

Трубицын Д.С.

Студент КП 441

**Красноярский государственный медицинский университет, г.
Красноярск, Российская Федерация**

ПСИХОТРАВМА КАК ФАКТОР ЭТИОЛОГИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Аннотация. В статье рассматривается феномен психической травмы в происхождении психосоматических заболеваний и пограничных психических расстройств: невротических расстройств, ПТСР и расстройств личности. Также в статье дается краткий обзор работ по пограничным психическим заболеваниям, и связям с психосоматикой, а также различия генеза психотравмы в вышеперечисленных расстройствах.

Ключевые слова: психотравмирующая ситуация, невротические расстройства, ПТСР, расстройства личности(психопатия); мотонтравматическое заболевание.

Актуальность исследования. В настоящее время современный человек все больше сталкивается с определенными психотравмами в рамках катастрофических ситуаций: техногенные и экологические катастрофы, террористические

акты, боевые столкновения и т.д. «Влияние экстремальных ситуаций на человека проявляется в разнообразных психических расстройствах (неврозах, депрессиях, суицидальных склонностях, алкогольных и наркотических зависимостях, психосоматических заболеваниях и др.), т.е. приводит прежде всего к нарушениям механизмов психической регуляции»[27]. Последствия данных событий во многом определяют жизнь не только индивида, пережившего травматический опыт, но и окружающей его социальной группы. Помимо этого, резко за последние полвека, возросло число психосоматических заболеваний. По точному выражению классика отечественной неврологии А.М. Вейна «улучшение средств гигиены и появление мощных лекарственных средств улучшили эпидемиологическую ситуацию... но возросший темп жизни, уменьшение доли физического труда и обилие информации, привели к росту психического перенапряжения». Т.е. в современных условиях под наибольшим ударом оказалась нервная система человека [9]. Одним из ведущих факторов в происхождении пограничных расстройств и психосоматических заболеваний является феномен психотравмы и реакция личности на неё(личностная переработка и отсутствие таковой), который будет рассмотрен в данной статье.

Trubitsyn D.S.

Student of the group Clinical psychology 441

Krasnoyarsk State Medical University (KrasSMU),

Krasnoyarsk, Russian Federation

**Psychological trauma as a factor in the etiology of
psychosomatic diseases and borderline mental disorders**

Annotation. The article discusses the phenomenon of mental trauma in the origin of psychosomatic diseases and borderline mental disorders: neurotic disorders, PTSD and personality disorders. The article also provides a brief overview of work on borderline mental illness, and relationships with psychosomatics, as well as differences in the genesis of psychological traumatic in the above disorders.

The key words: psychological traumatic situation; neurotic disorders, PTSD, personality disorders (psychopathy); monotraumatic disease.

The relevance of research. Currently, modern people are increasingly faced with certain psychological traumas in the framework of catastrophic situations: technological and environmental disasters, terrorist acts, military clashes, etc. "The

influence of extreme situations on a person is manifested in a variety of mental disorders (neurosis, depression, suicidal tendencies, alcohol and drug addiction, psychosomatic diseases, etc.), i.e. leads primarily to violations of the mechanisms of mental regulation "[27]. The consequences of these events largely determine the life of not only the individual surviving the traumatic experience, but also the surrounding social group. In addition, sharply over the past half century, the number of psychosomatic diseases has increased. According to the exact expression of a classic of Russian neurology Alexander Vein, "Improved hygiene products and the emergence of powerful medicines have improved the epidemiological situation ... but the increased pace of life, a decrease in the proportion of physical labor and an abundance of information have led to an increase in mental stress." Those. in modern conditions, the human nervous system has been under the greatest blow [9]. One of the leading factors in the origin of borderline disorders and psychosomatic diseases is the phenomenon of psychological trauma and the personality's reaction, which will be considered in this article.

Психотравма: теоретический обзор

В отличие от эндогенных психических заболеваний, формирующихся автохтонно (шизофрения и биполярное аффективное расстройство), в пограничных психических расстройствах немаловажную роль играет феномен психической травмы [26]. При этом психотравму невозможно рассматривать вне психотравмирующей ситуации. Р.В. Кадыров дает на эту проблему исчерпывающий взгляд. По мнению автора, исследование феномена психической травмы проходит в трех основных подходах:

1) Ситуация как обстановка, т.е. как совокупность только внешних условий. Данный подход принижает роль самого человека в попытке ответного воздействия на ситуацию.

2) Ситуация как перцептивный конструкт личности. Человек не столько отражает ситуацию, сколько конструирует её в своем сознании.

3) Ситуация как объективно-субъективная реальность. Ситуация как результат активного взаимодействия личности и среды. Данный подход наиболее интегративен, и подчеркивает взаимовлияние объективной ситуации на человека и субъективный ответ на среду, с учетом отражения ситуации в сознательных конструктах человека.

Что касается психотравмы, то можно выделить несколько определений. Так П. Фресс определял психотравму как эмоциогенную ситуацию, возникающую в результате несоответствия мотивов и возможностей субъекта. При этом

нарушение баланса может происходить из-за недостаточности приспособительных возможностей с одной стороны, и по причине избыточной мотивации с другой [13]. Ф.В. Бассин считал психотравму как аффектогенную ситуацию. Это ситуация сильного эмоционального напряжения. Подобные ситуации, по Бассину, ведут к возникновению психологических травм, которые характеризуются тем, что:

- 1) затрагивают переживания, которые в индивидуальной иерархии ценностей отличаются наиболее высокой значимостью;
- 2) наблюдается недостаточность или распад психологической защиты;
- 3) влекут возникновение травмирующей неопределенности, повышение энтропии поведения там, где требуется преобладание стабильных отношений [4].

Наиболее полную картину психотравматической ситуации дали А.М. Свядощ; Г.К. Ушаков и В.А. Гурьева. Психотравма, по А.М. Свядощу, есть информационный раздражитель, как результат воздействия психотравмирующих раздражителей, сила которых определяется значимостью патогенной информации для данного индивида. Существуют два вида травм - острые как результат однократного, сверхсильного воздействия и хронические как сумма многократно воздействующих более слабых раздражителей.

Г.К. Ушаков разделял психотравмы по степени интенсивности на:

- 1) Массивные: а) сверхактуальные для личности; б) неактуальные для личности

2. Ситуационные острые – неожиданные, многопланово вовлекающие личность (потеря социального престижа, ущерб для самоутверждения)

3. Пролонгированные ситуационные, или истощающие: а) вызванные содержанием самой ситуации; б) вызванные чрезмерным притязанием личности при отсутствии объективных возможностей реализации своих целей [38].

Наконец, В.А. Гурьева подразделяет психотравмы по силе их воздействия на личность:

1) Сверхсильные, острые и внезапные: боевые действия, присутствие при смерти другого и т.д.

2) Сверхзначимые для личности(субъективно острые: смерть близкого, разлука с любимым человеком

3) Острые. сильные, сверхсильные, следующие одна за другой.

4) Психогенные травмы, лежащие в основе посттравматических стрессовых расстройств(ПТСР), которые отличаются определенным своеобразием – события, поставившие индивида на грань жизни и смерти.

5) Травмы как ключевые к переживаниям по отношению к личностным особенностям (тревожно-мнительные, ипохондрические и т.д.)

6) Травмы, сочетающиеся с депривацией (сенсорная, социально-психологическая)

7) Хронические психические травмы (неблагополучная семья; психические расстройства родителей, бедность и т.д.)

Именно травма экстремального характера имеет ключевую роль в возникновении посттравматического стрессового расстройства.

Психотравма в происхождении ПТСР

Наиболее распространённым термином, которым определялись психические расстройства у комбатантов был термин «военный невроз». М.Ш. Магомед-Эминов определяет два основных психопатологических кластера ПТСР :1) кластер «вторжения» (обсессивно-компульсивные расстройства, флэшбеки и ночные кошмары); 2) кластер «избегания» (с избеганием травматических стимулов, психогенной амнезией и социальным аутизмом) [23]. О.Г. Сыропятов и Р.В. Кадыров добавляют к вышеперечисленным, третий кластер - кластер «гиперактивности» (эмоциональное возбуждение, агрессивность, паранойяльность) [15, 33]. Выделяют несколько типов ПТСР: тревожный; астенический; дисфорический и соматоформный. Также симптомы возникновения симптоматики можно отнести к отставленному и хроническому вариантам течения болезни.

Психотравма играет решающую роль в происхождении ПТСР. Но отличие заключается лишь в том, что психотравматическая ситуация имела *экстремальный* характер, чего нет, например в невротических расстройствах, где травма носит сугубо личностный характер. Конечно, нельзя забывать тот факт, что не человек, находясь в подобной экстремальной ситуации в последствии заболевает посттравматическим стрессовым расстройством, следовательно причина кроется в том числе и в преморбидных личностных особенностях, которые заслуживают отдельного изучения. Также стоит отметить, что

наличие экстремальной ситуации отличает данное расстройство от психосоматических заболеваний, где травматизация носила *хронический* характер.

Психотравма в генезе психосоматических заболеваний и патохарактерологического развития личности.

Психосоматика представляет собой направление медицинской психологии, занимающееся изучением влияния психологических факторов на возникновение ряда соматических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, язвенный колит, нейродермит, неспецифический хронический полиартрит. По мнению С. Л. Соловьевой, в современной медицине термин «психосоматика» используется в двух аспектах: в узком смысле данного понятия, т. е. применительно к конкретной группе заболеваний; и в широком смысле, как целостный научно-практический подход, который реализуется по отношению к любому виду патологии. При этом целостный(холистический) подход реализуется в рамках биопсихосоциальной модели, в соотношении «предрасположенность – личность – ситуация» [32].

Психосоматическое соотношение нашло свое воплощение в разных культурах. На Востоке единство тела и души носило неразделенный характер с присущим холизмом, цикличностью, мистицизмом и пассивностью субъекта, что отражалось непосредственно на медицине. На Западе произошло разделение на школу Гиппократов и школу анатомов из Книдоса. Хотя такой исследователь как В. Бройтигам считает, что подобное разделение является условным, в связи с натуралистическим

подходом или «чистым соматизмом» к изучению и лечению болезней на Западе, начиная с Античности.[7] В начале XIX века, под влиянием эпохи Романтизма, Й. Хейнрот(J. Heinroth) вводит в 1818 г. понятие «психосоматика», подчеркивая ведущую роль души в возникновении заболеваний. Это было связано в том числе с идеями Новалиса о том, что «любое заболевание можно назвать психическим». Десятью годами позже, в 1828 г. М. Якоби (M. Yacobi) употребил понятие «соматопсихика» для подчеркивания доминирующего телесного положения в болезни [28, 35, 39].

В конце XIX и нач. XX века на Западе, под влиянием, с одной стороны, психоанализа Фрейда, и теории гомеостаза Бернара – Кеннона, с другой, сложилось два направления: идеалистическое и материалистическое. Достижением рамках психоаналитического направления было учение о *персональном личностном профиле*(Ф. Данбар); *интрапсихическом конфликте*(Ф. Александер), *теория алекситимии*(П. Сифенос) и теории ресоматизации-десоматизации(М. Шур). В материалистическом ключе исследования проодились в области психофизиологии. Такое направление восходит к Клоду Бернару и его учению о роли нервной системы в уравнивании внутренней среды. Эндокринолог У. Кеннон создал учение о гомеостазе, согласно которому организм стремится всегда поддерживать внутреннее динамическое равновесие (в отличие от простого статичного равновесия по К. Бернару). Г. Селье расширил представления Кеннона учением об адаптационном синдроме. Общий адаптационный синдром является неспецифической реакцией, в которой различают фазы: тревоги,

сопротивления, истощения. Отечественная психосоматика исходила из целостного подхода к пациенту, и создавалась преимущественно на материалистической основе. Во второй половине XIX - нач. XX века такими учеными как И.М. Сеченов, С.П. Боткин, Н.Е. Введенский, И. П. Павлов и др., была развита теория *нервизма*, которая подчеркивала ведущую роль нервной системы в регуляции внутренних органов, т.е. соматических процессов [28].

Во второй половине XX века психосоматическая медицина оказалась в кризисе в связи с последующей дифференциацией медицины, развитием узко диагностических методов исследования. Но именно в это период (1980-е – 2000-е годы) в отечественной психологии и медицине развивается ряд выдающихся психосоматических теорий, отличающихся прежде всего интегративным подходом. Так теория патогенетической гетерогенности психосоматических заболеваний Ю.М. Губачева разделяет этиологию и патогенез психосоматических заболеваний на четыре типа:

- 1) Ситуационный (первично-психогенный) вариант. На первый план среди этиологических факторов выходят длительные воздействующие психологически неблагоприятные жизненные условия, как кратковременные, так и длительные.
- 2) Личностный вариант. Главное условие формирования соматической патологии - деформированная личность (акцентуированная, невротизированная или психопатизированная), которая обуславливает затяжной, гипертрофированный и извращенный тип психологического реагирования.

- 3) Церебральный вариант. В связи с органическими нарушениями ЦНС, происходит нарушения регуляторных механизмов эмоциональных переживаний.
- 4) Соматический (биологический) вариант. В данном случае генетическая поломка влияет на развитие психосоматического заболевания [12].

Ученик Губачева, В.И. Симаненков, выявил немаловажный факт об особенностях психотравматических событий в этиологии психосоматозов и неврозов:

- 1) Помимо органических изменений, при невротических расстройствах не формируются вторичные личностные нарушения.
- 2) Невротическое расстройство является по своей сути *монотравмирующим* заболеванием. При невротическом расстройстве явственно выступает одно психотравматическое событие, которое выступило триггером, нанеся удар по особым эмоционально значимым отношениям [28].

Травматизация в психосоматических расстройствах имеет под собой иную почву, а именно отклонения в характере человека: расстройства личности и акцентуации характера. Отечественный врач-психиатр П. Б. Ганнушкин опираясь на работы немецких врачей (Э. Крепелин, К. Ясперс и др.), а также отечественных психиатров (С.С. Корсаков, В. П. Сербский) описал патохарактерологическое развитие, как уродство или дисгармонию характера. Психопатия – аномалия личности, которая «определяет весь психический облик индивидуума, накладывая на весь его душевный склад свой властный

отпечаток». Позже О.В. Кербиков определил облигатные признаки психопатических личностей для клинической диагностики [10; 22]. Триада Ганнушкина-Кербикова:

- 1) Тотальность патологических черт; 2) Относительная стабильность патологических черт; 3) Социальная дезадаптация.

Помимо этого, в DSM-III было определено два неотъемлемых признака личностных расстройств: 1) Эгосинтонность – нарушения являются неотъемлемой частью характера человека, в отличие от *эгодистонности* при неврозах; 2) Нарушения эмпатии – эгоцентризм, неспособность сопереживать другим людям, направленность на удовлетворение сугубо своих инфантильных потребностей и т.д. В целом расстройство личности – «это болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций» [29]. А.О. Бухановский подразделял этиологию личностных расстройств на следующие типы:

- 1) Деструкция личности – разрушение сформированной ранее структуры личности, отдельных компонентов, возникающее вследствие тяжёлого психического заболевания или органического повреждения мозга.
- 2) Деформация личности — это дисгармоничное развитие личности, при котором свойственные индивиду черты характера в сочетании с неблагоприятными условиями, на фоне которых формируется личность, способствуют все большему закреплению в поведении патологических стереотипов [8]. Расстройство личности не является болезнью. Это результат

дизонтогенеза по типу дисгармоничного развития – асинхронии в эмоционально-волевой сфере [20].

Помимо расстройств личности существует схожая по происхождению, но отличная по выраженности *акцентуация характера*. А. Е. Личко определяет акцентуацию характера как крайний вариант нормы, при которой отдельные черты характера чрезмерно усилены, вследствие чего обнаруживается избирательная уязвимость (*locus minoris resistentiae*) в отношении определенного рода психогенных воздействий при хорошей и даже повышенной устойчивости к другим [22]. По мнению Личко, акцентуация характера отличается от расстройств личности тремя основными признаками: 1) акцентуация проявляется не везде и не всегда, а только в трудных жизненных ситуациях; 2) не препятствует нормальной социальной адаптации, а в случае нарушений носит временный характер; 3) может даже способствовать адаптации в определённых сферах деятельности. Хорошо дополняет предыдущих авторов следующее определение, принадлежащее Д. А. Шкуренко: «Акцентуация — это индивидуальные черты характера, обладающие тенденцией к переходу в патологическое состояние» [40].

Патопсихолог и психотерапевт Е.Т. Соколова, работающий в области психопатии и психосоматозов, относил данные заболевания к общему происхождению. Так, по мнению Соколовой, в генезе данных заболеваний лежат не только конституциональные особенности, закладывающие слабость определенного органа или функциональной системы, но и ранний детский травматический опыт, произошедший в

доэдипальный период [31]. Подобного мнения придерживаются зарубежные психотерапевты психодинамического направления (О. Кернберг, Н. Мак-Вильямс), а также отечественные (М.М. Решетников; Е.В. Змановская)

В происхождении расстройств личности, акцентуаций характера и отчасти, психосоматических расстройств, играет роль хроническая психотравма, которая ложится на благодатную конституциональную почву, тогда как в невротическом расстройстве выступает одна психотравмирующая ситуация, которая попала в резонанс с особым *невротическим конфликтом*.

Психотравма при невротическом расстройстве

Классическое определение невроза принадлежит перу выдающегося отечественного психиатра В.А. Гиляровского: «Невроз — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срыва личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к переработке (преодолению) возникшей ситуации и компенсации нарушений» [11].

По аналогии с триадой психопатий Ганнушкина-Кербикова, существует триада невротических расстройств Мясищева-Карвасарского:

- 1) Обратимость, вне зависимости от длительности заболевания;
- 2) Психогенная природа заболевания;

3) Преобладание аффективно-эмоциональной и соматовегетативной симптоматики[16,25]

С.Л. Соловьева добавляет к данной триаде четвертый немаловажный пункт - личностный характер невроза, как предрасположенность к тому или другому типу реагирования на психотравмирующую ситуацию[32]. Невротические расстройства в отечественной традиции, разделяют на три типа, которые соответствуют невротическим конфликтам:

1) Неврастенический (хочу, но не хватает сил).

Облигантный признак – раздражительная слабость.

2) Истерический (хочу, но не дают). Данный тип наиболее конфликтный по отношению к окружающим и характеризуется *условной желательностью*. Т.е. индивид, не в состоянии разрешить ситуативный конфликт, выстраивает защиту на соматическом уровне(психогенный мутизм, конверсионная слепота, глухота и т.д.).

3) Обсессивно-компульсивный (хочу, но не могу решиться). Данный тип неврозов характеризуется навязчивостями [16, 25].

В заключении стоит отметить, что невротические расстройства сами по себе это особая группа заболеваний, которые могут проявляться по-разному, в зависимости от типа *характера человека*. Но этиология невроза сугубо психогенна [30].

Заключение

Мы вкратце рассмотрели роль психотравмирующей ситуации в происхождении пограничных психических расстройств и психосоматических заболеваний (которые тоже можно частично отнести к пограничным психическим расстройствам).

Невротическое расстройство и ПТСР — это монотравматические психогенные расстройства, в отличие от психосоматических [28]. При этом психотравматическое событие при ПТСР является экстремальной ситуацией, в которой человек находится в состоянии на грани жизни и смерти, в ситуации «бытие-небытие» [23]. Тогда как невротическое расстройство, тоже являясь результатом психогении, при этом психологическая травма попадает в резонанс с внутренним неразрешенным конфликтом (психастенический, истерический и обсессивно-компульсивный), тем самым только провоцирует невротический срыв. Расстройство личности — результат дизонтогенеза (нарушенного развития), данное расстройство формируется на конституционально-генетической почве, на которую накладывается хронические психотравмирующие события детства. Психосоматические заболевания происходят в большинстве случаев по причине характерологических нарушений, так по данным Ю.М. Губачева и В.И. Симаненкова, 70 % пациентов с артериальной гипертензией и ИБС — люди с психопатическими или акцентуированными чертами характера. В целом роль психотравмы в происхождении пограничных

психических расстройств и психосоматических заболеваний
подлежит дальнейшему изучению.

Список литературы:

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу: основы теории, диагностики, терапии. – СПб.: Речь, 2004 – 165 с.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Учебное пособие. 3-е издание - М.: 2000 – 496 с.
3. Ананьев В.А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. – СПб.: Речь, 2006 – 384 с.
4. Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова Н. А. К современному состоянию психической травмы и общих принципах её психотерапии: Руководство по психотерапии. – М. : Медицина, 1974
5. Батаршев А. В. Психодиагностика пограничных расстройств личности и поведения. - М.: Изд. Института Психотерапии, 2004. - 320 с.
6. Березин Ф.Б., Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Психологические механизмы психосоматических заболеваний. Российский мед. журн. — 1998. — № 2. — С.43–49.
7. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. - 376 с.
8. Бухановский А.О. и др. Общая психопатология: Пособие для врачей. - Ростов-на-Дону.: Феникс, 2003 – 416 с.
9. Вейн А.М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. 3-е изд. -М.: МЕДпресс-информ, 2010 – 112 с.

10. Ганнушкин П.Б. Избранные труды. Под ред. О.В. Кербикова. М.: Медицина, 1964 – 292 с.
11. Гиляровский В.А. Избранные труды. Под ред. Г.К. Ушакова. М.: Медицина, 1973. – 328 с.
12. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. М.: Медицина, 1981 – 216 с.
13. Духновский С. В. Психология отношений личности: монография. – Курган: Изд-во Курганского гос. ун-та, 2014. – 380 с.
14. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. — СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
15. Кадыров Р.В. Посттравматическое стрессовое расстройство(PTSD). Состояние, проблемы, психодиагностика и психологическая помощь: учебное пособие. – СПб.: Речь, 2012 – 448 с.
16. Карвасарский Б.Д. Неврозы: руководство для врачей. 2-ое изд. доп. и перераб. - М.: Медицина, 1990 – 576 с.
17. Карташева К.С. Основы психосоматики: учебно-методическое пособие. Электронное изд. - Красноярск: Сиб. федер. ун-т, 2012 – 29 с.
18. Клиническая психология: Учебник для ВУЗов. Под ред. Карвасарского Б.Д. 5-е издание. —СПб.: Питер, 2014. — 896 с.
19. Кулаков С. А. Основы психосоматики. - СПб.: Речь, 2003 – 288 с.
20. Лебидинский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. Учеб. пособие. М.: Издательский центр «Академия», 2003 – 144 с.

21. Леонгард К. Акцентуированные личности. Пер. с немецкого В.М, Лещинская. Под ред. В.М. Блейхера - Киев.: Выща Школа, 1989. – 360 с.
22. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград: Медицина, 1985.
23. Магомед-Эминов М.Ш. Трансформация личности. М.: Психоаналитическая Ассоциация, 1998. - 496 с
24. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: Городец, 2016- 596 с.
25. Мясищев В.Н. Психология отношений. Под ред. А.А. Бодалева. – 4-е изд. - М.: МПСИ, Воронеж.: МОДЭК, 2011 – 400 с.
26. Носачев Г.Н., Романов Д.В., Носачева И.Г. Семиотика психических заболеваний. Общая психопатология: Учебное пособие. – М.: ФОРУМ: Инфра-М, 2015 – 336 с.
27. Психология экстремальных ситуаций / Под ред. В.В. Рубцова, С.Б. Малых. – 2-е изд., стер. – М.: Психологический ин-т РАО, 2008. – 304 с.
28. Психосоматические расстройства в практике терапевта: руководство для врачей / под ред. В. И. Симаненкова. — СПб.: СпецЛит, 2008. — 335 с.
29. Репина Н.В., Воронцов Д.В., Юматова И.И. Основы клинической психологии. – Ростов-на-Дону.: Феникс, 1998
30. Свядощ А.М. Неврозы. Руководство для врачей. СПб, 1999 – 488 с.
31. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и психосоматических заболеваниях. М.: Медицина, 1995 – 369 с.

32. Соловьева С.Л. Медицинская психология: Конспект лекций. - М.: ООО «Издательство АСТ»; СПб.: ООО «Сова», 2004. — 154 с.
33. Сыропятов О. Г. Посттравматическое стрессовое расстройство. Пособие для самоподготовки . Киев, «Автор», 2014 – 62 с.
34. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса: Теория и практика .— М.: Изд- во «Институт психологии РАН», 2009.— 304 с.
35. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. - М.: Медицина, 1986. – 384 с.
36. Тухтарова И.В., Биктимиров Т.З. Соматопсихология: Учебно-методическое пособие по курсу «Соматопсихология» – Ульяновск: УлГУ, 2005. – 130 с.
37. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002. — 287 с.
38. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. - 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
39. Фролова Ю.Г. Психосоматика и психология здоровья. Учебное пособие. 2-е изд., перераб. и доп. Мн.: ЕГУ, 2003. – 172 с.
40. Шкуренок Д.А. Общая и медицинская психология: Учебное пособие. Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. — 352 с.