

Личностные особенности больных язвенной болезнью

Гребень Н.Ф. (Минск, Беларусь)



Гребень Наталия Федоровна

старший преподаватель кафедры клинической и консультативной психологии; образовательное учреждение «Белорусский государственный педагогический университет им. Максима Танка», ул. Советская, 18, Минск, 220050, Республика Беларусь. Тел.: +375 (17) 226-40-24.

E-mail: strekosa@tut.by

Аннотация. Статья посвящена изучению особенностей личности больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки. На основании литературного обзора автором были выделены подходы к изучению личности больного, обобщены наработанные данные по проблеме психологических особенностей язвенных больных. Также приведены результаты собственного эмпирического исследования особенностей личности больных язвенной болезнью, на основании которых делается вывод о важной роли психосоциального фактора в развитии язвенной болезни.

Ключевые слова: личность больного; больной язвенной болезнью; подходы к исследованию личности соматического больного (описательный, психоаналитический, психодиагностический); образ Я; удовлетворенность качеством жизни; внутриличностный конфликт.

Ссылка для цитирования размещена в конце публикации.

Введение

Проблема психологических особенностей больных с соматическими заболеваниями по-прежнему остается недостаточно изученной. Количество публикаций, освещающих особенности личности больного с психической патологией, явно преобладают над публикациями, касающимися особенностей личности соматического больного. И это при том, что количество соматических больных в несколько раз превосходит количество психических больных. Не раскрыта эта проблема в программах и учебниках по медицинской и клинической психологии. Лишь в единичных учебниках [16] присутствуют разделы, где поднимается эта тема и приведена информация о психологических особенностях больных, страдающих наиболее распространенными соматическими заболеваниями. Надо отметить и то, что в настоящее время интерес к психосоматике и соматопсихологии, а вместе с ними и к личности человека, больного хроническими соматическими заболеваниями, несколько снизился. Об этом говорит и незначительное количество публикаций в научной литературе по данной тематике за последние пятнадцать лет, и отсутствие новых теорий

и изменений в плане повышения эффективности терапии такого рода больных.

Поэтому в данной статье мы попытаемся восполнить существующий пробел, обратившись к проблеме личностных особенностей больных с язвенной болезнью, которой страдают примерно 9—10% населения земного шара. При этом будем оперировать как уже имеющимися наработками по данному вопросу, так и результатами собственных исследований.

Анализ литературных источников, освещающих психологические особенности больных язвенной болезнью, позволил нам условно выделить три подхода в решении данного вопроса. Первый подход назовем описательным, второй — психоаналитическим, а третий — психодиагностическим.

Первый подход связан с появлением первых описаний особенностей личности больных язвенной болезнью, которые составлялись лечащими врачами на основании наблюдений и бесед. Считается, что одним из первых дал характеристику личности язвенного больного английский врач W. Brinton в 1859 году [Цит. по: 27]. В русскоязычной литературе одна из первых характеристик личности язвенника приведена в 1944 г. В.Н. Смотровым [Цит. по: 9], согласно которой это люди с энергичным характером. Они живут в состоянии постоянного возбуждения, беспокойства, тревоги, страха. У некоторых при внешне незначительных проявлениях нервно-психической неустойчивости спокойствие может скрывать внутренний хаос.

Несколько позже, в 1949 г., М.В. Черноруцкий [26] отметил, что для данных лиц характерны эмоциональная возбудимость, особая склонность к эмоциям тревоги и опасения и внутреннее чувство неполноценности. Благодаря выраженной эмоциональности они гипертрофированно реагируют на внешние события и особенно на отношение к ним окружающих, плохо противостоят жизненным трудностям и неудачам. В таких условиях легко возникают конфликты и связанные с ними психотравмы.

И.Ф. Лорие (1958) был одним из первых, кто попытался дифференцировать больных, страдающих язвенной болезнью, условно разделив их на две группы [14]. Первую группу составляют лица со спокойным, уравновешенным характером. Заболевание течет у них относительно благоприятно, с длительными ремиссиями. Вторую группу составляют эмоционально лабильные, раздражительные больные с выраженным и упорным болевым синдромом, частыми обострениями.

В.Е. Рожнов (1990), описывая особенности лиц с язвенной болезнью, обращает внимание на их склонность к переживаниям ипохондрического характера, порой достигающих уровня навязчивых состояний [18]. Больные скрупулезно следят за малейшими ощущениями и отправлениями своего желудочно-кишечного тракта, часто теряют всякий интерес к тому, что не связано с ритуалами пищевого характера, с особенностями своих ощущений в этой сфере.

Психоаналитический подход занимает некую промежуточную позицию между первым и третьим в плане методологии исследования и ее объективности. Одним из первых психоаналитиков, кто заинтересовался психологическими особенностями соматических больных, был Ф. Александер [1], который обнаружил, что пациенты с язвенной болезнью вовлечены в конфликт между потребностью в зависимости, опекаемости и нарциссическим стремлением к автономности.

Идея наличия специфического внутриличностного конфликта в рамках данного подхода получила дальнейшее развитие. Так, аргентинский психоаналитик А. Гарман, характеризуя рассматриваемую группу пациентов, приходит к выводу, что у них суперэго грызет слизистую желудка [Цит. по: 17]. М. Bellini [27] указывал, что в общении с авторитарной матерью они проявляют черты амбивалентного поведения, заключающегося в стремлении больных удалиться от лица, по отношению к которому имеется зависимость, при этом демонстрируя безразличие и эмоциональную холодность. Zander считал, что аспект фрустрации желаний зависимости и заботы переоценивался, и в качестве пускового фактора он рассматривал бессознательный конфликт зависти [Цит. по: 15].

Появление собственно психодиагностического подхода обязано развитию психологической науки и появлению психодиагностического инструментария, что позволило отойти от субъективных взглядов на проблему личностных особенностей соматических больных и переориентироваться на получение научно обоснованных данных. В рамках данного подхода следует упомянуть, прежде всего, Ф. Данбар [28], которая благодаря своим масштабным исследованиям пробудила интерес к изучению личностного профиля соматического больного. Характеризуя язвенного больного, она указывала на его чрезмерную возбудимость, зависимость и вытесненную склонность к самоповреждению.

Вместе с тем, анализ литературных источников показал, что, с одной стороны, наличие психодиагностического инструментария способствовало увеличению количества исследований особенностей личности соматического больного, в том числе и язвенного больного, а с другой стороны, содействовало «размыванию» его психологического портрета. В данной статье мы не станем делать подробный обзор такого рода исследований, а остановимся на основных их направлениях. Всего нами было выделено четыре таких направления.

Первое из них заключается в выявлении у больных с язвенной болезнью пограничной психической патологии (тревожность, невротизация, депрессия, ипохондрия, астения) [2; 7; 9; 11; 13; 15; 18]. Как правило, такого рода исследования проводились преимущественно врачами с целью назначения соответствующего лечения.

Второе направление связано с выявлением личностного профиля язвенного больного с использованием таких методик, как «ММРІ», «Тест Шмишека», «ПДО» [5; 9; 10; 11]. Исследовательский интерес в данном случае исходил как от врачей, так и психологов. Результаты показали, что при определении типа личности нет единого личностного профиля, который был бы свойствен больным с язвенной болезнью, хотя преобладание некоторых из личностных особенностей свидетельствует о том, что вероятность возникновения у этих лиц стрессогенных ситуаций и аффективных расстройств выше, чем в среднем по популяции. Отметим, что личностный профиль исследовали также у больных с предъязвенными состояниями, тем самым пытались установить преморбидные особенности личности [2; 11].

В рамках третьего направления исследовались конкретные личностные характеристики, которые рассматривались авторами в качестве психологических факторов язвенной болезни. Сюда следует отнести изучение агрессивности, особенностей поведения во фрустрирующей ситуации, самооценки, уровня притязаний, социальной адаптации, алекситимии и пр. [7; 9; 12; 15; 22].

К четвертому направлению можно отнести также и изучение у язвенных больных отношения к болезни, которое достаточно широко освещено в русскоязычной литературе [6; 25].

Таким образом, анализ литературных источников показал, что социально-психологические особенности больных язвенной болезнью редко попадали в поле зрения психологов и смежных специалистов, в то время как именно через отношения с другими людьми и обществом в целом может быть полноценно раскрыта личность человека. Этот аспект и послужил отправной точкой в планировании и реализации нашего исследования язвенных больных.

Методика и процедура исследования

При планировании исследования мы исходили из принципа единства психодиагностического подхода, введенного Ф.Б. Березиным [4], согласно которому деление личностных психодиагностических методик на проективные и анкетные может быть связано со способами представления и оценки материала, но не с принципиальными особенностями диагностического процесса. Главным является получение информации о личности и актуальном психическом состоянии испытуемого на основе проявления индивидуальных особенностей психической сферы в структурировании достаточно неопределенного материала, в результате чего субъективные характеристики становятся доступными объективному изучению. Вторым принцип, который повлиял на подбор методов исследования, предполагал доступность для понимания и невысокую энергозатратность психодиагностического материала, в силу того, что объектом исследования выступили больные люди.

Для выявления личностных особенностей язвенных больных были использованы следующие методики: методика «Диагностика межличностных отношений Т. Лири (ДМО)» в модификации Л.Н. Собчик [23], позволяющая оценить актуальные и идеальные представления о своей личности и характер построения межличностных отношений (МО); «Опросник самооценки Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн» [20], при помощи которого мы выявляли степень удовлетворенности различными аспектами социальной жизни; «Тест Люшера» [24], позволяющий оценить как особенности личности, так и текущего психического состояния; методика «Рисунок несуществующего животного (РНЖ)» [8], направленная на выявление особенностей личности на основании проективного образа испытуемого.

В исследовании приняли участие 100 больных с язвенной болезнью в возрасте от 16 до 60 лет. Среди них 75 мужчин и 25 женщин. Язвенные больные на момент обследования пребывали на стационарном лечении в больницах г. Минска.

Для обработки результатов по тесту «РНЖ» применялся контент-анализ. Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью пакета статистических программ SPSS 16.0. Были использованы следующие методы: описательные статистики, частотный анализ.

Результаты и обсуждение

На первом этапе опишем собственно психологический портрет язвенного больного, который позволяют определить задействованные нами методики.

Согласно результатам теста «ДМО», язвенные больные наделяют свое актуальное «Я» такими качествами, как склонность к сотрудничеству и дружелюбные отношения с окружающими, стремление заслужить признание и любовь, общительность (VII); они проявляют выраженную готовность помогать, способны брать на себя ответственность (VIII). В то же время они уверены в себе и обладают свойствами организатора,

советчика, руководителя, зачастую испытывают потребность командовать другими (I), при этом бывают несдержанными, прямолинейными, настойчивыми в достижении цели (III). Соответственно, для данной категории больных наиболее свойственными оказались следующие типы МО: «Дружелюбный» (ранг 1), «Альтруистичный» (ранг 2), «Авторитарный» (ранг 3) и «Агрессивный» (ранг 4). Приведенные типы МО явно указывают на преобладание стремления к доминированию.

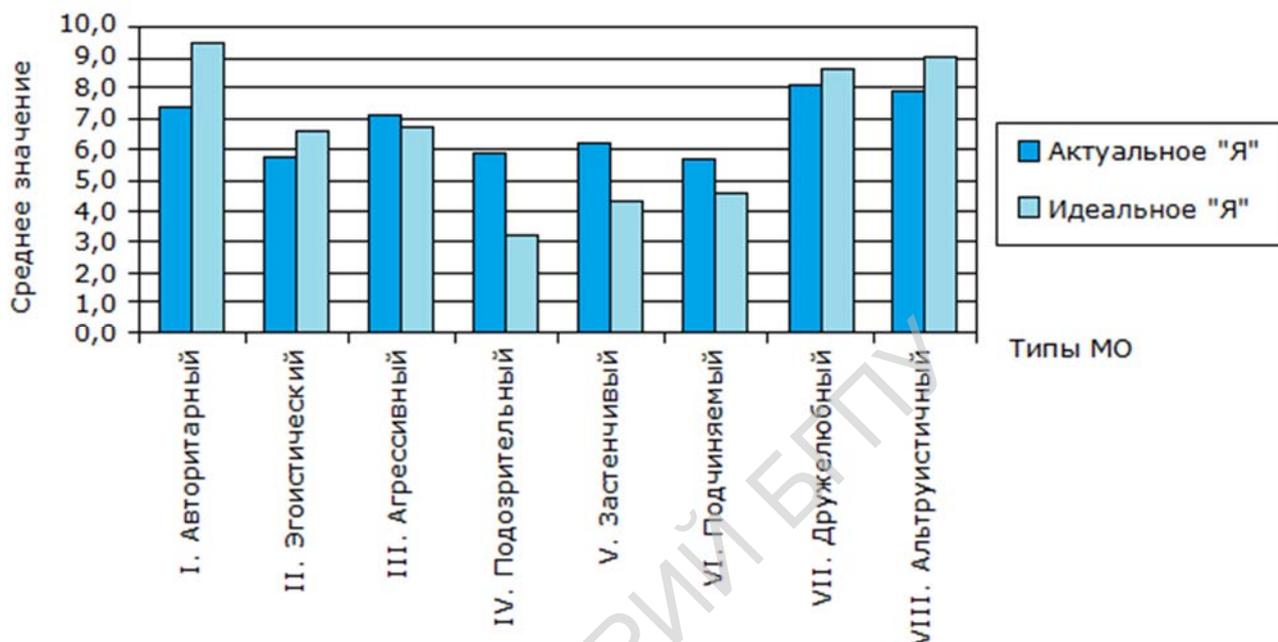


Рисунок 1. Представления больных с язвенной болезнью об их актуальном и идеальном «Я» и о характере межличностных отношений

При самоописании своего идеального «Я» язвенные больные отмечают такие черты, которые позволили бы им быть лидерами, подчинять своей воле других, уверенно достигать своих целей (I), одновременно они стремятся быть ответственными, бескорыстно помогать окружающим (VIII), где-то проявлять компромиссное поведение, сотрудничать (VII) и быть искренними, эмоционально реагирующими, упорными в достижении целей (III). Наиболее значимые стили межличностных отношений остались теми же, что и были в актуальном «Я», но несколько изменился их порядок их предпочтения: «Авторитарный» (ранг 1), «Альтруистичный» (ранг 2), «Дружелюбный» (ранг 3) и «Агрессивный» (ранг 4).

Анализируя описанные выше образы актуального и идеального «Я», следует отметить, что язвенные больные, как, впрочем, и большинство людей, ориентируются на наиболее социально одобряемую модель поведения, наделяя себя, в первую очередь, чертами дружелюбия и готовности приходить на помощь окружающим. Однако в образе идеального «Я» на первый план выходит «Авторитарный» тип межличностных отношений, значение которого несколько выше установленных в тесте границ адаптивного поведения. Учитывая то, что идеальный образ «Я» носит компенсаторный характер, можно говорить о том, что язвенные больные переживают из-за того, что их не признают как компетентных и авторитетных лидеров, также им не хватает уважительного

отношения со стороны окружающих. Однако в реальной жизни достичь этого больным во многом препятствуют присущие им черты агрессивности.

Отталкиваясь от идеи неудовлетворенности собой, присущей больным с язвенной болезнью, мы провели исследование самооценки удовлетворенностью основными сторонами жизни при помощи методики «Опросник самооценки Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн». При этом было использовано семь шкал, которые получили следующие названия: «Материальное положение», «Трудовая деятельность», «Служебное положение», «Я сам», «Отношения в трудовом коллективе», «Отношения в семье», «Интимная жизнь».

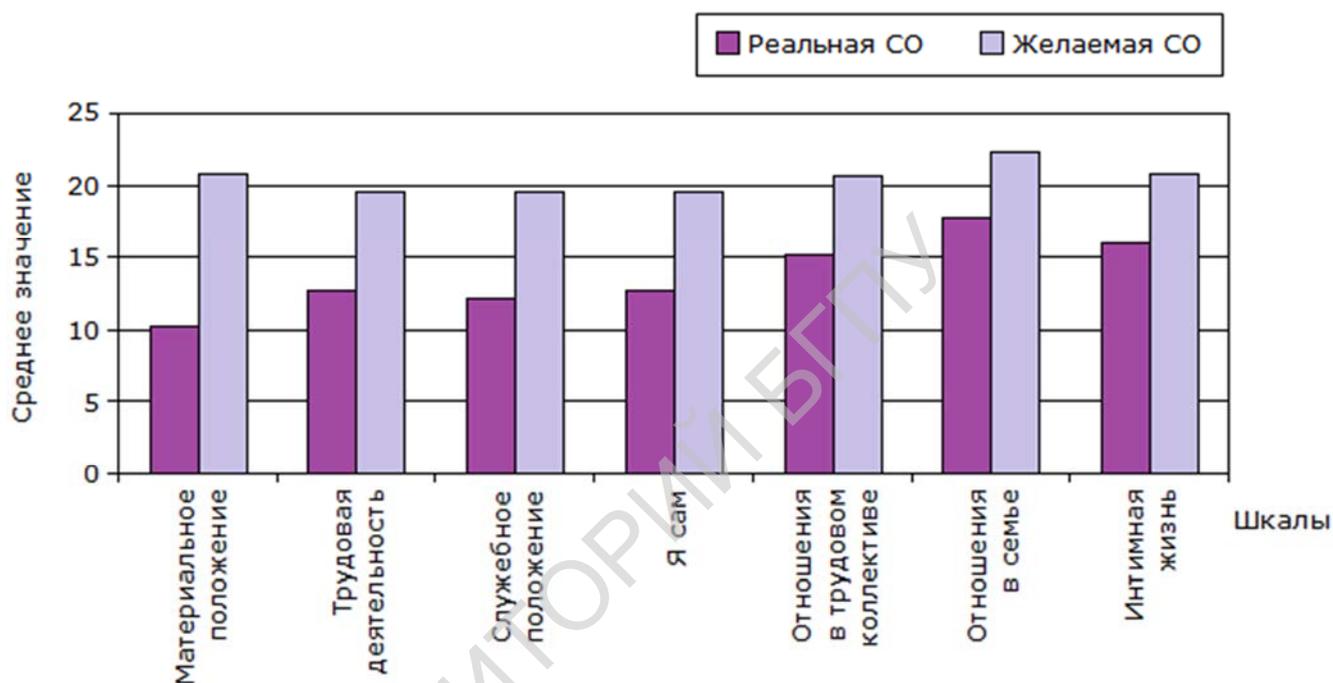


Рисунок 2. Реальная и желаемая самооценка удовлетворенности жизнью у больных с язвенной болезнью

Анализ самооценки уровня удовлетворенности качеством жизни указывает на то, что по всем параметрам данный показатель у язвенных больных варьируется в пределах средних значений — от 10 до 15, а по 2 шкалам — несколько выше (рис. 2). Больше всего больные удовлетворены существующими отношениями в семье и интимной жизнью, далее идут оценки по шкалам «Отношения на работе», «Трудовая деятельность», «Я сам», а на последних местах — «Служебное положение» и «Материальное положение». Сравнивая показатели реального и желаемого уровней удовлетворенности жизнью, отметим, что наиболее высокий уровень внутренней неудовлетворенности наблюдается по шкале «Материальное положение», затем — по шкалам «Служебное положение», «Трудовая деятельность», «Я сам», «Отношения на работе». Наиболее низкие показатели характерны для шкал «Интимная жизнь» и «Отношения в семье». Из этого следует, что больные с язвенной болезнью чаще испытывают большую неудовлетворенность, связанную с их трудовой деятельностью и материальным положением, нежели в семейных отношениях. Сопоставляя результаты с показателями предыдущего теста, можно предположить, что дефицит уважения и признания лидерских

качеств у язвенных больных связан преимущественно с их профессиональной самореализацией.

При использовании методики «Тест Люшера» были получены общие характеристики личности и актуального психического состояния больных с язвенной болезнью на момент тестирования. Наиболее предпочитаемым (символ «+» согласно классификации М. Люшера) оказался зеленый цвет (27% группы выдвинули его на первую позицию, и 22% — на вторую), затем — красный (соответственно 18% и 7%) и желтый (соответственно 15% и 19%). Согласно принятым Люшером интерпретациям [24], можно говорить о том, что большинство язвенных больных во время тестирования пребывали в состоянии «эластичной напряженности», которая подобна «плотине, за которой накапливается не получив разрядки, возбуждение». Само напряжение сопряжено с такими качествами, как скрупулезная точность, упорство, целеустремленность, сопротивляемость изменениям, а также потребность производить впечатление, сохраняя свою позицию. Компенсация второй позиции красным цветом выражает максимальную напряженность и состояние возбуждения (позиция активно-оборонительная), а за счет желтого представляется более продуктивной, канализирующей возбуждение в форме отвлекающей деятельности (позиция активно-зависимая). Обе позиции, проявляющиеся в межличностных контактах, нельзя назвать гармоничными: позиция активно-оборонительная характеризуется уверенностью в себе, наступательностью в контактах с другими людьми, выраженной тенденцией к доминированию, агрессивными реакциями при противодействии со стороны окружающих, а активно-зависимая — противоречивым сочетанием повышенного чувства собственного достоинства и болезненного самолюбия с подвластностью средовым влияниям, ориентировкой на мнение значимых других и референтной группы.

Уместным поведением в данной ситуации (символ «х») следует считать: недоверчивость, переживание чувства обиды, стремление улучшить впечатление о себе в глазах значимых окружающих, сензитивность в отношении критических замечаний в свой адрес, склонность преувеличивать враждебные отношения к себе других, изобретательность и богатство фантазии, оригинальность суждений, стремление упрочить свою позицию, независимость.

Сдерживаемыми, неактуальными особенностями личности (символ «=») являются трудности достижения гармоничных отношений с окружающими, что создает чувство изолированности, дистресса либо избирательность в контактах, обособленность, стремление избегать глубоких привязанностей, чтобы не испытать разочарования, сосредоточенность на своих проблемах.

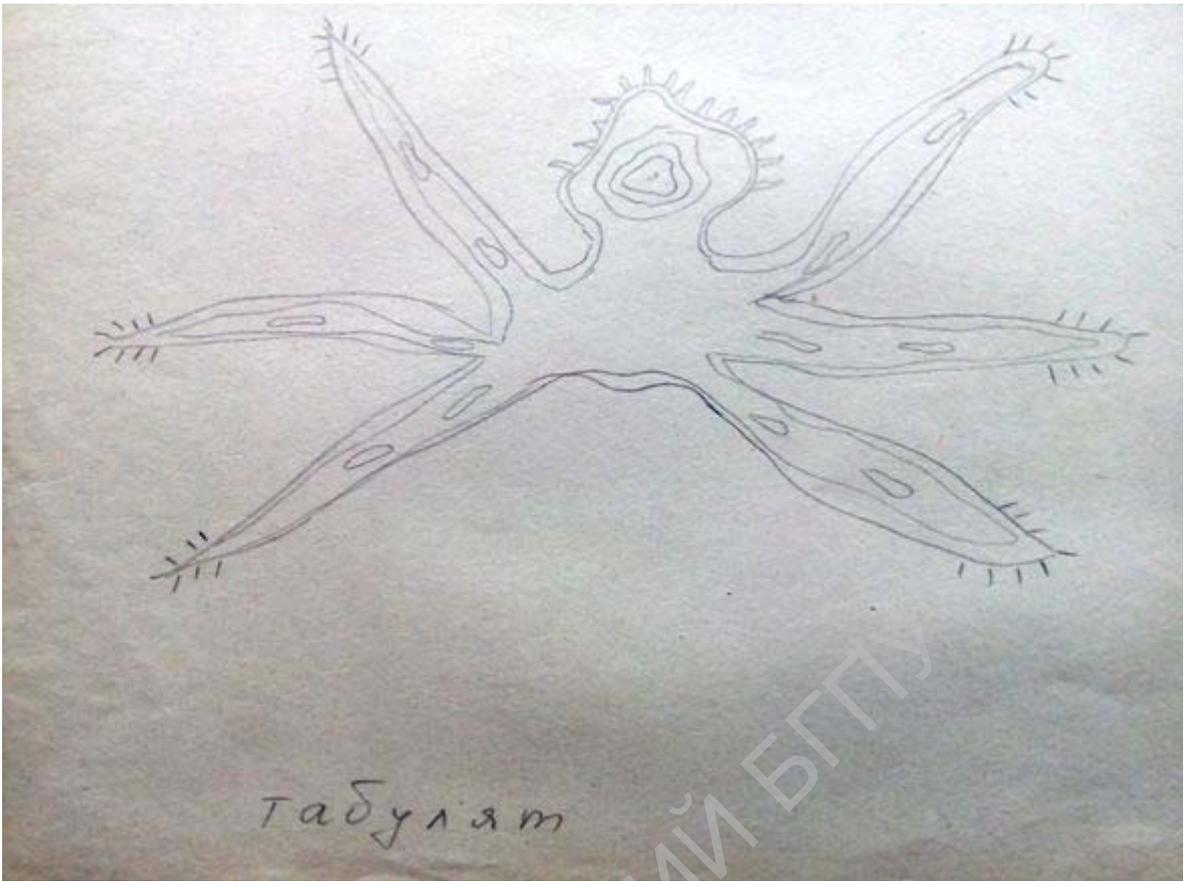
В качестве подавляемых тенденций (символ «-»), связанных с тревогой, выступают: стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей, а также ограничениями или запретами; неудовлетворенное желание найти признание и общность интересов в кругу значимых окружающих, сдерживаемая чувственность, потребность в уважении и внимательном отношении, чувство независимости.

Актуальной проблемой (символ «+-») является стеничное отстаивание своей самостоятельности, стремление к независимости и упрочиванию своих позиций.

Показатель нестабильности выбора в группе язвенных больных варьировался в пределах от 0% до 75%, а средний по группе составил 20,6%. Это можно интерпретировать как то, что, по результатам данного теста, больные с язвенной болезнью не отличаются высокой эмоциональной нестабильностью. Показатель интенсивности тревоги

(количество восклицательных знаков во втором выборе) составил $x_{ср.} = 2,97$, что позволяет рассматривать присущую больным на момент тестирования тревогу как ситуационную. В научной же литературе неоднократно отмечается, что больным с язвенной болезнью присущи как высокая эмоциональная нестабильность ([9; 14; 26] и др.), так и личностная тревога [2; 9]. В нашем случае этого выявлено не было.

Результаты проведенного качественного анализа частоты встречаемости 20 выделенных нами признаков, по методике «РНЖ» говорят о следующем. Больным с язвенной болезнью чаще свойственна адекватная либо завышенная самооценка, сопряженная с недовольством собственным положением в социуме и недостаточностью признания со стороны окружающих с претензией к самоутверждению, устремленность в прошлое. Уровень психической энергии в целом средний, зачастую наблюдается слабая энергичность, астеничность как следствие обострившегося хронического заболевания. Для язвенных больных достаточно типичными являются эгоцентризм и агрессивная защита, направленная против вышестоящих лиц, реально имеющих возможность наложить запрет; незаинтересованность в информации, игнорирование мнения окружающих, эмоциональное реагирование на оценки других людей без коррекции своего поведения; невысокие творческие способности и несколько легкомысленное отношение к жизни. Достаточно выраженными у больных являются и психологические защиты неагрессивного характера. Учитывая тот факт, что в случае рисунка «несуществующего животного» «имеет место прямая проекция» [8, с. 57], испытуемым был задан вопрос: «Нравится ли вам изображенное вами несуществующее животное?». Полученные ответы распределились следующим образом: 66,12% опрошенных дали ответ «да» или «скорее, да», а ответ «нет» или «скорее, нет» — 33,87%. Следовательно, примерно у третьей части исследуемых отношение к себе окрашено негативно, имеется внутрличностный конфликт неприятия себя.



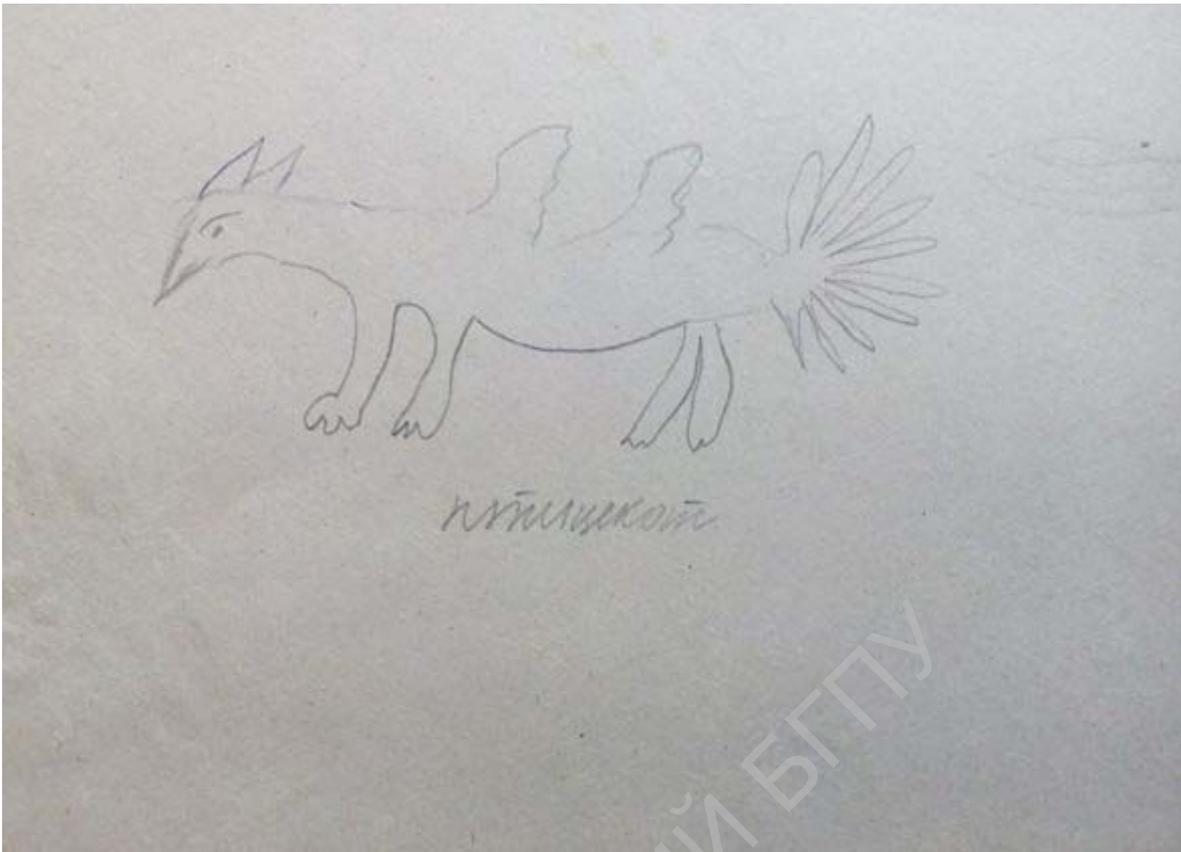


Рисунок 3. Рисунки несуществующего животного, выполненные больными с язвенной болезнью

Выводы

Лица, страдающие язвенной болезнью, воспринимают себя как людей дружелюбных, общительных, готовых прийти на помощь, уверенных в себе, обладающих лидерскими качествами и испытывающих потребность командовать другими. Также они признают, что порой бывают несдержанными и прямолинейными. Соответственно, для данных больных характерными типами построения межличностных отношений являются «Дружелюбный», «Альтруистичный» и «Авторитарный». Обозначенные типы указывают на преобладание стремления к доминированию.

Моделируя свой идеальный образ, язвенные больные желали бы усилить в себе лидерские черты. Это позволило бы им подчинять своей воле других людей, уверенно достигать своих целей. Также они хотели бы быть еще более отзывчивыми, ответственными, бескорыстными и готовыми к сотрудничеству. Соответственно, наиболее значимыми типами построения межличностных отношений выступили бы «Авторитарный», «Альтруистичный» и «Дружелюбный».

Язвенные больные, согласно самооценке, больше всего удовлетворены существующими отношениями в семье и интимной жизнью. Промежуточные оценки касаются отношений на работе, трудовой деятельности и собственной личности. Наибольшую неудовлетворенность больные связывают со своим служебным положением и материальным достатком. Сравнение показателей реального и желаемого уровней удовлетворенности жизнью указывает на то, что больные хотели бы

улучшить свое материальное и служебное положение, а также трудовую деятельность и самих себя.

Психическое состояние большинства больных язвенной болезнью людей можно охарактеризовать как напряженное в силу не получившего разрядки возбуждения. Напряжение связано с такими качествами, как упорство, сопротивляемость изменениям, а также потребность производить впечатление, сохраняя свою позицию. При этом у больных могут наблюдаться два механизма компенсации подобного состояния: активно-оборонительный и активно-зависимый. Обе позиции, проявляющиеся в межличностных контактах, не являются гармоничными. В качестве подавляемых тенденций, связанных с тревогой, выступают: стресс, вызванный подавлением физиологических потребностей, ограничениями или запретами; неудовлетворенное желание найти признание и уважение, общность интересов в кругу значимых окружающих. Актуальными проблемами являются стеничное отставание своей самостоятельности, стремление к независимости и упрочнению своих позиций.

Проективный образ себя язвенных больных указывает на такие выраженные особенности их личности, как относительно завышенная самооценка, сопряженная с недовольством собственным положением в социуме, эгоцентризм, средний уровень психической энергии, устремленность в прошлое. Больные склонны эмоционально реагировать на оценки других людей без коррекции своего поведения, проявлять агрессию, направленную преимущественно против вышестоящих лиц, быть незаинтересованными в информации и игнорировать мнение окружающих. Примерно у одной третьей части язвенных больных наблюдается внутриличностный конфликт неприятия себя.

Таким образом, обобщая результаты исследования по обозначенным методикам, можно определить наиболее специфические особенности личности больных язвенной болезнью. Это стремление построить с окружающими теплые, дружеские отношения, быть признанными лидерами, но трудности в достижении желаемого образа обусловлены свойственными им эмоциональной несдержанностью, агрессивностью, эгоцентризмом, нетерпимостью к критике, склонностью игнорировать мнения окружающих. В силу этого язвенные больные испытывают неудовлетворенное желание уважения и признания, которое в большей степени касается их профессиональной самореализации. Неудовлетворенность на уровне социальных отношений нередко трансформируется в неудовлетворенность собой вплоть до внутриличностного конфликта неприятия себя. Выявленные особенности личности больных с язвенной болезнью подчеркивают значимость социальной составляющей в ее развитии, согласно биопсихосоциальной модели здоровья — болезни.

Литература

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение /пер. с англ. С. Могилевского. – М.: ЭКСМО–Пресс, 2002. – 352 с.
2. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предъязвеннымисостояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Ленинград, 1988. – 26 с.
3. Белов В.П. Особенности личности и психосоматические взаимоотношения у больныхязвенной болезнью желудка (12-перстной кишки) и хроническим неспецифическим язвенным колитом // Журнал

невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1971. – Т. 71, № 9. – С. 1385–1391.

4. Березин Ф.Б. Психодиагностические личностные методики: некоторые принципы и аспекты применения // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях / под ред. Л.И. Вассермана, И.А. Кудрявцева. – Ленинград: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 16–22.

5. Блейхер В.М., Ревенюк Е.Н. Исследование личностных особенностей больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки // Врачебное дело. – 1973. – № 9. – С. 81–84.

6. Бородин Д.С., Мазур Е.С., Беляева Г.С. Жалобы как отражение психического статуса больных при рецидиве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Терапевтический архив. – 2000. – Т. 72, № 2. – С. 15–16.

7. Бороздина Л.В., Былкина-Михеева Н.Д. "Триада риска" у пациентов с дуоденальной язвой // Психологический журнал. – 2002. – Т. 23, № 2. – С. 65–79.

8. Габидулина С.Э. К обоснованию методики «Рисунок несуществующего животного» // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 1986. – № 4. – С. 56–57.

9. Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата, 1990. – 216 с.

10. Калитеевская Е.Р. Психологические факторы в развитии гипертонической и язвенной болезни в подростковом и юношеском возрасте // Психологическая диагностика при нервно-психических и психосоматических заболеваниях / под ред. Л.И. Вассермана, И.А. Кудрявцева. – Ленинград: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1985. – С. 141–143.

11. Коркина М.В., Мариллов В.В. Личностные особенности и характер психических нарушений при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (по данным клинко-психиатрического исследования) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1982. – Т. 82, № 11. – С. 92–95.

12. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. Психологические предпосылки и последствия отказа от поиска в норме и при психосоматическом заболевании // Психологический журнал. – 1990. – Т. 11, № 4. – С. 84–90.

13. Липкина Н.Н. Методы диагностики и лечения психических расстройств у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (Инструкция по применению). – Минск: БелМАПО, каф. психотерапии и мед. психол., 2002. – 23 с.

14. Лорие И.Ф. Язвенная болезнь. – М.: Медицина, 1958. – 96 с.

15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1994. – 246 с.

16. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. – М.: МЕДпресс, 1999. – 592 с.

17. Наранхо К. Гештальт-терапия: Отношение и практика атеоретического эмпиризма / пер. с англ. – Воронеж: МОДЭК, 1995. – 304 с.

18. Рожнов В.Е. Психотерапия и ее место в психосоматической клинике // Терапевтический архив. – 1990. – Т. 62, № 10. – С. 6–11.
19. Романова Е.С. Графические методы в практической психологии. – СПб.: Речь, 2002. – 416 с.
20. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство). – СПб.: Ленато, 1998. – 168 с.
21. Рысс Е.С., Щерба Н.Н., Соловьева С.Н. Анализ клинико-психологических особенностей больных язвенной болезнью 12-перстной кишки // Клиническая медицина. – 1986. – Т. 64, № 9. – С. 79–84.
22. Симаненков В.И., Ананьев В.А. Концептуальные основы онтогенетической психосоматики // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии (к 100-летию со дня рождения В.Н. Мясищева): сб. науч. тр. / под общ. ред. М.М. Кабанова – СПб.: Психоневрол. институт им. В.М. Бехтерева, 1984. – Т. 133. – С. 180–189.
23. Собчик Л.Н. Методы психологической диагностики. Выпуск 3: Диагностика межличностных отношений: Модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т. Лири: метод. руководство. – М., 1990. – 46 с.
24. Собчик Л.Н. Метод цветowych выборов: Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практ. рук. – СПб.: Речь, 2013. – 128 с.
25. Формирование психосоматической ориентации врача гастроэнтеролога / В.Г. Смагин, Л.В. Бондарева, З.Я. Ковалева [и др.] // Терапевтический архив. – 1990. – Т. 62, № 10. – С. 100–103.
26. Черноуцкий М.В. Об этиопатогенезе язвенной болезни // Проблемы кортиковисцеральной патологии. – М., 1949. – С. 345–348.
27. Bellini M. Studio comparativo della somatizzazione gastrica ed intestinale di conflitti psichici // Minerva medica. – 1974. – Vol. 65, № 20. – P. 1043–1065.
28. Dunbar H.F. Psychosomatic diagnosis. – New York: P.B. Hoeber, 1948. – 741 p.

Ссылка для цитирования

УДК 159.923:616.3

Гребень Н.Ф. Личностные особенности больных язвенной болезнью // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2017. – Т. 5, № 4(18) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Все элементы описания необходимы и соответствуют ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка" (введен в действие 01.01.2009). Дата обращения [в формате число-месяц-год = чч.мм.гггг] – дата, когда вы обращались к документу и он был доступен.