Министерство образования и науки Луганской народной республики

Восточно-украинский национальный университет им. В. Даля

Кафедра практической психологии

Контрольная работа

по дисциплине «Клиническая психология»

Вариант «Неврозы; причины, диагностика, лечение»

Студент: Санина Е.В.

Группа: ПС-13

Луганск 2014

План

1. Неврозы. Общие понятия и характеристики
2. Невротические расстройства, как глубинные проблемы и страдания человека

1. Причины неврозов. Механизм его развития

2. Формирование неврозов: антинозологическая, нейрофизиологическая, психологическая платформы

3. Теории и концепции неврозогенеза на современном этапе

. Клиническая картина неврозов

5. Диагностика невротических расстройств

1. Лечение неврозов

Список литературы

I. Неврозы. Общие понятия и характеристики

Термин невроз в медицинскую терминологию введен в 1776 году шотландским врачом Уильямом Кулленом.

Слово «невроз» в переводе с греческого языка означает нерв. Невроз определяется как психогенное (конфликтогенное) нервно-психическое расстройство, которое возникает в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека и проявляется в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений. Невроз относят к временным функциональным нарушениям нервной системы, которые возникают под действием острых, а также лонгитюдных психотравмирующих факторов. Подобные состояния имеют тенденцию к длительному течению.

Синонимами термина «невроз» выступают невротическое расстройство и психоневроз. Собирательные названия группы нервных функциональных заболеваний психогенных расстройств: истерический невроз, неврастения, невроз навязчивых состояний.

Невроз - это норма наших дней. Он прочно вошёл в нашу жизнь со времён Фрейда. В настоящее время уже не возникает вопрос о правомочности существования такого понятия. Рассматривается вопрос об отношении человека к своему состоянию (неврозу) и душевным проблемам, поскольку это отношение неоднозначно. Некоторые возвеличивают свои страдания, а также облагораживают их, находя в них свой смысл. А другие страдают от них всю свою сознательную жизнь, пытаются их игнорировать или по-своему истолковать, но чаще убегают от них в работу или в религию, в другого человека, в фантазии, в болезни, в алкоголь, пытаясь забыться.

II. Невротические расстройства, как глубинные проблемы и страдания человека

. Причины неврозов. Механизм его развития

Важным фактором, вызывающим неврозы, выступают конфликты человека, как внутренние, так и внешние. К внешним конфликтам относим действие определенных обстоятельств, которые вызывают травму психологического плана, а также длительное эмоциональное перенапряжение и затрагивают интеллектуальную сферу психики. Также причинами неврозов являются переутомление, экологическая усталость, влияние радиации, перенесенные тяжелые заболевания.

И.И. Павлов характеризовал невроз, как заболевание хроническое с нарушением высшей нервной деятельности, возникшее после перенапряжения в коре больших полушарий. Невроз - это следствие психологического глубинного конфликта. Считается, что такой конфликт зарождается в условиях социальной ситуации, мешающей удовлетворению базисных потребностей, а также представляющей опасность или угрозу для будущего человека, которую он пытается, но ни как не может преодолеть или изменить. Зигмунд Фрейд полагал, что происхождением невроз обязан противоречиям, возникшим по причине инстинктивного влечения (Оно) и запретом Сверх-я. Этот запрет представляет мораль, а также законы нравственности, которые заложены в человеку еще с детства. Карен Хорни утверждала, что невроз выступает защитой от неблагоприятных социальных факторов. Это могут быть унижения, родительская контролирующая любовь, социальная изоляция, пренебрежительное, а также агрессивное поведение родителей по отношению к ребёнку.

Чтобы как-то защититься, у ребенка формируется своеобразная защита: от людей, далее движение к людям, а также против людей. Движение от людей выступает потребностью в свободе, независимости, в отдалении от людей. Движение к людям включает собой потребность в любви, подчинении, в защите. Движение же против людей является потребностью в славе, в триумфе над самими людьми, в успехе, в признании; в том, чтобы самостоятельно справляться с жизнью и быть сильным. У каждого невротика существует все три типа, но только один доминирует, поэтому людей, страдающих от неврозов, делят на обособленных, подчиненных, агрессивных. На сегодняшний день выделяют психологические факторы развития неврозов. Это особенности и условия развития личности, его воспитания, уровень притязаний и взаимоотношения с социумом, биологические факторы, включающие функциональную недостаточность определенных нейрофизиологических, а также нейромедиаторных систем, делающих заболевших восприимчивыми к психогенным воздействиям

. Формирование неврозов: антинозологическая, нейрофизиологическая, психологическая платформы

В теоретическом плане сосуществуют научные направления, пытающиеся трактовать невроз как с психологической, так и с биологической платформ.

Существует так же антинозологическая платформа, согласно которой, так называемые невротические расстройства не обладают характеристиками психопатологичности. Не имеется никаких строгих диагностических критериев, позволяющих аргументировано провести разграничение между, например, фобией как невротическим симптомом и страхом как психическим состоянием, между невротической депрессией и сниженным настроением; между обсессивно-компульсивным расстройством и так называемыми назойливостями, или привычками.

Некоторые отечественные и западные психотерапевтические школы «новой волны» становятся на антинозологические позиции, предпочитая не выдвигать и не декларировать теоретические постулаты понимания происхождения невротических симптомов и не проводить дифференциальной диагностики между клиническим симптомом и психологическим феноменом. Подобная антинозологическая платформа ярче всего может быть продемонстрирована на примере высказывания Джозефа Вольпе о том, что «невроз - это плохая, упорная привычка неадаптивного поведения, приобретенная в процессе научения». Из этого делается вывод, что невроз вряд ли можно относить к клиническим симптомокомплексам и нозологическим единицам, которые должны иметь специфический этиологический агент, закономерности патогенеза (неврозогенеза) и исхода. Антинозологическая платформа сродни в целом антипсихиатрическому подходу к оценке психических проявлений, отраженному в известных высказываниях R. Laing: «Нет никакого смысла противопоставлять «нормальное» и «ненормальное». Пациенты психиатрических клиник не менее «нормальны», чем члены их семейств, а «шизофреногенные семьи» ничуть не отличаются от обычной семьи современного общества. Безумие является характеристикой межличностных отношений, возникающих в зависимости от понятности или непонятности для нас суждений и действий другого человека».

Нейрофизиологическая научная платформа базируется на классических представлениях Павлова: «Всюду и всегда необходимо идти к физиологическому основанию как в отношении болезнетворных агентов, так и в отношении реакций на них со всеми их последствиями, т.е. переводить всю психогению и симптоматику на физиологический язык». Представители этого направления говорят о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах.

Нейрофизиологами подчеркивается важная роль «мягких неврологических симптомов» в патогенезе невротических нарушений, в то время как «грубые крупноочаговые либо диффузные проявления мозговой недостаточности» препятствуют, по их мнению, формированию невротических форм поведения посредством грубой деформации условий жизни и прочих сопутствующих тяжелой неврологической патологии микросоциальных факторов.

Столь строго патофизиологический уклон разделяется многими отечественными учеными-неврологами, но в более современном, смягченном варианте, учитывающем достижения психологических наук и психиатрии. Сегодня в рамках нейрофизиологической платформы принято говорить не об этиологическом значении каких-либо патофизиологических механизмов, а о «церебральной предиспозиции, облегчающей формирование невротической патологии» (Захаржевский В.Б., Дмитриева М.Л., Михеев В.Х., 1989). Придается важное значение так называемой ирритирующей триаде (шейный остеохондроз, хронический тонзиллит и хронический холецистит), способствующей возникновению (или проявлению) «не только отдельных синдромов невроза, но и самого невротического заболевания». Несмотря на то, что М.Г. Айрапетянц и А.М. Вейн (1982) отмечают существенную и патогенетически значимую роль в неврозогенезе «негрубой органической мозговой предиспозиции» и даже церебральной гипоксии, они с большой осторожностью обсуждают эту проблему. «Еще нет неопровержимых доказательств - пишут они, - прямого участия системных механизмов мозга (активирующих и синхронизирующих аппаратов) и активности биохимических систем (судим о них по содержанию биологически активных веществ в венозной крови и экскреции с мочой) во взаимодействии психотравмирующей ситуации с особенностями структуры личности и формировании невротического конфликта. Скорее всего, они отражают наличие стрессорной ситуации, характер и интенсивность эмоционального напряжения, а также индивидуальный паттерн реагирования. Вероятно, правильнее говорить о наличии характерных психофизиологических и психогуморальных соотношений при неврозах. Соотнести их прямо с патогенезом заболевания не представляется в настоящее время возможным».

Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Строится на принципиальной патогенетической значимости психологической составляющей для возникновения и проявления невротической симптоматики (В.Н. Мясищев).

Учитывая очевидный факт «фрагментарности» западных и отечественных теорий неврозогенеза, отсутствие в них универсального характера (как и в наиболее популярной в течение многих лет в отечественной клинической психологии и психиатрии теории личности В.Н. Мясищева), следует признать, что идея создания единой теории неврозогенеза носит характер утопичности. Общественный уклад жизни, социально-политические процессы и даже морально-этические и религиозные воззрения людей способны изменять понимание и суть этиологии и в еще большей степени - патогенеза неврозов. Именно эта аксиома позволила некоторым ученым вывести невроз за рамки психической патологии. Психологическая платформа является на современном этапе преобладающей как в западной психиатрической и психологической литературе, так и в отечественной. Она так же, как и нейрофизиологическая, не монолитна и не единообразна, но содержит анализ значимости для неврозогенеза множества различных психологических параметров. Спектр выделяемых существенных психологических феноменов широк, однако не наблюдается противопоставления одних другим, видимо, исходя из известного высказывания V. Frankl: «Каждому времени присущ свой невроз и нужна своя психотерапия». Это высказывание, дополненное географической характеристикой и превращенное в: «Каждому времени и месту присущ свой невроз», объясняет сосуществование различных психологических теорий и концепций неврозогенеза. Этот обширный список «правильных» теорий отражает значимость не только психологического, но и социально-психологического аспекта неврозогенеза. Психоанализ S.Freud объяснял не вообще неврозогенез (хотя и претендовал на это), но лишь механизмы происхождения невротических нарушений у молодых женщин австрийских городков конца прошлого века. Ноогенный характер невротических расстройств, описанный V. Frankl, подходил для понимания развития неврозов западноевропейского интеллигента послевоенного времени. Именно подобная многовариантность механизмов неврозогенеза позволила V. Frankl оценить удельный вес ноогенного механизма среди иных. Ученый писал о 20-процентной представленности ноогенного механизма среди многообразия патогенетических концепций.

3. Теории и концепции неврозогенеза на современном этапе

Существует несколько теорий неврозов: психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов Фрейда; теория «невротического превосходства» А. Адлера; теория «автономного комплекса» К. Юнга; теория «невротических наклонностей» К. Хорни; ноогенная теория неврозов В. Франкла. Рассмотрим некоторые из них.

Психоаналитическая каузальная сексуальная теория неврозов З. Фрейда. З.Фрейд сосредоточил свое внимание на проявлениях невротических расстройств, считая, что их возникновение не является случайным. Каждый симптом имеет для пациента особый смысл. При этом смысл симптома «всегда и везде» неизвестен больному, скрыт от него, являясь производным бессознательных процессов, так как «из сознательных процессов симптомы не образуются». «Невротические симптомы, - писал он, - по-своему связаны с жизнью лиц, у которых они обнаруживаются. Они представляют собой заместитель того, что не осуществилось... и было вытеснено из сознания». Их основой является чрезмерная фиксация на определенном отрезке прошлого из жизни конкретного человека, невозможность освободиться от него, стремление «спрятаться» от проблем. Именно аффективная фиксация на определенной фазе прошлого определяется наиболее существенной характеристикой невроза. Механизмом же является вынужденный отказ человека от удовлетворения его сексуальных желаний, связь либидо с их инфантильными сексуальными переживаниями, что может быть изображено в виде этиологического уравнения неврозов:



По мнению З. Фрейда, при нормальной сексуальной жизни не может быть актуального невроза. При этом невротизирующий механизм начинает формироваться в раннем детстве (обычно в первые три года жизни), когда у ребенка появляется ряд сексуальных влечений, которые он расценивает как запретные, недозволенные (аутоэротизм, гомосексуальные или инцестуальные влечения). В процессе воспитания ребенок узнает о запретности всех этих влечений, и они подавляются, не допускаются им до сознания, вытесняясь так называемой цензурой в бессознательную сферу. Таким образом, формируются комплексы, углубляющиеся по мере взросления и формирующие готовность к невротическим симптомам. Последние могут возникать тогда, когда «энергия вытесненного сексуального влечения» не переводится (не сублимируется) в иные допустимые «цензурой» виды деятельности.

Теория «невротического превосходства» А. Адлера. Критикуя сексуальную теорию неврозов как претендующую на «единственно верную», А. Адлер обратил внимание не на блокирование либидо и стремления к удовольствию, а на «распаленную жажду превосходства» невротика. По его мнению, в действительности в сексуальной сфере разворачивается такая же борьба, что и во всей душевной жизни человека. Исходное чувство неполноценности, о котором писал З.Фрейд, толкает на обходные пути, стремится исключить любой эротический опыт, чтобы не потерять ориентацию на цель достижения превосходства. При этом схема, по которой осуществляются апперцепция и поведение, представляет собой полную антитезу. Из-за планомерного детского искажения цель невротика по своей природе враждебна окружению, и в его целевой установке всегда можно распознать две бессознательные исходные посылки: во-первых, при любых обстоятельствах человеческие отношения представляют собой борьбу за превосходство; во-вторых, женский пол является неполноценным и в своих реакциях служит мерой мужской силы. По мнению А.Адлера, обе эти бессознательные посылки приводят к тому, что все человеческие отношения отравляются и уродуются, возникают неожиданные усиления и нарушения аффекта, а вместо желанного душевного спокойствия наступает постоянная неудовлетворенность, появляются невротические симптомы.

Основанное на реальных впечатлениях, впоследствии тенденциозно закрепленное и углубившееся чувство неполноценности уже в детском возрасте постоянно побуждает пациента направлять свое стремление на цель, значительно превышающую человеческую меру, приближающуюся к «богоподобию» и заставляющую его идти по строго очерченным направляющим линиям. Так формируется ригидный жизненный план невротика, ограничительный стиль его поведения, «сети защит».

Таким образом, недостижимой целью невротика становится попытка достижения личностного идеала. Он как бы «врастает в свои симптомы», которые формируются им в соответствии с его опытом и психическим напряжением и которые представляются ему необходимыми и целесообразными для повышения собственного чувства личности. Невротический жизненный план поддерживается исключительно благодаря внутреннему стремлению к превосходству, продиктованному первичному чувству неполноценности. Симптомы при этом становятся лишь «формами выражения господства тщеславия» пациента.

Так же как и З. Фрейд, А. Адлер обнаруживал у человека первые признаки формирования готовности к невротическим расстройствам в детские годы. Однако в отличие от психоаналитического взгляда, усматривавшего причину в вытеснении в бессознательную область недопустимых сексуальных влечений, он обращал внимание на неправильные формы воспитания, в частности отношения к себе и окружению. Основой же этого неправильного отношения служило обретенное чувство неполноценности, компенсируемое впоследствии стремлением к превосходству. «Всю целиком область неврозов, - писал А. Адлер, - можно понимать как домен всех тех индивидов, которые - либо вследствие органических неполноценностей, либо из-за неправильного воспитания или дурной семейной традиции - перенесли с собой в жизнь из детства чувство слабости, пессимистическую перспективу и, вместе с тем, всегда одни и те же или похожие уловки, предубеждения, трюки и экзальтации, такие же, как и при создании воображаемого, субъективного превосходства», т.е. чувство незрелости и неполноценности рождало навязчивое стремление к «цели богоподобия». Самым же лучшим определением неврозу автор считал такое: «Да - но!».

4. Клиническая картина неврозов

Неврозы имеют астенические, навязчивые и истерические проявления

Характерны снижение умственной и физической работоспособности.

Признаки невроза. Основными критериями, а также признаками, по которым выделяют невроз, выступают: психогенные факторы возникновения, декомпенсация болезненных проявлений, отсутствие психотических признаков, отсутствие слабоумия, нарастание изменений личности, мучительный характер психопатологических проявлений, критическое отношение к себе больного.

Ярко выражены такие симптомы: присутствие цинизма, без видимых на то причин эмоциональное неблагополучие, нерешительность, проблемы в общении, заниженная или завышенная самооценка, переживание чувства тревоги, фобии, паническое расстройство, страхи, ожидание тревожного события, панические атаки, неопределенность в системе ценностей, а также противоречия в предпочтениях и жизненных желаниях, противоречивые представления о себе, о жизни, о других. Симптомы невроза включают нестабильность настроения и частую, а также резкую изменчивость, раздражительность; высокую чувствительность к стрессам, проявляющуюся в отчаянии или агрессии; для симптоматики неврозов характерна плаксивость, зацикленность на психотравмирующей ситуации, ранимость, обидчивость, тревожность. Во время попытки работать невростеники быстро утомляются, у них снижается внимание, память, мыслительные способности; они очень восприимчивы к громким звукам, перепадам температуры, яркому свету. Невроз включает еще и такие симптомы, как расстройство сна, зачастую человеку сложно заснуть по причине перевозбуждения; сон его поверхностный, очень тревожный и не приносящий никакого облегчения; утром же часто наблюдается сонливость.

Характерны для невроза и физические симптомы: головные, а также сердечные боли, часто наблюдается повышенная утомляемость, хроническая усталость, боли в области живота, снижение работоспособности (эмоциональное выгорание), наблюдается ВСД (вегето-сосудистая дистония), головокружения, а также потемнения в глазах от перепадов давления. Нарушения в вестибулярном аппарате: сложности при координации движений на равновесие, частые головокружения, нарушения в питании (булимия - переедание или недоедание - анорексия); чувство голода и при этом очень быстрая насыщаемость во время приема пищи; бессонница, неприятные сновидения, ипохондрия - забота о своем здоровье, психологическое ощущение и переживание физической боли (психалгия). Имеются и такие вегетативные симптомы: потливость, скачки артериального давления, сердцебиение, нарушения работы желудка, кашель, частое мочеиспускание, снижение либидо, жидкий стул, снижение потенции.

5. Диагностика невротических расстройств

Определение невротических расстройств традиционно строится на двух принципах: позитивной или негативной диагностике. В рамках позитивной диагностики распознавание невротических расстройств базируется на выявлении специфичных клинических проявлений и психогенном механизме формирования. По мнению В.Н. Мясищева, к основополагающим диагностическим критериям неврозов следует относить: 1) зависимость возникновения и течения (динамики) невроза с психогенной ситуацией; 2) связь психогении с личностью больного, с неспособностью пациента в конкретных условиях разрешить конфликтную ситуацию; 3) содержательную связь между характером психотравмы и клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и переживаниях, связанных с ней. В рамках негативной диагностики упор делается на факте отсутствия в клинической картине психических нарушений иного уровня, чаще всего указывается на значимость непсихотического уровня реагирования, а также исключения неврозоподобных или псевдоневротических расстройств органического, соматического или шизофренического генеза.

Для диагностики невротических расстройств недостаточно наличия лишь психопатологических непсихотических симптомов и синдромов, дезадаптации, внутри- и межличностного конфликтов. Обязательным должна быть соматическая (вегетативная) составляющая этих нарушений, демонстрирующая переход с психологического уровня реагирования, в границах нормативного психического поведения, на более глубокий - психосоматический.

По мнению А.Е. Личко (1985), наличие акцентуаций характера в условиях психотравматизации может стать благоприятной почвой для возникновения неврозов. Отдельным типам акцентуации характера свойственны определенные формы невротических расстройств. Астеноневротический и лабильный типы акцентуаций предрасполагают в соответствующих условиях к возникновению неврастении; сенситивный, психастенический и, реже, астеноневротический служат благоприятной почвой для развития обсессивно-фобического невроза. Истерический невроз возникает на фоне истероидной или, реже, при некоторых смешанных с истероидным типах - лабильно-истероидном, истероидно-эпилептоидном, реже, - шизоидно-истероидном. От типа акцентуации зависят не только особенности клинической картины невроза, но и избирательная чувствительность к определенного рода психогенным факторам, поскольку очевидно, что невротическая декомпенсация может быть облегчена психотравматизацией, предъявляющей чрезмерные требования к «месту наименьшего сопротивления» данного типа акцентуации.

Существует выраженная связь невротических расстройств и невротического характера. Но готовность к формированию невротических расстройств не исчерпывается структурой или выраженностью характерологических черт. Для неврозогенеза необходимым условием является наличие специфических черт «потенциального невротика», а для противостояния становлению невротического конфликта и расстройств - типичных признаков «неврозоустойчивой личности». К невротическим расстройствам следует причислять психопатологические симптомы и синдромы непсихотического уровня, сочетающиеся с вегетативной дисфункцией. Они формируются вследствие воздействия на личность актуальной психической травмы и несовершенства механизмов антиципации и психологической компенсации. Отличие невротических расстройств от психосоматических заключается как в представленности в клинической картине психопатологических или соматических симптомов, так и в специфичности внутриличностных конфликтов.

Таким образом, клиническая картина истинных неврозов - это невротические синдромы безотносительно к основному этиопатогенезу заболевания. Чтобы они реализовались, требуется сочетание врожденно-конституциональных, соматогенно-органических и личностно-ситуационных факторов в их различной комбинации.

Цветовая диагностика неврозов. Невроз личности диагностируется при неоднократном повторении предпочтении следующих цветов (серый, фиолетовый, черный, коричневый). Цвета, отвергаемые больным при истерическом синдроме - красный, а также фиолетовый.

невроз антинозологический психологический расстройство

III. Лечение неврозов

В лечении неврозов успешно используют психотерапию, а в более тяжелых вариантах медикаментозное лечение. Целесообразно осознание пациентом своих противоречий, построение более точной картины своей личности. Основной задачей психотерапии выступает помощь больному в осознании тех взаимосвязей, которые определили развитие невроза. Результат будет положительным, если больной реально соотнесет свой жизненный опыт с ситуацией, из-за которой сформировался конфликт и проявилась болезнь. Важно привлечение внимания заболевшего к его личным субъективным переживаниям, а также к внешним условиям социальной среды. Очень важно создать психотерапевтические условия, которые изменят личность и позволят ей навсегда забыть невротические способы защиты от внешнего мира

Используют и другие методы лечения неврозов. Например, посильная физическая нагрузка (аэробика, плавание, бег, быстрая ходьба). Это стимулирует работу сердца и обогащает организм кислородом. Физические занятия следует проводить до 5 раз в неделю по 15 минут. Для лечения неврозов используют цветотерапию. Правильно выбранный цвет для мозга - это полезно, как и витамины для организма. Для гашения гнева, раздражения необходимо избегать красный цвет. В момент наступления плохого настроения из гардероба нужно исключить черные, темно-синие тона, окружить себя светлыми и теплыми тонами. Снятию напряжения способствуют голубые, зеленоватые тона. Возможно, необходимо будет заменить дома обои, подобрать иной декор.

Эффективным методом лечения невроза считают музыкотерапию. Музыку подбирают в соответствии с настроением, затем ее меняют в сторону позитивного изменения настроения (так советовал Бехтерев). Хороший эффект дает несложная музыка - песни, романсы. Французские исследователи так советуют воспользоваться механизмом действия музыки. Сначала определяем мелодию, отвечающую за душевное состояние на данный момент. Далее подбирается мелодия, способная противостоять действию первой композиции, нейтрализуя ее. При выборе второй мелодии руководствуются тем, чтобы она была воздушная, светлая; дающая, желаемое утешение и вселяющая надежду. Третью композицию подбирают с наибольшей силой эмоционального воздействия. Музыка должна быть динамичной, несущей уверенность, волю и мужество.

Для лечения неврозов используют и гастрономический подход. Можно доставить себе удовольствие с помощью еды (только не увлекаясь). Углеводы, содержащие в тортах, сладостях хорошо успокаивают. Желаемый результат дает и белковая пища (морепродукты, мясо курицы, молодая телятина, говядина). Необходимо избегать употребления кофе, крепкого чая, напитка “Кока-кола” и т.д. Существует прямая связь между большим приемом этих напитков и тревогой, депрессией, раздражительностью

Список литературы

1. Дорошкевич М.П. Неврозы и невротические состояния у детей и подростков (медико-педагогический анализ механизма развития). - Минск: Беларусь, 2004. - 348 с.

. Еникеева Д.Д. Популярная психиатрия. Энциклопедия. - М.: АСТ пресс, 1998. - 654 с.

. Кискер К.П. и др. Психиатрия. Психосоматика. Психотерапия. - М.: Алетейа, 1999. - 278 .

. Мартынов Ю. Нервные болезни. Учебная литература для студентов медицинских институтов. - М. Медицина 1988. - 458 с.

. Медицинская психология. / Автор-составитель Т.П. Пушкина. - Новосибирск: Научно-учебный центр психологии НГУ, 1996.

. Психиатрия / под ред. Р. Шейдера. Перевод с английского. - М.: Практика, 1998. - 436 с.