Случай успешного применения психотерапии шизоидного расстройства личности с преобладанием ипохондрии по методу творческого самовыражения

Врач А.С. ИГОВСКАЯ

A case of successful psychotherapy of schizoid personality disorder with hypochondria using the method of creative self-expression

A.S. IGOVSKAYA

Наркологический диспансер №1, кафедра психотерапии и сексологии Российской медицинской академии постдипломного образования, Москва

Ключевые слова: *психотерапия, шизоидное расстройство личности, ипохондрическое расстройство, терапия творческим самовыражением.*

Key words: *psychotherapy, schizoid personality disorders, hypochondria, method of creative self-expression.*

В 2008 г. в Журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова была опубликована наша, совместно с М.Е. Бурно, статья «Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии» [6], в которой были рассмотрены состояние проблемы по данным литературы и общие диагностические, клинические и психотерапевтические вопросы. Представленные в ней материалы дали основание полагать, что пациентам со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии целесообразно применять разработанный нами вариант метода терапии творческим самовыражением по М.Е. Бурно (ТТСБ). Подчеркивалось, что в этом случае пациентам важно убедиться, что творческая увлеченность жизнью с осознанием себя окруженным людьми, вдохновенное понимание своей посильной общественной полезности (сообразно природе своего характера) смягчает, снимает тягостную душевную характерологическую напряженность, а с ней — и предрасположенность к проявлениям ипохондрии.

Нами была предпринята попытка дополнительного исследования данного контингента больных с применением особого варианта метода ТТСБ [1, 2, 8]. Особенностями этого варианта являются: 1) адаптированный (несколько упрощенный) подход, рассчитанный на то, что метод будет применяться как психотерапевтом, так и врачом общего профиля; 2) «дробление» метода на краткие эмоционально яркие методики (например, 20-минутную попытку больного с лечебной целью общаться с природой и т.п.); 3) усиление содержательного звучания при занятиях с пациентами общемедицинских (соматических) тем.

В данной статье приводится наблюдение, отражающее опыт успешного применения охарактеризованного метода психотерапии.

Больная А., 44 лет, по профессии учитель рисования в школе.

Анамнез жизни. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родилась от первых, протекавших без патологии родов. В дошкольном и младшем школьном возрасте формировалась по характеру замкнуто-углубленной, «себе на уме», была недостаточно общительна, «бескомпромиссна» по отношению к другим, «слишком серьезна». Играла «в карандаши», воображая их людьми. В школе — с 7 лет, училась на «отлично». После окончания школы в педагогическом училище получила специальность учитель рисования. С 20 лет преподавала в начальных классах средней школы. Тогда же вышла замуж за «противоположного по характеру человека — жизнерадостного, душевного и теплого оптимиста». Влюбленности не чувствовала, внутренне оставалась холодноватой. Всегда имела стойкие идеализированные представления о взаимоотношениях в семье. До 30 лет не могла забеременеть, переживала, так как это не укладывалось в ее «жизненную схему». По обоюдному согласию с мужем удочерили девочку грудного возраста из детского дома. В 31 год поступила в педагогический институт, где получила профессию педагога-психолога, предполагая, что это образование поможет ей воспитать дочь. В 2000 г. перенесла операцию — послойную краевую кератопластику роговицы по поводу осложненного вирусного кератита правого глаза. В 2005 г. ушла с работы, и на момент обращения к нам за помощью (2007 г.) нигде не работала. Проживает с мужем и 15-летней дочерью в коммунальной квартире, где сложились конфликтные отношения с соседом.

Анамнез болезни. Первые признаки необычных психических переживаний больная относит к 3-летнему возрасту: отчетливо помнит, что не смогла оставаться в детском

© А.С. Иговская, 2011

e-mail: igovskaya@gmail.com

Zh Nevrol Psikhiatr Im SS Korsakova 2011;111:4:74

саду, испугавшись громкой музыки на занятиях. В 5-летнем возрасте испытала необычное чувство, как будто «уже когда-то жила», «откуда-то пришла». В период начала менархе (13 лет), у нее появился «нелепый страх» забеременеть (несмотря на то, что в то время была девственницей). Осознавала абсурдность этого страха, считала его навязчивостью. Такого рода навязчивый страх через несколько месяцев «развеялся сам по себе». В 14—16 лет была подвержена астеническим состояниям — приступам слабости, потливости, сердцебиениям, снижению АД. Тогда же без причины усилились мнительность («искала у себя болезни») и появилась наклонность к тревожным и нравственно-этическим сомнениям: сомневалась, правильно ли поступает, подолгу не могла принять решение, беспокоилась, не совершила ли чего-либо «неподобающего». В этих случаях замыкалась в себе, тщательно обдумывая настоящие и мнимые проблемы. Тогда же стало периодически возникать ощущение бесцельности жизни и собственной неуверенности. В 31 год стала осознавать у себя недостаток эмоциональности, проявлявшийся холодностью и формальным отношением к дочери, чувствовала по этому поводу тягостную неполноценность, но ничего не могла с собой поделать. В это же время впервые появился страх перед поездкой в транспорте из-за большого скопления людей. В связи с этим стала с трудом переносить поездки в Украину, где живут ее близкие родственники. Понимала глупость своего «состояния, доходящего до ужаса». Кроме того, стало появляться чувство «переполненного кишечника» в момент закрытия туалета, когда поезд останавливался в пограничной зоне, а также с опасением ждала хамства и грубости таможенников (хотя хамство всегда и ранее переносила с трудом).

Описанные переживания неизбежно приводили к навязчивым мыслям о серьезном заболевании, но ни с кем ими не делилась. В 37 лет, после перенесенной кератопластики, появился беспричинный страх потерять зрение. Долго не верила в удачный исход операции, несмотря на хорошие результаты обследования и заверения врачей, что «с ней все в порядке». Была направлена офтальмологом на консультацию к неврологу с жалобами на тревожные опасения «потерять зрение».

По направлению невролога была госпитализирована в клинику неврозов, где находилась 20 дней с диагнозом: «вегетососудистая дистония, астенодепрессивный синдром». Получала терапию антидепрессантами и бензодиазепинами (золофт 0,05 г 1 раз в сутки; феназепам 0,0005 г 2 раза в сутки), а также психотерапию. Со слов пациентки, лечение было малоэффективным, и после выписки из стационара продолжала периодически испытывать страхи ипохондрического характера. В возрасте 40 лет повторно обратилась в поликлинику при городской клинической больнице №71 с жалобами на головокружение, боли в левой половине груди ноющего характера, тревогу. После тщательного соматоневрологического обследования была направлена неврологом поликлиники повторно в клинику неврозов, где проходила лечение в дневном стационаре в течение 15 дней. Получала медикаментозную терапию (ципрамил, мезапам), а также витаминотерапию и курс аутогенной тренировки. В этот период все результаты ЭКГ, ЭЭГ и лабораторных гематологических и биохимических анализов соответствовали норме. После выписки продолжала прием назначенных препаратов около 1,5 мес, отмечая незначительное улучшение состояния. Из-за продолжающихся тревожных опасений по поводу своего здоровья и постоянного «душевного напряжения» в возрасте 42 лет уволилась с работы.

Через 2 года вновь обратилась в указанную выше поликлинику к психотерапевту и поступила под наше наблюдение. Больная жаловалась на головные боли, возникающие на фоне тревожных состояний, тягостное чувство собственной неполноценности, болезненную склонность к одиночеству, разнообразные болезненные ощущения в теле (например, во время сердцебиения, при чувстве «переполненного мочевого пузыря»), тревогу, возникающую вне дома из-за опасения «не найти туалет». Постоянно испытывала навязчивое чувство, что страдает серьезной болезнью, допуская при этом наличие, как соматического, так и психического заболевания.

Психическое состояние. Выглядит моложе своего возраста. Одета аккуратно, со вкусом. В беседе держится несколько отстраненно. Болезненно застенчива, не смотрит в глаза собеседнику, говорит мелодичным, слегка приглушенным голосом. Деликатно, холодновато сообщает, что она — «человек неприхотливый», признается, что часто испытывает тягостное чувство неполноценности и беспомощности «перед жизнью», хотя все окружающие ее считают «сильной» женщиной. Отмечает сложные отношения с дочерью, поведение которой вызывает у нее болезненное беспокойство. Схематично, «со своей логикой» излагает свои проблемы и болезненные ощущения. Так, убеждена, что даже короткое общение со злоупотребляющим алкоголем соседом по квартире, отрицательно сказывается на ее психическом состоянии; не переносит «его хамства», когда он дома, у нее появляется дрожь во всем теле, которая «порождает» мигрень и другие неприятные ощущения и боли. К своему состоянию относится как к болезненному, подозревая наличие серьезного неврологического заболевания (допускает даже опухоль мозга). Время от времени чувствует внутреннее напряжение, похожее на «натянутую струну». Всегда считала себя «внутренне противоречивой». Тяготится своей болезненной застенчивостью в отношениях с незнакомыми людьми — озабочена тем, что подумают о ней люди «со стороны», поскольку «не умеет общаться с людьми в коллективе» («не могу быть откровенна до конца даже со своими близкими»). Создается впечатление, что пациентка «запуталась в себе» и сердится за это на людей, пытаясь разобраться в своем «трудном» характере. Ищет ободрения и заверения, что с ее психическим здоровьем «все в порядке». Сообщает, что пишет портреты и пейзажи «для себя и родственников», смягчая таким образом «душевное напряжение». Рассказывает, что из художников пациентке созвучны живописцы, изображающие природу, например Левитан, Куинджи. Считает, что «не сможет рисовать природу, как они, поскольку она — «другая». Из литературных предпочтений отмечает роман Шолома Алейхема «Блуждающие звезды», говорит, что «никогда не любила А.П. Чехова — скучно». С большим удовольствием, не отрываясь, прочла роман Жорж Санд «Консуэло». Из произведений Агаты Кристи по душе — произведение «Портрет в интерьере». В беседе выясняется, что с юности больная «смутно» ощущала самостоятельность своего духа по отношению к телу, считая, что это чувство бессмертия души. Будучи холодноватой к людям, отмечает у себя обостренную чувствительность к собакам, особенно — декоративным пуделям, которых часто рисует. Говорит, что

они ей дороже всего («пудель — символ теплой комфортной гармоничной жизни». В супружеской жизни ценит абстрактную семейную схему и подчеркнуто уважительные взаимоотношения больше, чем теплые чувства. В беседе неоднократно повторяет, что в последние годы стала особенно отчетливо понимать, что «гармония — вечна».

В период наблюдения больная была проконсультирована рядом специалистов. *Заключение психолога*: в структуре личности ведущими являются шизоидные и психастенические черты, выраженные на психопатическом уровне; социальная адаптация снижена. *Заключение невролога*: знаков органического поражения ЦНС не выявлено. *Заключение терапевта*: знаков органической патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Пациентка была обследована также с помощью ряда шкал и опросников. Так, в соответствии с кратким характерологическим опросником М.Е. Бурно [4] было установлено, что в структуре характера больной преобладает шизоидный (аутистический) радикал и психастеноподобные переживания. По клинико-психологическому протективному стресс-тесту Вл. Иванова (Болгария) не было выявлено характерных для эндогенного процесса (шизотипического расстройства) нарушений идентификации, амбивалентности, амбитендентности, параноидной симптоматики, резонерства и др., но отмечено наличие характерной для невротического (психопатического) регистра расстройств повышенная эмоциональная реактивность, а также истощаемость, пониженная работоспособность и неустойчивость вегетативной нервной системы.

При использовании теста MMPI (в модификации Л.Н. Собчик [9]) было определено доминирование шкалы психопатии, второй по выраженности была шкала ипохондрии, что говорит о своеобразии личности и сочетании ипохондрической симптоматики с социальной дезадаптацией и внутренней дисгармонией (в широком смысле).

Был поставлен диагноз: «шизоидное расстройство личности» (рубрика F 60.1 по МКБ-10); ипохондрическое расстройство (рубрика F 45.2). Декомпенсация с преобладанием в клинической картине ипохондрических проявлений.

Как видно из данных анамнеза и результатов исследования личности больной, она страдает шизоидным расстройством личности с преобладанием ипохондрии. Об этом свидетельствуют аутистические особенности ее мышления, особенности эмоциональных проявлений и поведения. Это — склонность с детства жить интровертированными духовными переживаниями, схемами, отчетливая психэстетическая пропорция, обнаруживающаяся в обостренной чувствительности к животным и холодноватости к людям; аутопсихический резонанс в ущерб аллопсихическому; типичные по своей структуре шизоидные реакции. Характерологический конфликт проникнут дефензивной аутистичностью, стремлением к обретению аутистической гармонии в жизни, ощущением вторичности материальной реальности. Реальность для больной в данном случае — духовная реальность, красота, гармония. Почвой для декомпенсации в данном случае явилась сложная бытовая ситуация (проживание в коммунальной квартире с зависимым от алкоголя соседом) в совокупности с непростыми отношениями с дочерью. Декомпенсация сказалась в значительном углублении шизоидного расстройства личности и ипохондрических переживаний. Она представлена следующими явлениями: страх заболеть серьезным соматическим или психическим заболеванием; навязчивые размышления ипохондрического характера; тревожное расстройство с симптомами агорафобии, тревожные болезненные сомнения, душевная инертность; соматоформная вегетативная дисфункция мочеполовой сферы. Но подчеркнем, что в личности больной нет эндогенно-процессуальных проявлений.

Учитывая известное сходство клинических проявлений шизоидной психопатии в стадии декомпенсации с проявлениями эндогенного шизотипического расстройства, было необходимо их диагностически дифференцировать. Дифференциальным критерием, подтверждающим наличие шизоидного расстройства личности, а не шизофрении, является тетрада Ганнушкина [7]: 1) наличие патологических свойств личности, дезадаптирующих человека в обществе, обращающих внимание своей болезненностью (в данном случае — это аутистичность мышления, чувствования, аутистические особенности поведения в отношении с людьми и т.п.); 2) стойкость патологических свойств личности с возможностью компенсации, декомпенсации (на протяжении всего жизненного пути указанные характерологические свойства имели место; в зависимости от того, насколько удавалось пациентке найти благоприятную для своей аутистичности обстановку и выразить себя, она была более или менее компенсирована); 3) тотальность патологических свойств личности, пронизывающих личность в целом; 4) врожденность указанных патологических свойств, тотальных свойств личности (с раннего детства и на протяжении всей жизни пациентка была психологически сложной, имела ограниченное число контактов, предпочитала индивидуальную деятельность работе в коллективе).

Характерно, что первая декомпенсация произошла в пубертатном периоде. Впоследствии психопатические свойства обострялись до уровня субкомпенсации во время изменения условий жизни, на фоне психотравмирующих ситуаций. Периоды субкомпенсаций сменялись периодами компенсаций, когда пациентка адаптировалась к микросреде либо изначально попадала в благоприятные для себя условия. Против шизотипического расстройства в данном случае свидетельствуют следующие признаки: указанная выше типичная для психопатии динамика состояния; отсутствие в анамнезе указаний на перенесенные эндогенно-процессуальные эпизоды; отсутствие качественных эндогенно-процессуальных сдвигов в структуре личности, отсутствие проявления схизиса; отсутствие признаков снижения психической активности; отсутствие расстройств психотического уровня; имеющаяся в данном случае тесная связь переживаний и поведенческих реакций со структурой данной шизоидной личности и их определенная психологическая адекватность. Так, психэстетическая пропорция также психологически понятна: чувствительна к тому, что выражает свою изначальную духовную реальность (красота, символы, гармония в природе, живописи, семейной жизни и т.д.) и холодноватость, формальность к людям — сослуживцам, родственникам. Цельность и сохранность личности, ее интересов и руководящих тенденций, что особенно хорошо наблюдается в стадии компенсации; с возрастом все более выявляющая соответствующая аутистическая индивидуальность: личность становится внутренне богаче, тоньше, совершеннее (при шизофрении же происходит стереотипизация лич-

ности, утрата своеобразия); тест MMPI, а также стресс-тест Вл. Иванова не выявили характерные для шизофрении проявления; тягостные ипохондрические ощущения при шизофрении нередко носят характер вычурных, причудливых, необычных.

Проводилась также дифференциальная диагностика с психастенической психопатией. В пользу шизоидной психопатии говорит следующее: 1) аутистичность мышления (ощущение самостоятельности своего Духа по отношению к телу, ощущение вечности Истины и Гармонии, погружение в свой внутренний мир, сложная внутренняя переработка своих переживаний, поиск Смысла жизни, склонность к сновидной живописи, концептуальности подхода к собственной творческой деятельности и т.д.); 2) раннее становление шизоидных черт (с раннего детства была формально-бескомпромиссной с выраженными трудностями в адаптации к новой обстановке и малой контактностью со сверстниками (при сознательном стремлении к разнообразному формальному общению внутренне всегда этим несколько тяготилась, получая настоящее удовольствие в рисовании, чтении, размышлении наедине с собой; отношения в семье, несмотря на «доверительную атмосферу», всегда оставались формальными); 3) стойкие идеализированные, не соответствующие реальности представления о взаимоотношениях в семье, с друзьями и в коллективе (рабочем, учебном и др.).

Таким образом, есть достаточно оснований полагать, что речь идет не об акцентуации характера, а о психопатии. При акцентуациях имеет место фрагментарность, изолированность чрезмерно выраженных черт характера; в данном же случае мы имеем дело с патологическими личностными чертами, пронизывающими личность в целом.

Лечение больной проводилось амбулаторно в условиях психотерапевтического кабинета поликлиники при Городской клинической больнице №71, где она получала как индивидуальную психотерапию, так и групповую по специально разработанному нами варианту метода ТТСБ для пациентов со специфическими расстройствами личности с преобладанием ипохондрии.

Ранее нами указывалось, что в психотерапевтической помощи пациентам с шизоидным складом характера важно считаться с автономностью их личности, опираться на нее. Необходимо было помочь больной недеректив но освободиться от «ярлыков» критического отношения к себе, понять себя через позитивное самовосприятие и, таким образом, приблизиться к самоподдержке и самопринятию. Благодаря ее достаточно высокому стремлению понять себя и окружающих людей, достаточно быстро сложились доверительные отношения.

Индивидуальные беседы были направлены на коррекцию болезненных реакций, связанных с осознанием своей «инородности», так как пациентка полагала, например, что с точки зрения окружающих она является «ненужной, холодной, самовлюбленной эгоисткой». Помогло следующее высказанное психотерапевтом положение: «сосредоточенность на себе не есть разрушительность или эгоизм, а есть склонность творческого человека использовать свою личность как главный инструмент познания». Важным в индивидуальных беседах для больной явилось также обсуждение вопроса о том, что ее «ощущение, будто она — одна» является кажущимся, поскольку среди людей немало таких же, как она — одиноких и замкнутых. С целью освободиться от ипохондрии в индивидуальных беседах применялась симптоматическая психотерапия. Например, прием парадоксальной интенции Франкла, концептуально-вдохновляющая психотерапия (элементы воздействия, символичности, отвечающие тяге пациентки к гармонии, красоте).

К терапии творческим самовыражением больная сначала относилась с недоверием, на каждом занятии она доброжелательно-холодно высказывала в этом отношении свое мнение, подчеркивая, что характер человека многогранен и сложен и «его не так просто уложить в несколько типов». На занятиях держалась несколько обособленно, «сама в себе», не сразу обратила на себя внимание группы. Заинтересовалась книгой «О характерах людей» [5] — нашла там поначалу «свой» случай пациентки с навязчивым страхом забеременеть, расспрашивала о диагнозе в описанном клиническом случае с тревожными опасениями. Но затем постепенно стала вовлекаться в групповые занятия. На одном из них сделала доклад о художнике А. Иванове. Достаточно четко и по существу рассказала о нем, обозначив имевшиеся у него некоторые болезненные проявления. При этом для себя уяснила суть его полифонического характера и убедилась, что у нее нет «этой мозаики», а значит и нет «болезненного процесса». Начертила даже таблицу, где указала каждый характерологический радикал и его особенности. Этой таблицей в последующем, когда шла речь о характерах человека, пользовалась вся группа. Потом говорила, что она «прочувствовала», «прожила» групповые занятия, особенно адекватными были для нее групповые занятия творчеством по нашему варианту ТТСБ, касавшиеся тем «Любовь и творчество», «Кошка и собака», «Об одном «психотерапевтическом утешении», «Чтобы собрать свое «Я», «К особенностям переживания природы аутистом» [3]. Со временем сблизилась с участниками группы, ненавязчиво ровно общалась со всеми, но активно свои переживания не раскрывала. На занятии по характеру М. Лермонтова активно высказывалась, заметила, что в «Герое нашего времени» некоторые персонажи, несмотря на уродливую внешность («как будто автор специально наделил их такой внешностью»), имеют «сильный» внутренний стержень. Характер Лермонтова обозначила кратко — «характер-сингл», т.е. близкий ей замкнуто-углубленный характер аутиста. Располагая сведениями о разных характерах, пыталась разобраться в себе и вначале говорила, что «похожа на ананкаста, но не уверена», в последующем же пришла к выводу, что у нее «замкнуто-углубленный» характер.

Через несколько занятий у больной значительно уменьшились тревога, вегетосоматические нарушения, «стала меньше обращать внимание на неприятные ощущения в теле», «научилась расслабляться». Поняла, что чем теплее она будет относиться к людям, тем больше они ее будут понимать. Нашла свой способ общаться с участниками группы, пригласив их на «уроки рисования» к себе домой. К концу курса лечения по нашему методу пришла к своему собственному концептуальному аутистическому творчеству, что помогло ей проникнуться вдохновением: стала изготавливать куклы, создавая из них целые композиции из известных сказок («Снежная королева», «Кот в сапогах» и др.). Благодаря этому достаточно индивидуальному творчеству, нашла способ улучшить свое материальное состояние, продав эти ком-

позиции за немалые деньги. Была благодарна занятиям, возможности общения в группе (чего «всегда очень не хватало»), с интересом изучала характеры других ее участников. Занятия в группе помогли ей наладить отношения и с дочерью. Более того, она начала изучать нюансы формирования ее личности.

После окончания лечения вела переписку по электронной почте с врачом. Эти письма отличались содержательностью, в них имелись размышления о характерах, о занятиях в группе и творчестве. Окончательно осознав в себе аутистическое, отметила, что с этих пор ей стало легче понимать многое в себе, творить по-своему, «с целительным вдохновением в душе», отступило чувство враждебности мира. Писала, что «открытие себя в большом и ежедневных мелочах было волнующим».

Тревожные опасения по поводу своего здоровья у больной оставались еще длительное время, но высокая мотивация «разобраться в себе» сглаживала психопатические черты и больная социально адаптировалась, у нее со временем ослабели проявления ипохондрии.

В данном случае четкое улучшение в состоянии больной стало отмечаться при индивидуальных занятиях после 1-го месяца, а при краткосрочной групповой терапии по нашему варианту метода ТТСБ — с 9-го занятия. О полной стабилизации (компенсации) состояния пациентки можно говорить после окончания групповой терапии (12 занятий). Если при индивидуальных занятиях стабилизация состояния продолжалась в течение 1—3 мес, то после окончания курса краткосрочной терапии — около 2 лет.

Катамнез. Наблюдение больной в течение 2 лет показало, что ее психическое состояние остается стойким на уровне достигнутого улучшения. Она пишет дневник, рисует, создает куклы и кукольные композиции. Создала в интернете свой сайт, где с удовольствием публикует собственные стихи и короткие рассказы; коллекционирует свои «близкие по душе» художественные работы, с помощью которых смогла «заглянуть в себя», принять себя такую, какая есть. Считает, что благодаря познанию себя, ей удается не пугаться своих расстройств, не теряться перед ними, как прежде. Отмечает, что стала спокойнее относиться и к жизненным трудностям, научилась испытывать наслаждение в общении, творчески воспринимать окружающее.

Таким образом, в результате психотерапевтического воздействия творческим самовыражением отмечено значительное улучшение психического состояния больной. С помощью терапии творческим самовыражением удалось достичь стойкой компенсации шизоидного расстройства личности и ипохондрических проявлений.

Эффективность терапии в данном случае можно оценить как достаточно высокую, поскольку пациентка в настоящее время не нуждается в помощи психотерапевта. Хотя представленный случай не позволяет делать обобщающие выводы, учитывая творческую профессию пациентки (художник), он тем не менее иллюстрирует способность разработанного нами варианта метода ТТСБ положительно влиять на расстройства личности больных, в клинической картине которых преобладает ипохондрия.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бурно М.Е.* К уточнению клинического понятия «психастеническая психопатия» (краткая история и современное состояние вопроса). Журн невропатол и психиат 1974; 74: 11: 1726—1742.
2. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. М: Медицина 1989; 304.
3. *Бурно М.Е.* Клиническая психотерапия. Академический проект 2006; 550.
4. *Бурно М.Е.* Краткий характерологический опросник (М.Е. Бурно). Успехи теоретической и клинической медицины: Материалы научных исследований Российской медицинской академии последипломного образования. М: РМАПО 2007; 7: 2: 158—160.
5. *Бурно М.Е.* О характерах людей (психотерапевтическая книга). Изд. 3-е, испр, и доп. М: Академический Проект; Фонд «Мир» 2008; 639.
6. *Бурно М.Е., Игровская А.С.* Психотерапия пациентов с расстройствами личности, характеризующимися преобладанием ипохондрии. Журн неврол и психиат 2008; 12: 27—32.
7. *Ганнушкин П.Б.* Клиника психопатий. Их статика, динамика, систематика. М: Север 1933; 143.
8. *Гоголевич Т.Е.* Краткосрочная терапия творческим самовыражением пациентов с шизоидной и психастенической психопатиями в стадии декомпенсации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1998; 26.
9. *Собчик Л.Н.* Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМИЛ (MMPI). Практическое руководство. М: Речь 2007; 224.