

## **Общая характеристика психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10)**

---

Maksymenko K.S. General characteristics of the psychological specificity of non-psychotic personality disorders (according to ICD-10) / K.S. Maksymenko // Problems of Modern Psychology : Collection of research papers of Kamianets-Podilskyi Ivan Ohienko National University, G.S. Kostyuk Institute of Psychology at the National Academy of Pedagogical Science of Ukraine / scientific editing by S.D. Maksymenko, L.A. Onufrieva. – Issue 30. – Kamianets-Podilskyi : Aksioma, 2015. – P. 360–371.

---

**К.С. Максименко. Загальна характеристика психологічної специфіки непсихотичних особистісних розладів (за МКХ-10).** Констатується, що в клінічній картині психогеній простежується чіткий зв'язок між особливостями характеру і способом реагування при дії психотравми: інтенсивність і гострота емоційного й особистісного реагування залежить від вродженно-конституціональних і характерологічних особливостей індивіда. Встановлено, що дія психотравмуючих подій провокує виникнення декомпенсацій, що закріплюють невротичну поведінку і загострюють патологічні риси. Встановлено, що соматогенії в цій проблематиці досі не знайшли достатнього відображення. Досліджено, що психологічна специфіка непсихотичних розладів виражається в: 1) надмірно інтенсивному, неадекватному, невідповідному силі стимуляції емоційному реагуванні, провокує виникнення поведінкових порушень, супроводжуваних невротичними і психопатичними симптомами; 2) таких, що не досягають рівня патології когнітивних порушеннях, проте роблять істотний вплив на поведінку, адаптивні можливості особистості і характер взаємодії з оточуючими; 3) у порушенні системи відносин особистості: до себе, до інших людей і світу в цілому. Встановлено, що метою психотерапевтичного впливу в клініці непсихотичних розладів є досягнення саногенного ефекту шляхом активації основних механізмів особистісної трансформації пацієнта, яка відбувається завдяки специфічним психотерапевтичним впливам і інтервенціям. Зроблено висновок, що завданнями психотерапії пацієнтів із соматичними захворюваннями є корекція неефективних механізмів психологічного захисту, корекція внутрішньої картини хвороби та адаптація до хвороби, корекція наслідків впливу хвороби на психіку, а також формування адаптивних способів поведінки, а головна ж мета психотерапевтичної допомоги при соматогенних полягає у відновленні особистісного «Я» пацієнта.

**Ключові слова:** психологічна специфіка непсихотичних особистісних розладів, клінічна картина, психотравма, психотерапевтичний вплив, психотерапевтична допомога, відновлення, особистісне «Я», пацієнт, психотерапія.

**К.С. Максименко. Общая характеристика психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10).** Констатируется, что в клинической картине психогений прослеживается четкая связь между особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы: интенсивность и острота эмоционального и личностного реагирования зависит от врожденно-конституциональных и характерологических особенностей индивида. Установлено, что действие психотравмирующих событий провоцирует возникновение декомпенсаций, закрепляющих невротическое поведение и обостряющих патологические черты. Установлено, что соматогении в этой проблематике до сих пор не нашли достаточного отображения. Исследовано, что психологическая специфика непсихотических расстройств выражается в: 1) чрезмерно интенсивной, неадекватной, несоответствующем силе стимуляции эмоциональном реагировании, провоцирующем возникновение поведенческих нарушений, сопровождаемых невротическими и психопатическими симптомами; 2) не достигающих уровня патологии когнитивных нарушениях, однако оказывающих существенное влияние на поведение, адаптивные возможности личности и характер взаимодействия с окружающими; 3) в нарушении системы отношений личности: к себе, к другим людям и миру в целом. Установлено, что целью психотерапевтического воздействия в клинике непсихотических расстройств является достижение саногенного эффекта путём активации основных механизмов личностной трансформации пациента, которая происходит благодаря специфическим психотерапевтическим воздействиям и интервенциям. Сделан вывод, что задачами психотерапии пациентов с соматическими заболеваниями являются коррекция неэффективных механизмов психологической защиты, коррекция внутренней картины болезни и адаптация к болезни, коррекция последствий влияния болезни на психику, а также формирование адаптивных способов поведения, а главная же цель психотерапевтической помощи при соматогениях состоит в восстановлении личностного «Я» пациента.

**Ключевые слова:** психологическая специфика непсихотических личностных расстройств, клиническая картина, психотравма, психотерапевтическое воздействие, психотерапевтическая помощь, восстановление, личностное «Я», пациент, психотерапия.

**Постановка проблемы.** В современной психиатрии и медицинской психологии сложилась традиция дифференцировать психические расстройства по принципу «психотическое-непсихотическое», определяющему уровень психических расстройств, своеобразную глубину и выраженность психопатологической картины заболевания. Психотический уровень расстройства пси-

хической деятельности во всех случаях оценивается как состояние более «тяжелое», чем непсихотическое (Менделевич, 2005).

Можно по-разному именовать личностные особенности, о которых пойдёт речь: своеобразие характера, характерологический радикал, личностная акцентуация и т.п. Мы будем придерживаться предельно четкого, возможно несколько ригористичного, но зато вполне определенного термина, который, на наш взгляд, делает нашу задачу более выпуклой и определённой – «личностное расстройство».

**Цель нашей работы** – подготовить общую характеристику психологической специфики непсихотических личностных расстройств (по МКБ-10).

**Результаты исследования.** Психотический уровень расстройств характеризуется тяжелым нарушением психических функций, нарушением психологического контакта с реальной действительностью, дезорганизацией деятельности, поведением, представляющим опасность для больного и окружающих, отсутствием критики к своему состоянию. Психотические расстройства касаются таких сфер психической деятельности как восприятие, память, мышление, эмоции, сознание, а также выражаются в таких симптомах и синдромах как галлюцинации, бред, разорванность и бессвязность мышления, шперрунг, аутизм, амбивалентность, расстройство сознания, выраженное возбуждение и гиперактивность, психомоторная заторможенность и кататоническое поведение.

Непсихотический уровень расстройств характеризуется, прежде всего, наличием критики к своему состоянию, адекватной оценкой окружающей действительности, которые проявляются в дифференциации болезненных субъективных ощущений (симптомов) и объективной реальности. Поведение больного, хотя и может нарушаться, чаще всего не представляет опасности для самого больного или окружающих и находится в рамках социально принятых норм. К непсихотическим расстройствам принято относить психогенные нарушения (невроты, патологические реакции на стресс, соматизированные и соматоформные расстройства), расстройства личности, а также невротоподобные и психопатоподобные проявления при органических заболеваниях головного мозга, соматических заболеваниях (Лакосина, 1994, с.28).

Однако, в Международной классификации болезней ВОЗ десятой версии (МКБ-10) отсутствует традиционное разделение на невроты (непсихотические расстройства) и психозы (психотические расстройства), чего нет ещё в девятой версии. В МКБ-9 выделяли группы «органические психозы» и «другие психозы»,

а также группу «невроты, расстройства личности (психопатии) и другие непсихотические расстройства» (Бауманн, Перре, 2002). Составители МКБ-10 объясняют такое положение наличием теоретических и концептуальных проблем в определении точности понятий «невроз» и «психоз» и практической дифференциации симптоматики: «всякий раз возникали вопросы о введении таких сложнейших понятий как «инсайт» (критическое отношение к своему психическому состоянию) и «контакт с реальностью», а также о привлечении гипотетических механизмов психологической защиты, которые отнюдь не относятся к общепризнанным концепциям даже в условиях той культурной среды, из которой берут начало» (Карманное руководство к МКБ-10. – 2000. – С. 364). В связи с этим остаётся открытым вопрос о том, какие расстройства из последней версии Международного классификатора болезней можно отнести к непсихотическим.

По данным большинства отечественных авторов непсихотическими считаются две группы расстройств, которые до недавнего времени именовались «невроты» и «психопатии», а в современной терминологии «невротические расстройства» и «расстройства личности». Для отечественной психиатрии достаточно длительное время была распространена точка зрения, что невроты возникают, как правило, у психопатических личностей как самостоятельное психическое расстройство, острая реакция на психотравмирующее событие. Позже закрепилось представление о том, что невроты неспецифичны личностям, страдающим психопатиями или с выраженными психопатичными чертами характера. Таким образом, принципиальным считалось разделение невротозов и психопатий (Карвасарский, 1990). Данные группы расстройств действительно существенно отличаются по глобальности и длительности личностных изменений, вкладу психогенных и конституциональных факторов, степени критичности к собственному состоянию. Так при невротических расстройствах наблюдаются парциальные личностные нарушения с сохранённым критическим отношением к болезни и способностью адаптироваться к окружающей среде, а при расстройствах личности наблюдаются глобальное нарушение характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида, нарушения социальной адаптации, частичное осознание собственного болезненного состояния, критика некоторых аспектов может вообще отсутствовать.

Однако общим для невротозов и психопатий является возникновение декомпенсаций в ответ на различные психотравмати-

ческие воздействия, вследствие чего ярко выражены нарушения эмоционально-волевой сферы, нарушения социального взаимодействия при отсутствии патопсихологических нарушений, в первую очередь мышления и сознания. Неврозам и психопатиям не свойственно возникновение личностного дефекта. Таким образом, исходя из традиционного представления отечественной психиатрии, расстройства непсихотического уровня в МКБ-10 могут быть представлены большинством расстройств из рубрики «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (F40-48), а также некоторыми группами расстройств рубрики «Расстройства зрелой личности и поведения у взрослых» (F60-69), в первую очередь «специфическими расстройствами личности» (F60).

Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства в МКБ-10 определяются как связанные с психологическим стрессом, что соответствует представлениям о психогенной природе невротических нарушений, которая определяется существованием связи между клинической картиной невроза, особенностями системы отношений и патогенной конфликтной ситуацией. Отечественными авторами невроз понимается как психогенное конфликтогенное нервно-психическое расстройство, возникающее в результате нарушения особо значимых жизненных отношений человека, и проявляющегося в специфических клинических феноменах при отсутствии психотических явлений (Бурно, 2000; Макаров, 2001; Карвасарский, 1990; Свядоц, 1982 и др.). Для невротических расстройств свойственно доминирование в клинической картине эмоционально-аффективных и соматовегетативных нарушений, а также обратимость этих нарушений, независимо от их длительности. Таким образом, расстройства, традиционно именовавшиеся «невроз», в МКБ-10 представлены следующими нозологическими формами: неврастения (F48.0), диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44), обсессивно-компульсивные расстройства (F42), тревожно-фобические расстройства (F40), другие тревожные расстройства (F41). В качестве непсихогенных психотических нарушений можно рассматривать также реакции на тяжелый стресс и адаптационные расстройства (F43) и соматоформные расстройства (F45).

Специфические расстройства личности (F60) определяются в МКБ-10 как «тяжелые нарушения характерологической конституции и поведенческих тенденций индивида», которые «охватывают несколько сфер структуры личности, оно почти всегда сопровождается значительным субъективно переживаемым

дистрессом и социальной дезадаптацией». Авторы МКБ-10 выделяют следующие диагностические критерии специфических расстройств личности. «Паттерны внутренних переживаний и поведения в целом существенно отклоняются от ожидаемых в соответствующей культурной среде и выходят за рамки приемлемого диапазона (или «нормы»)». Такое отклонение 1) имеет «общий, всепроникающий характер, проявляясь как негибкое, дезадаптивное поведение в широком диапазоне разнообразных личностных и социальных ситуаций»; 2) «является стабильным и наблюдается в течение длительного времени, начиная с подросткового возраста»; 3) «оказывает неблагоприятное воздействие на социальное окружение» индивида (Карманное руководство к МКБ-10, 2000, с. 230-231). Эти критерии вполне соответствуют диагностическим критериям психопатии, выделенным П.Б. Ганнушкиным (2007) и О.В. Кербиковым (1962): тотальности (одни и те же черты обнаруживаются в разных сферах жизни) и устойчивости, т.е. свойству патопсихологических черт проявляться в течение всей жизни, подвергая постоянным срывам процессы социальной адаптации. Расстройства личности в МКБ-10 представлены следующими нозологическими формами: параноидная (F60.0), шизоидная (F60.1), диссоциальная (F60.2), эмоциональная неустойчивая (F60.3), демонстративная (F60.4), ананкастическая (F60.5), тревожная (уклоняющаяся) (F60.6), зависимая (F60.7).

Обозначив круг расстройств, подлежащих анализу, приступим к характеристике их психологической специфики. Прежде всего, стоит определить значение психической травмы для невротических и личностных расстройств. Под психической травмой, как правило, понимают жизненное событие, затрагивающее значимые стороны существования человека и приводящее к глубоким психологическим переживаниям. В качестве психотравмы рассматривают отдельные стимулы (объекты или действия), эпизоды (значимые события), ситуации, окружение и среду (совокупность физических и социальных переменных внешнего мира). Существуют разные точки зрения относительно связи содержания психической травмы с невротической симптоматикой. Так, К.Ясперс считал, что между психотравмой и симптомами невроза существуют психологически понятные связи. Э.Кречмер настаивал на том, что психогенное заболевание возникает в ответ не на любую психическую травму, а лишь на ту, которая затрагивает особо значимые стороны отношений больного, зависимые от особенностей его характера. В.Н.Мясищев разделил психотравмы на объективно-значимые (значимость которых можно считать

высокой для подавляющего числа людей) и условно-патогенные (вызывающие переживания, в силу особенностей иерархии ценностей человека), подчеркивая тем самым семантическую роль события и определяющее значение отношение личности к психотравмирующей ситуации как патогенной. Он считал, что ситуация становится патогенной при условии невозможности её рациональной переработки, её преодоления или отказа от неосуществимых влечений. В.Н.Мясищев также подчёркивал наличие содержательной связи между характером психотравмы, клиническими проявлениями невроза и патологической фиксацией на фрустрации и связанных с нею переживаниях.

Психотравмирующие события существенно сказываются и на динамике расстройств личности. Так, Ю.А. Александровский (Александровский, 2000) выделяет два типа динамики расстройств личности, один из которых соответствует возрастным кризам, а второй обусловлен стрессовыми, главным образом психотравмирующими воздействиями. Наиболее общий механизм «психотравмирующей» динамики он описывает как сменяющие друг друга компенсацию и декомпенсацию личностных особенностей. Декомпенсация, по мнению Ю.А. Александровского, проявляется в заметном обострении всех присущих личности черт. Компенсация является более или менее адекватным приспособительным механизмом к микросоциальной среде, что обеспечивает возможность адаптации. Таким образом, действие психотравмы не вызывает расстройство личности, а существенно обостряет психопатические черты. Из вышесказанного следует, что психотравма, в большинстве случаев, имеет сугубо субъективное значение и оказывает психогенное влияние при условии «низкой чувствительности» личности к подобного рода стрессорам.

Реакция на травматическое событие, с одной стороны, зависит как от характеристики психотравмы, внезапности её возникновения и интенсивности влияния, а с другой, – от индивидуальных особенностей восприятия, оценки, интерпретации данного события (содержательная сторона). Специфичными являются реакции на стрессовые жизненные события, которые возникают независимо от индивидуально-психологических особенностей личности. Стресс может иметь универсальные характеристики, нивелирующие необходимость учитывать индивидуальную уязвимость для объяснения его сильного воздействия на личность. В МКБ-10 выделяют отдельные нозологические формы расстройств, имеющих отчетливую временную и причинную связь с объективно значимым психотравмирующим событием. Такие

расстройства развиваются у лиц, не страдающих какими-либо иными психическими патологиями, ранее не имевших расстройства личности и даже акцентуации личностных черт, возникают как дезадаптивные реакции на острый тяжелый стресс или пролонгированную психотравму, приводя к нарушению социального функционирования. Длительность и характер реакции на психотравмирующее воздействие определяет нозологическую форму расстройства. Острая реакция на стресс (F43.0) длится от нескольких часов до нескольких дней и проявляется в быстро изменчивой симптоматике, включающей состояние «оглушения» с некоторым сужением поля сознания и объёма внимания, дезориентацию, неспособность адекватного реагирования, а также возможны периоды ажитации и гиперактивности, панической тревоги с вегетативными проявлениями, гнева и вербальной агрессии; иногда развивается частичная или полная амнезия на время эпизода. Расстройство адаптации (F43.2) возникает в период приспособления к значительному изменению в жизни или стрессовому жизненному событию, проявляется состояниями субъективного дистресса и эмоциональными нарушениями, появившимися в течение месяца после действия психосоциального стрессора и длящимися не более полугода, что приводит к нарушению социального функционирования и снижению продуктивности. Эмоциональные нарушения при этом типе расстройства представлены, как правило, депрессивным (горе, понижение настроения, склонность к уединению) или тревожным (беспокойство, неуверенность, тревога и страх, спроецированные в будущее, ожидание несчастья) вариантами, также возможно агрессивное реагирование. Посттравматическое стрессовое расстройство (F43.1) возникает как отсроченная или затяжная реакция на стрессовое событие исключительно угрожающего или катастрофического характера, выходящего за рамки обыденных житейских ситуаций, которое способно вызвать дистресс практически у любого человека, такими как боевые действия, террористические атаки, природные и искусственные катастрофы, насилие и пытки. Типичными признаками этого расстройства являются эпизоды повторного переживания психической травмы в виде навязчивых воспоминаний, кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни и эмоциональная притупленность, раздражительность или вспышки гневливости, повышенная боязливость, избегание деятельности и ситуаций, напоминающих стрессовую или связанных с ней. Вследствие длительного посттравматического стрессового расстройства может развиться «стойкое изменение

личности после перенесенного катастрофического переживания» (F62.0), которое проявляется значительными изменениями в паттерне поведения, восприятия и мышления, отношения к окружению и самому себе, сохраняющееся в течение не менее двух лет после перенесенного катастрофически сильного или чрезмерно длительного стресса. Данное расстройство характеризуется враждебным или недоверчивым отношением ко всему внешнему миру, социальной отгороженностью, тотальным чувством опустошенности или безнадежности, длительным депрессивным настроением, внутренней напряженностью и хроническим ощущением нависшей угрозы, отчужденностью, тенденцией отстраниться от реальности с помощью наркотических веществ или алкоголя.

Таким образом, действие стрессовых жизненных событий отражается, в первую очередь, на особенностях эмоционального реагирования – вызывает депрессивные и тревожные переживания или агрессивные реакции, обязательным компонентом которого являются и соматовегетативные функциональные нарушения. Также нарушаются некоторые познавательные функции: сужение внимания, дезориентация, амнезия при острой реакции на стресс; навязчивые воспоминания, нарушение способности к интеграции травматического опыта с другими событиями жизни при ПТРС, что в целом, приводит к общей и социальной дезадаптации, социальной отгороженности и отчужденности, изменению отношению к другим и самоотношения. Однако такой тип реагирования на психотравму мало отражает ее содержательный аспект и не является «лично специфическим».

**Выводы.** В клинической картине психогений прослеживается четкая связь между особенностями характера и способом реагирования при действии психотравмы: интенсивность и острота эмоционального и личностного реагирования зависит от врожденно-конституциональных и характерологических особенностей индивида. Действие психотравмирующих событий провоцирует возникновение декомпенсаций, закрепляющих невротическое поведение и обостряющих патологические черты. Реакция на психотравмирующее событие может выражаться в доминировании вегетативных и соматических симптомов, при отходе на второй план собственно психопатологических. Соматогении в этой проблематике до сих пор не нашли достаточного отображения.

Психологическая специфика непсихотических расстройств выражается: во-первых, в чрезмерно интенсивном, неадекватном, несоответствующем силе стимуляции эмоциональном реагировании, провоцирующем возникновение поведенческих

нарушений, сопровождаемых невротическими и психопатическими симптомами. Во-вторых, в не достигающих уровня патологии когнитивных нарушениях, однако оказывающих существенное влияние на поведение, адаптивные возможности личности и характер взаимодействия с окружающими. В-третьих, в нарушении системы отношений личности: к себе, к другим людям и миру в целом.

Целью психотерапевтического воздействия в клинике непсихотических расстройств является достижение саногенного эффекта путём активации основных механизмов личностной трансформации пациента, которая происходит благодаря специфическим психотерапевтическим воздействиям и интервенциям. Механизмы лечебных воздействий психотерапии выступают теми внутренними условиями психотерапевтической ситуации, которые обеспечивают факторизацию всех саногенных воздействий в процессе психотерапии, и служат пояснительными моделями эффективности психотерапевтических воздействий.

Перспектива развития психотерапии состоит в поиске общих механизмов лечебных воздействий для всех психотерапевтических школ и направлений, независимо от их теоретической направленности в восприятии базовых принципов психотерапевтического процесса. Модели общих универсальных психотерапевтических механизмов предложены многими зарубежными и отечественными авторами, где в качестве базовых механизмов лечебных воздействий и специфических интервенций выделяют следующие: конфронтацию, понимание, инсайт, интерпретацию, предоставление информации, корригирующее эмоциональное переживание, катарсис, акцептацию (принятие, эмпатию, позитивное отношение), научение, приобретение навыков совладающего поведения, активацию ресурсов, самораскрытие и самоисследование. Эти базовые механизмы охватывают все три плоскости личностной трансформации пациента – когнитивную, эмоциональную и поведенческую. Главная же цель психотерапевтической помощи при соматогениях состоит в восстановлении личностного «Я» пациента.

#### **Список использованных источников**

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский. – М. : Медицина, 2000. – 496 с.
2. Бауманн У. Клиническая психология / У. Бауманн, М. Перре; [пер. с нем. А.Желнин и др.]. – [2-е междунар. изд.] – СПб. : Питер, 2003. – 1312 с.

3. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия. – [2-е изд.] / М.Е. Бурно. – М. : Академический проект, 2000. – 800 с.
4. Ганнушкин П.Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика / П.Б. Ганнушкин. – М. : Медицинская книга, 2007. – 124 с.
5. Карвасарский Б.Д. Психотерапия / Б.Д. Карвасарский. – М. : Медицина, 1990. – 303 с.
6. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер; Под ред. Дж.Э.Купера; [Пер. с англ. Д. Полтавца]. – К. : Сфера, 2000. – 464 с.
7. Кербиков О.В. К учению о динамике психопатий / О.В. Кербиков // Избранные труды / О.В. Кербиков. – М. : Медицина, 1962. – С. 163–187.
8. Лакосина Н.Д. Неврозы, невротические развития личности: клиника и лечение : монография / Н.Д. Лакосина, М.М. Трунова. – М. : Медицина, 1994. – 192 с.
9. Макаров В.В. Психотерапия нового века / В.В. Макаров. – М. : Академический Проект, 2001. – 496 с.
10. Свядоц А.М. Неврозы. – [3-е изд., перераб и доп.] / А.М. Свядоц. – М. : Медицина, 1982. – 368 с.

#### **Spisok ispol'zovannyh istochnikov**

1. Aleksandrovskij Ju. A. Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva / Ju. A. Aleksandrovskij. – М. : Medicina, 2000. – 496 s.
2. Baumann U. Klinicheskaja psihologija / U. Baumann, M. Perre; [per. s nem. A.Zhel'nin i dr.]. – [2-e mezhdunar. izd.] – SPb. : Piter, 2003. – 1312 s.
3. Burno M. E. Klinicheskaja psihoterapija. – [2-e izd.] / М.Е. Burno. – М. : Akademicheskij proekt, 2000. – 800 s.
4. Gannushkin P.B. Klinika psihopatij, ih statistika, dinamika, sistematika. / P.B. Gannushkin. – М. : Medicinskaja kniga, 2007. – 124 s.
5. Karvasarskij B.D. Psihoterapija / B.D. Karvasarskij. – М. : Medicina, 1990. – 303 s.
6. Karmannoe rukovodstvo k МКБ-10: Klassifikacija psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv (s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami) / Sost. Dzh.Е.Купер; Pod red. Dzh. Е.Купера; [Per. s angl. D. Poltavca]. – К. : Sfera, 2000. – 464 s.
7. Kerbikov O.V. K ucheniju o dinamike psihopatij / O.V. Kerbikov // Izbrannye trudy / O.V. Kerbikov. – М. : Medicina, 1962. – S. 163–187.

8. Lakosina N.D. Nevrozy, nevroticheskie razvitija lichnosti: klinika i lechenie : monografija / N.D. Lakosina, M.M. Trunova. – M. : Medicina, 1994. – 192 s.
9. Makarov V.V. Psihoterapija novogo veka / V.V. Makarov. – M. : Akademicheskij Proekt, 2001. – 496 s.
10. Svjadoshh A.M. Nevrozy. – [3-e izd., pererab i dop.] / A.M. Svjadoshh. – M. : Medicina, 1982. – 368 s.

**K.S. Maksymenko. General characteristics of the psychological specificity of non-psychotic personality disorders (according to ICD-10).** It is stated that in the clinical picture of psychogenic there is a clear link between the characteristics of the nature and manner of response under the influence of psychological trauma: the intensity and severity of the emotional and personal response depends on the congenitally-constitutional and characteristic traits of the individual. It is found that the effect of psychotraumatic events provokes decompensations fixing neurotic behavior and exacerbating pathological features. It is established that somatogenics in this issue has not found an adequate display yet. It is studied the psychological specificity of non-psychotic disorders is expressed in: 1) over-intensive, inadequate, inappropriate strength of stimulation of the emotional reactions, provoking behavioral disorders, accompanied with neurotic and psychopathic symptoms; 2) cognitive disorders which do not reach the level of pathology, but have a significant impact on the behavior, adaptive capabilities of the personality and the nature of the interaction with others; 3) violation of the relationship of the personality: to oneself, to other people and to the world in a whole. It is established that the purpose of psychotherapy influence in the clinic of non-psychotic disorders is to achieve sanogenic effect through the activation of the basic mechanisms of personal transformation of the patient, which is due to a specific psychotherapeutic interventions and influences. It is concluded that the objectives of psychotherapy of patients with somatic diseases are the correction of inefficient psychological defense mechanisms, the correction of internal picture of illness and adaptation to the disease, the correction of the effects of the disease's impact on the psyche as well as the formation of adaptive behaviors. The main purpose of the psychotherapeutic aid in somatogenics is to restore the personal «Me» of the patient.

**Key words:** psychological specificity of non-psychotic personality disorder, clinical model, psychological trauma, psychotherapeutic influence, psychotherapeutic assistance, rehabilitation, personal «Me», patient, psychotherapy.

*Received July 10, 2015*

*Revised August 25, 2015*

*Accepted September 22, 2015*