезни. Существуют различные классификации личностных значений болезни. Приведем здесь одну из наиболее разработанных типологий [10-11]. Согласно с ней болезнь может восприниматься, как:

- 1) препятствие, которое должно быть преодолено (например, потеря работы);
- 2) наказание за прошлые грехи;
- 3) проявление врожденной слабости организма;
- 4) облегчение (может приветствоваться, так как позволяет уйти от социальных требований, ответственности, например, болезнь, освобождающая юношу от воинской обязанности);
- 5) стратегия приспособления к требованиям жизни (например, использование болезни для получения денежной компенсации);
- 6) невозвратимая потеря, ущерб (например, подросток с диабетом может считать всю жизнь испорченной);
- 7) положительная ценность, помогающая личности обрести более возвышенный смысл жизни или лучшее понимание искусства.

Впоследствии типы значений болезни свелись к основным четырем: вызов (угроза), потеря, облег-

чение, наказание [12]. По сходной классификации в зависимости от опыта, знаний, ценностных ориентации, потребностей болезнь может выступать как враг, соревнование, утрата, штраф, выигрыш, судьба [20].

Амбивалентность отношения больного к болезни.

Следует учитывать двойственное (амбивалентное) отношение больного к своему заболеванию. Традиционное понимание болезни связывают с негативной ее стороной. Однако наблюдения психологов показывают, что есть и позитивная сторона заболевания. Задача врача – искать положительную сторону болезни и показать ее больному. Это часто помогает наладить нужный психотерапевтический контакт и ободряет больного.

“Преимущества” болезни ясны в местах заключения. Но и в повседневной жизни болезнь может “снять” с больного необходимость принимать какие-либо решения по службе или в быту, освободиться от тех или иных трудностей, давать определенные преимущества (психологические, социальные) перед другими людьми, может служить компенсацией чувства неполноценности [13].

В отечественной психологии становление субъективного отношения к болезни рассматривается как объективный познавательный процесс, имеющий несколько этапов (и в то же время компонентов): сенсологический, оценочный и этап отношения к болезни. При этом адекватный тип реагирования, который называется соматонозогнозия, отличается от патологического [11,20].

Особенности трансформации ВКБ в онтогенезе

Возрастные особенности внутренней картины болезни. Наибольшие расхождения между субъективной оценкой болезни и ее объективными проявлениями выражены в молодом и старческом возрасте [7].

При оценке субъективной стороны заболеваний у детей всегда следует учитывать возраст ребенка, соответствие степени его психической развитости паспортному возрасту. Длительное соматическое заболевание у детей нередко становится источником задержки общего физического и психического развития. Кроме того, при заболеваниях в детском возрасте часто происходит не только задержка в развитии, но и явления регрессии (возврат к типам психического реагирования, характерного для более младших возрастных периодов), которая рассматривается как защитный психологический механизм. Защитная активность личности детей способствует тому, что объективное значение понятия “болезнь” часто не усваивается ими, не происходит осознания ее тяжести и последствий для дальнейшей жизни.

У детей до 6-летнего возраста часто можно встретиться с фантастическими представлениями о болезни, навеянными переживаниями страха уколов, других медицинских манипуляций. У подростков наиболее часто формируются защитные явления типа “ухода в прошлое”, которое оценивается ими как эталон счастья, или “ухода” от болезни в фантазии и своеобразной устремленности в будущее (тогда болезнь воспринимается как временная преграда) [7].

Для относительно внезапного серьезного заболевания, которое не сопровождается многолетней астенией, справедливо мнение о том, что любой дефект есть всегда источник силы. Одновременно с дефектом даны «психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта; ...именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила». Ориентация на компенсаторные возможности, на тенденции к сверхкомпенсации очень важна при реабилитационно-восстановительной работе с детьми, страдающими хроническими тяжелыми заболеваниями.

Заболевания в пожилом возрасте переносятся физически тяжелее и на длительное время ухудшают общее самочувствие больных. С возрастом к человеку приходит целая гамма возрастных психологических феноменов: здесь и возмущение против старости, и существенная трансформация личностных реакций и жизненного стереотипа. Появляется неуверенность, пессимизм, обидчивость, страх перед одиночеством, беспомощностью, материальными затруднениями. Заметно снижается интерес к новому и вообще к внешнему миру с фиксацией на переживаниях прошлого и их переоценке. По мере старения снижается психическая реактивность человека. Однако и здесь нельзя однозначно говорить только о регрессе личности в пожилом возрасте, так как многие люди до глубокой старости сохраняют свои позитивные качества и творческие возможности.

Врачу следует помнить, что в старческом возрасте гораздо более интенсивно выражены соматогенные влияния физического заболевания на психику. Иногда первым признаком соматического заболевания или утяжеления его течения являются признаки ухудшения психического состояния пожилого человека. Особенно частым признаком ухудшившегося соматического состояния у лиц старческого возраста являются ночные делирии – беспокойство и галлюцинирование по ночам [18].

С развитием медицинской социологии связано возникновение концепции «роли больного», выдвинутой Т. Парсонсом. Человек в роли больного занимает в обществе особое положение. У него есть обязанности: ожидается, что больной хочет выздороветь и потому должен искать помощи, помогать врачу в своем выздоровлении. Есть и особые права: он освобожден от обычных общественных обязанностей, например, от посещения работы или учебы; о нем заботятся другие [12].

Конфликты с обществом разрешаются «ролью больного». Это происходит неосознанно, поэтому предлагается психосоматические симптомы рассматривать в ряду неврозов. Некоторым нелегко принять такой тип зависимости, другие легко осваиваются с ним. Здесь имеют значение свойства личности. Операция сама по себе не освобождает больных от прежнего страха произвести неблагоприятное впечатление на окружающих, обременить семью. Показано, - что на выход из «роли больного» после операции на открытом сердце не влияет

сложность операции, тяжесть состояния; имеет значение лишь склонность к принятию роли больного. Лица, более устойчивые к вхождению в эту роль, легче и выходят из нее после операции [18].

Существует также понятие «поведение больного», предложенное для описания различных типов поведения, возникающего у людей в результате восприятия и оценки симптомов. Часто трудно отграничить истинные признаки болезни от индикаторов «поведения больного».

Психофизиологический базис ВКБ

Являясь психологическим образованием, ВКБ имеет определенный нейрофизиологический базис. Современные представления о нем облегчают подход к пониманию ВКБ. Важно учитывать, что некоторые черты ВКБ могут быть связаны с особенностями или патологией структурно-функциональной организации мозга. В психологическом плане ВКБ может рассматриваться как элемент самосознания, сформированный в результате самопознания. Ее можно рассматривать также как сложный комплекс представлений, переживаний и идей, своеобразно отражающих в психике больного патологические изменения процессов жизнедеятельности организма и связанные с ними условия существования личности, определяемые патологией [1,4,6].

М. М. Кабановым с соавторами был осуществлен опыт теоретического моделирования ВКБ. В основу модели авторы положили понятие о церебральном информационном поле болезни - сохраняемой в долгосрочной памяти информации о проявлениях болезни. Его материальным субстратом являются матрицы долгосрочной памяти, которые ассоциируются в функциональные комплексы, а последние служат основой представлений личности о своей болезни. Эти матрицы и их комплексы могут влиять на различные стороны работы мозга, а следовательно, и психики [5,8-9].

Как свидетельствуют клинические факты и результаты предварительных исследований, структура внутренней картины болезни может быть различной у больных разных нозологических форм. «Удельный вес» различных составляющих ВКБ зависит и от преморбидных особенностей личности. Неодинаково представлены в сознании отдельные элементы ВКБ [12-14,19].

Наблюдается определенная динамика ВКБ с различным соотношением ее элементов на разных этапах заболевания. При некоторых заболеваниях преобладающие вначале чувственные элементы ВКБ могут полностью исчезать. Их место могут занимать результаты рассудочной переработки основным факта заболевания и эмоциональная оценка болезни. Различная по структуре и динамике ВКБ создает специфические и чрезвычайно важные условия развития перестройки личности больного. Психологический анализ мотивационной сферы больных показывает, что изменение ВКБ может способствовать возникновению новой ведущей деятельности у больных, в рамках которой и происходит формирование патологических черт личности.

1. *Абрамова Г.С.* Психология в медицине./ Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдич. – М: Кафедра-М.: “Кафедра-М” – 1998. – 272 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина./ Ф. Александр. - М.: Геррус. 2003.-350с.
3. *Березин Ф.Б.* Психологические механизмы психосоматических заболеваний. /Ф.Б. Березин, Е.В. Безносюк, Е.Д. Соколова// Рос. мед. журн. -1998 № 2: - С.9-43
4. *Бурлачук, Л.Ф.* Индивидуально-психологические особенности больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в процессе их социальной адаптации / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова // Психол. жур. – 2002. № 3. – С. 8-29.
5. *Гиппенрейтер Ю.Б.* Психология мотиваций и эмоций /Ю.Б.Гиппенрейтер, М.В.Фаликман. – ЧеРо, 2002. – 740 с.
6. *Зубарев, Ю.Г.* Психологический диагноз соматически больного / Ю.Г. Зубарев, А.В. Квасенко // Актуальные вопросы гомеостаза: Тез. докл. респ. науч. конф. Каунас. – 1983. – 216 с.
7. *Исаев Д.Н.* Психосоматическая медицина детского возраста. / Д.Н. Исаев. - СПб. -2003. -454с.
8. *Кабанов М.М.* Методы психологической диагностики и коррекции в клинике./М.М. Кабанов, А.Е. Личко, В.М. Смирнов. - Л.: Медицина, 1983. - 311 с.
9. *Каган В.Е.* Внутренняя картина здоровья - термин или концепция? / В.Е. Каган // Вопр. психол. – 1993. № 1. – С. 99-116
10. *Карвасарский, Б.Д.* Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолотов. – Кишинев., 1998. – 423 с.
11. *Карвасарский Б.Д.* Медицинская психология./ Б.Д. Карвасарский. – М: Медицина. – 2001. – 272 с.
12. *Квасенко В.А.* Психология больного./ В.А. Квасенко – М.: Медицина, 2005. – С. 62-76
13. *Коржова Е.Ю.* Человек болеющий: Личность и социальная адаптация / Е.Ю. Коржова. - СПб.: Гиппократ, 2004. – 375 с.
14. *Куликов Л.В.* Психогигиена личности. Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики: Учебное пособие / Л.В. Куликов. - СПб.: Питер, 2004. – 358 с.
15. *Лакосина Н.Д.* Медицинская психология./ Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М., 2002. – С. 59-67
16. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания./ Р.А. Лурия. - М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1997. – 138 с.
17. *Макаров В.В.* Избранные лекции по психотерапии./В.В. Макаров. - М.: “Академический проект” - 2003. – 604 с.
18. *Петровский А.В.* История психологии. /А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский. – М., 2001.- 480 с.
19. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности./ А.Ш. Тхостов. - М.: Смысл. - 2002. – 327 с.
20. *Щербина Е.А.* Психологические заболевания пожилого возраста. /Е.А. Щербина. – Киев., -2006. – 392 с.