Федеральное агентство по образованию

Государственное образовательное учреждение высшего

профессионального образования

# КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра психологии личности и общей психологии

Психосоматические аспекты депрессии

Работу выполнила студентка 5 курса

Факультет управления и психологии

Специальность «психология»

О.А. Маркина

Краснодар 2010

Оглавление

1. Значение психосоматической патологии в современной медицинской практике

2. Выявление и лечение депрессии

2.1 Выявление депрессии

2.2 Лечение депрессии

**Библиографический список**

1. Значение психосоматической патологии в современной медицинской практике

Психические расстройства приобретают в последние десятилетия особую значимость среди всех классов заболеваний. Выявляемость непсихотических психических расстройств, особенно депрессий, возрастает во всех странах и регионах мира. Особенно часто психические расстройства выявляются у пациентов общесоматических медицинских учреждений: к настоящему времени считается надежно подтвержденным, что клинически значимые проблемы психического здоровья обнаруживаются у пациентов общей медицинской сети. Это, прежде всего, депрессии, тревожные и соматоформные расстройства, т. е. расстройства аффективного спектра. Нарушения аффективной сферы являются одной из наиболее частых форм психической патологии, уступающих по степени тяжести и распространенности лишь астении.

* Распространенность психосоматических нарушений.

Депрессия - это угнетенное или тоскливое настроение, снижение психической и двигательной активности.

Соматизация – это отражение психологических проблем с помощью болезней.

Значительное увеличение числа депрессивных состояний за последние годы обусловлено не столько учащением психических заболеваний, сколько выявлением их более мягких и легких форм, проявляющих известную атипию и клинический полиморфизм. Они складываются из нарушений аффекта, психической активности и нарушений "соматического тонуса". Удельный вес каждого из компонентов этого синдрома определяет различные проявления депрессии - от легкой беспричинной грусти до выраженного психофизического бессилия. По данным П. Пишо, показатели болезненности для депрессивных проявлений составляют 6% взрослого населения. Среди них значительную часть составляют соматизированные (маскированные) депрессии, т. е. депрессивные состояния, основу которых составляют нарушения вышеназванного "соматического тонуса".

По частоте соматизированные депрессии превосходят классические, или "явные", депрессии. Больные с соматизированными депрессиями наблюдаются практически врачами всех специальностей. Однако данные об их частоте не отражают истинной картины распространенности этих состояний, поскольку не являются результатом целенаправленных эпидемиологических исследований.

Состояния, которые описываются как маскированные, были известны давно. В прошлом веке подобные состояния относили к группе эндогенных периодических психозов и обозначали как "неврастеническая меланхолия", "неврастеническая псевдоневрастения", "мягкая форма циркулярного психоза" и т. д.

В психиатрии понятие "депрессия" применялось, по крайней мере, до последнего времени, в отношении выраженных состояний, проявляющихся подавленностью, заторможенностью и требующих в основном стационарного лечения. Этот факт влиял на клиническое мышление врачей всех специальностей, следствием чего явилось почти полное исключение из поля зрения мягких форм депрессий.

* Сущность маскированных депрессий.

Под соматизированными (маскированными) депрессиями принято понимать депрессии, в клинической картине которых на первый план выступают соматические симптомы, а психопатологические проявления остаются в тени, то есть депрессивный аффект скрывается за разнообразными телесными ощущениями. Такие депрессии называют соматизированными, поскольку их клиника исчерпывается расстройствами, обычно характерными для соматических заболеваний, и маскированными, так как собственно депрессивного настроения как такового почти незаметно: оно как бы прячется за проявлениями соматических заболеваний. Несмотря на широкое признание, термин "маскированная депрессия" представляется довольно неопределенным, поскольку обозначение этих состояний, как "депрессия" не совсем адекватно.

В частности, говорить о депрессии в отсутствие депрессивного настроения и других существенных элементов депрессии неправильно и спорно. Хотя все исследователи обозначали подобные состояния, как депрессии, давая им различные названия (ларвированная, маскированная, скрытая, латентная, туманная, стертая, вегетативная, соматизированная депрессия, депрессивные эквиваленты, депрессия без депрессии и т. д.), такое обилие терминов свидетельствует о чрезвычайной сложности проблемы атипичных депрессий, связанной с вопросами этиопатогенеза, клинической дифференциации, нозологической принадлежности, терапии и т. д. При изучении соматовегетативных расстройств в рамках так называемых мягких, легких, атипичных форм депрессивных состояний было отмечено, что клиническая картина заболевания характеризуется доминированием соматических симптомов и нарушений вегетативной нервной системы, которые могут полностью перекрывать лежащую в их основе депрессию. Несмотря на это, следует подчеркнуть, что все они представляют собой "соматические эквиваленты депрессии", иными словами, являются выражением "латентного депрессивного состояния".

* Клинические проявления соматизированной депрессии.

Многие авторы склонны считать, что соматизированная депрессия не является нозологической единицей, а представляет собой симптомокомплекс, одинаково присущий циклотимии, шизоаффективному психозу и приступообразно-прогредиентной шизофрении. Соматизированная депрессия является заболеванием "мимикрическим", т. е. имитирующим все физические субъективные переживания больного на фоне витального снижения настроения, ипохондричности, особого эмоционального отношения к болезни.

Отечественные и зарубежные авторы традиционно рассматривают депрессию в неразрывном единстве психических и соматовегетативных расстройств. В соответствии с диагностическими принципами международной классификации психических заболеваний последнего пересмотра в рамках депрессий наряду с подавленным настроением, утратой интересов, сниженной самооценкой, идеями виновности и уничижения выделяют соматический ("витальный", "биологический", "эндогенноморфный") синдром, включающий нарушения сна (пробуждение по утрам за 2 ч или более до обычного времени), утрату аппетита, потерю массы тела (5% в течение последнего месяца), выраженное снижение либидо. При этом подчеркивается, что соматические симптомы могут присутствовать в клинической картине депрессий различной степени тяжести, а в случаях атипичной гипотимии - являться основным диагностическим критерием.

Термин "депрессия" стал скорее бытовым, нежели медицинским понятием. Не всегда плохое настроение, чувство печали являются признаками болезни - способность к смене настроения есть важнейшая функция человеческой психики. В медицинской практике выделяют ряд заболеваний, сопровождающихся симптомами депрессии, которые условно называют "расстройствами депрессивного спектра". Эти расстройства имеют общие или схожие механизмы возникновения, но протекают по-разному, требуют разного лечения. Данные заболевания изменяют отношение человека к себе, окружающим и к жизни в целом. Анализ причин депрессии, как правило, показывает, что в каждом случае имеется как биологическая причина (предрасположенность), так и неблагоприятное воздействие окружающей среды, однако соотношение этих факторов в каждом случае разное. Проявляется депрессия у всех по-разному, в структуре этого заболевания могут преобладать печаль, тоска, слабость и раздражительность; особой, но очень распространенной формой заболевания является состояние, когда болезнь проявляется только телесными симптомами (боли, неприятные ощущения в груди, животе, рвота и т. п.) практически без признаков сниженного настроения и других психических проявлений.

* Механизмы возникновения маскированной депрессии.

Депрессия, как предполагается, имеет свою эндогенную основу в виде определенных механизмов нейромедиации (в частности, серотониновой) и может включаться в реакцию личности на соматическую болезнь, во многом определяя успех или неуспех лечебно-реабилитационных мероприятий. Согласно общепринятой на сегодня концепции, депрессия - это, в первую очередь, дефицит серотониновой медиации, нехватка серотонина при синаптической передаче. В синаптическую щель молекулы серотонина поступают из везикул пресинаптического нейрона. Освобожденные молекулы связываются с соответствующими рецепторами постсинаптического нейрона, и если их достаточное количество, то эта связь и передача импульса обеспечивают активную деятельность, хорошее настроение, работоспособность.

Часть молекул серотонина из синаптической щели через молекулярный насос поступает обратно в пресинаптический нейрон и здесь разрушается ферментом моноаминоксидазой, содержащейся в митохондриях. Часть серотонина, не успевшая разрушиться этим ферментом, вновь включается в серотониновые везикулы пресинаптического нейрона и совершает новый цикл такого кругооборота. Актуальность проблемы депрессии хорошо иллюстрирует описанный более 30 лет назад Watts (1966 г.) "феномен айсберга". Как известно, надводная часть айсберга - лишь незначительная (примерно одна десятая) его часть.

В широкой клинической практике лица с депрессией, обращающиеся к специалистам-психиатрам, - это и есть надводная часть айсберга, а большую ("скрытую под водой") часть составляют лица, обращающиеся к интернистам с разными соматическими жалобами, которым "приклеиваются" различные диагнозы, - ревматологические, гастроэнтерологические, кардиологические, неврологические и другие (часто - "нейроциркуляторная", или "вегетативная", дистония).

* Патогенез соматизированной депрессии

Генезис (происхождение) соматизированных депрессий остается до конца неясным, но в качестве гипотезы могут рассматриваться по меньшей мере три механизма:

- скрытая депрессия выявляет субклиническую соматическую и неврологическую патологию, то есть служит причиной ее декомпенсации, манифеста;

- скрытая депрессия сочетается с реальными соматическими синдромами (бронхиальная астма, нейродермит, заболевания суставов, аллергические явления), патогенетически связанными с депрессивным состоянием. Эффективное лечение депрессии может иметь результатом полную ликвидацию психосоматических синдромов и компенсацию явной и субклинической соматической патологии;

- скрытая депрессия имитирует соматические нарушения вследствие своеобразия внутренней картины болезни.

* Возрастная зависимость соматизированной депрессии.

Прослеживается некоторая предпочтительность депрессивных проявлений для разных возрастных периодов. Однако одни авторы считают, что первые депрессивные фазы могут возникать еще в раннем детстве, принимая исключительно форму маскированных; другие сомневаются в этом, указывая на большие трудности диагностики; третьи отмечают, что депрессивные расстройства более свойственны позднему возрасту, особенно мягкие, стертые состояния. Они могут составлять до 40% от общего числа пациентов позднего возраста с психическими нарушениями пограничного уровня. Отдельные авторы говорят о предпочтительности как детского, так и позднего возрастов.

* Диагностика соматизированных депрессий.

Распознать сущность соматических расстройств очень сложно. Дело в том, что совокупности соответствующих симптомов заставляют врача общей практики, к которому в первую очередь попадает такой больной, выстраивать модель подозреваемого им соматического заболевания, тем более что и больной всячески понуждает врача именно к этому, не замечая у себя никаких психических симптомов. А с учетом клинического полиморфизма вариантов, требующих исключения, может быть очень много. Из-за желания более тщательно обследовать больного с помощью параклинических методик и неупорядоченности диагностических процедур этот процесс может растягиваться на годы.

Но возможность ускорить процесс обращения таких пациентов к психиатру или психотерапевту существует. Прежде всего, необходимо осознать, что при психоневрологическом обследовании могут быть выявлены диагностически значимые факты, нередко ускользающие от внимания интерниста. Так, при тщательном изучении анамнеза мы, скорее всего, в истории болезни обнаружим свидетельства того, что аналогичные состояния уже отмечались в прошлом у пациента. Возможность же первичного болезненного приступа менее вероятна. Что же можно обнаружить в истории болезни у пациента? Прежде всего наличие истинной депрессивной фазы, потребовавшей лечения антидепрессантами. Часто сама депрессия и тогда не была замечена, но есть упоминание, например, о маломотивированной попытке самоубийства. В анамнезе может найти отражение и соматизированная фаза как с аналогичными, так и с иными, но тоже функциональными (соматическими) расстройствами.

Должна насторожить и множественность соматических расстройств, возникающих то друг за другом, то одновременно. Особенно это характерно для больных молодого возраста с выраженной наследственной отягощенностью.

Вместе с тем необходимо подчеркнуть, что диагностирование той или иной разновидности соматизированных расстройств не исключает необходимости тщательного первичного и последующих динамических обследований соматического состояния больного, поскольку, как известно, первоначально точно диагностированные функциональные расстройства в последующем могут трансформироваться в органические.

Достаточно отчетливыми могут быть и выявляемые при осмотре признаки, косвенно свидетельствующие о наличии скрытой депрессии. Сам больной может и не осознавать наличия подавленности, но мимика у него обедненная, на лице - выражение скорби, углы рта опущены, верхнее веко изломлено под углом в области внутренней трети (симптом О. Верагута), голос тихий, речь монотонная, мало модулированная. По ходу беседы удается выявить и несколько сниженное настроение, отсутствие жизненной активности, грусть, склонность считать себя каким-то ущербным, нервным. Такой пациент пессимистически оценивает настоящее и будущее, проявляет некоторую тревожность, слезливость, особое отношение к своему болезненному состоянию: преобладает чувство безнадежности с суицидальными мыслями и даже попытками, с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях. Его самочувствие в течение дня меняется, может быть хуже либо утром (вялость, заторможенность, ощущение безнадежности, усталость), что более типично, либо вечером. Бывают и смешанные состояния, когда настроение хуже утром, а усталость нарастает к вечеру.

* Диагностические признаки соматизированной депресии

С целью своевременного диагностирования скрытых депрессивных состояний может быть предложен комплекс признаков, представляющийся достаточно надежным:

- начало заболевания часто не связано с влиянием психогенных, соматогенных и экзогенно-органических факторов;

- фазное течение: в анамнезе можно встретить указания на повторяемость периодов недомогания, слабости, нервности, сниженного настроения, выраженных нарушений сна и прочих расстройств, свойственных данному варианту депрессии. Длительность фаз составляет месяцы и годы. Могут иметь место эпизоды легкой гипомании;

- наследственная отягощенность по линии аффективных психозов. Симптоматика заболевания пробанда (родственника) может иметь значительное сходство с болезненными расстройствами, наблюдающимися у ближайших родственников;

- суточные колебания настроения и самочувствия (ухудшение по утрам, в первой половине дня, со спонтанным улучшением во второй половине дня, к ночи - "вечерние интервалы");

- витальный оттенок сниженного настроения ("тяжесть на душе, сердце ноет, щемит, сдавливает") с упорными нарушениями сна, анорексией, снижением либидо, ощущением упадка сил. У детей и подростков наблюдается раздражительность;

- заметное уменьшение или прибавление массы тела без использования диеты (более 5% в месяц), длительная потеря аппетита; дети в массе тела не прибавляют;

- заметная потеря интереса ко всем (почти) занятиям (работа, хобби, домашние дела), сохраняющаяся, как правило, изо дня в день в течение почти всего дня (так называемая ангедония);

- наличие в психическом состоянии указаний на явления идеаторного и психомоторного торможения, нарушения репродуктивной памяти, симптомы болезненной психической анестезии, деперсонализации, дереализации;

- навязчивые мысли о смерти (не только страх смерти), повторные мысли о самоубийстве с планом или без него или попытка самоубийства;

- общесоматические и вегетативные расстройства при скрытой депрессии не укладываются в клиническую картину ни одного определенного соматического заболевания. Тем не менее существуют формы скрытой депрессии, обнаруживающие значительное сходство с проявлениями соматических заболеваний. Термин "маскированная" адекватен именно для этих форм.

Пять перечисленных симптомов должны отмечаться как минимум в течение двух недель, и одновременно должно наблюдаться явное ухудшение в личностном функционировании: сниженное настроение, потеря интереса или удовольствия и т. п.

В зависимости от присутствия в клинической картине тех или иных расстройств выделяют вегетативный, астенический, сенестопатический, ипохондрический варианты соматизированной депрессии.

* Варианты депрессий

По признаку доминирующих феноменов, которые чаще бывают изолированными, выделяют и варианты маскированных депрессий (по А. Б. Смулевичу):

I. "Маски" в форме психопатологических расстройств:

- тревожно-фобические (генерализованное тревожное расстройство, панические атаки, агорафобия);

- обсессивно-компульсивные (навязчивости);

- ипохондрические;

- неврастенические.

II. "Маски" в форме нарушения биологического ритма:

- бессонница;

- гиперсомния.

III. "Маски" в форме вегетативных, соматизированных и эндокринных расстройств:

- синдром вегетососудистой дистонии, головокружение;

- функциональные нарушения внутренних органов;

- нейродермит, кожный зуд;

- анорексия, булимия;

- импотенция, нарушения менструального цикла.

IV. "Маски" в форме алгий:

- цефалгии;

- кардиалгии;

- абдоминалгии;

- фибромиалгии;

- невралгии (тройничного, лицевого нервов, межреберная невралгия, пояснично-крестцовый радикулит);

- спондилоалгии.

V. "Маски" в форме патохарактерологических расстройств:

- расстройства влечений (дипсомания, наркомания, токсикомания);

- антисоциальное поведение (импульсивность, конфликтность, вспышки агрессии);

- истерические реакции (обидчивость, плаксивость, склонность к драматизации ситуации, стремление привлечь внимание к своим недомоганиям, принятие роли больного).

2. Выявление и лечение депрессии

2.1 Выявление депрессии

У К. была выявлена депрессия. Её признаки и проявления были подвергнуты психологическому исследованию для проявления тенденций дальнейшего развития данного психологического явления и возможных вариантов лечения.

По внешним признакам депрессия проявлялась в следующем:

* Сутулость и понурость осанки, что говорит о взятой девушкой непосильной нагрузке или неподвластной самостоятельному решению проблеме, а то и ожидании такой проблемы. К. ходит так, как будто приготовился взвалить на плечи тяжелый мешок.
* Случайные жалобы в разговоре на появление симптомов радикулита. В отношении психологии это характеризует девушку в двух вариантах: принято считать, что правая сторона человеческого тела обозначает действия социального характера, а левая – символизирует реакции и мысли личные, интимные. Если человек долгое время «поднимает правой рукой» непосильные проблемы на работе или в бизнесе, у него возникают мышечные напряжения с правой стороны спины. Или же если ему приходится «тащить левой рукой» сложности в личной жизни – то постепенно накапливается зажим с левой стороны спины. Поэтому вследствие таких несимметричных напряжений со временем возникают боли, сходные с радикулитными.
* Было выявлено частое мышечное напряжение, что связано с понятием «рост», в частности – рост карьерный. К. постоянно втягивает голову в плечи и чуть пригибается, по крайней мере, имеются внутренние напряжения соответствующих групп мышц, можно с достаточной долей вероятности сказать, что ей ограничили его социальный рост «сверху»: поза у него такая, как будто она вынуждена все время жить в помещении с очень низким для ее роста потолком.
* Напряжение мышц лица.
* Ноги всегда в напряжении.
* Так называемый «зажим запрещенной сексуальности» - напряжение внутренней поверхности бедер. Девушка всегда сидит со сведенными ногами - своеобразная «защита от посягательств».
* Зажим ягодиц говорит об ожидании какого-то наказания со стороны, отражение какой-то внутренней незащищенности.

В ходе беседы были выявлены другие признаки депрессии:

1. На эмоциональном уровне:
* тоска, страдание, угнетенное, подавленное настроение, отчаяние;
* тревога, чувство внутреннего напряжения, ожидание беды;
* раздражительность;
* чувство вины, частые самообвинения;
* недовольство собой, снижение уверенности в себе, снижение самооценки;
* снижение или утрата способности переживать удовольствие от ранее приятных занятий;
* снижение интереса к окружающему.
1. На физиологическом уровне:
* нарушения сна (бессонница);
* изменения аппетита (переедание);
* снижение сексуальных потребностей;
* снижение энергии, повышенная утомляемость при обычных физических и интеллектуальных нагрузках, слабость.
1. На поведенческом уровне:
* пассивность, трудности вовлечения в целенаправленную активность;
* избегание контактов (склонность к уединению, утрата интереса к другим людям);
* отказ от развлечений.
1. На мыслительном уровне:
* трудности сосредоточения, концентрации внимания;
* трудности принятия решений;
* преобладание мрачных, негативных мыслей о себе, о своей жизни, о мире в целом;
* мрачное, пессимистическое видение будущего с отсутствием перспективы, мысли о бессмысленности жизни;
* мысли о самоубийстве (в тяжелых случаях депрессии);
* наличие мыслей о собственной ненужности, незначимости, беспомощности.

2.2 Лечение депрессии

Факторы, определяющие эффективность психотерапии:

* Ожидания пациента
* Значение для пациента лечения и излечения
* Характер проблем или заболевания пациента
* То, на сколько пациент готов к сотрудничеству
* Ожидания психотерапевта
* Опыт психотерапевта
* Специфическое воздействие конкретных методов психотерапии

Критерии эффективности психотерапии:

* Устранение или компенсация болезненных симптомов
* Изменение отношения к себе
* Понимание собственной роли в возникновении конфликта
* Понимание психологических механизмов своего заболевания
* Повышение способности к восприятию нового реального опыта
* Повышение степени социальной адаптации

Когнитивная психотерапия

Выбрана для лечения когнитивная терапия, поскольку использует разнообразные когнитивные и поведенческие стратегии. Когнитивные техники направлены на выявление и проверку ошибочных представлений и дезадаптивных умопостроений. В ходе терапии девушка научается производить высоко специфичные операции, а именно:

1) отслеживать свои негативные автоматические мысли (представления);

2) распознавать взаимосвязи между собственными мыслями, эмоциями и поведением;

3) анализировать факты, подтверждающие или опровергающие его представления;

4) вырабатывать более реалистичные оценки и представления;

5) идентифицировать и модифицировать дисфункциональные убеждения, предрасполагающие его к искажению опыта.

Когнитивная терапия исходит из следующих общетеоретических положений:

1. Восприятие и переживание в целом представляют собой активные процессы, задействующие как объективные, так и интроспективные данные.

2. Представления и идеи являются результатом синтеза внутренних и внешних стимулов.

3. Продукты когнитивной активности человека (мысли и образы) позволяют предсказать, как он оценит ту или иную ситуацию.

4. Мысли и образы образуют «поток сознания», или феноменальное поле, отражающее представления человека о самом себе, мире, своем прошлом и будущем.

5. Деформация содержания базовых когнитивных структур вызывает негативные изменения в эмоциональном состоянии и поведении человека.

6. Психологическая терапия может помочь пациенту осознать когнитивные искажения.

7. Путем корректировки этих искаженных дисфункциональных конструктов можно добиться улучшения состояния пациента.

Различные вербальные техники необходимо использовать для того, чтобы понять, какая логика скрывается за теми или иными представлениями и умопостроениями пациента. Сначала девушке необходимо объяснить механизмы действия когнитивной терапии, после чего научить распознавать, отслеживать и записывать свои негативные мысли.

В дальнейшем К. совместно с терапевтом анализирует записанные (в перерывах между встречами) мысли и переживания, чтобы установить степень их логичности, обоснованности и адаптивности и наметить позитивные паттерны поведения взамен патологичных. Терапия сфокусирована на конкретных «симптомах-мишенях» (например, на суицидальных импульсах).

Один из мощных компонентов обучающей модели психотерапии состоит в том, что девушка постепенно перенимает от терапевта многие терапевтические техники. В какой-то момент она должна начать играть роль терапевта по отношению к самой себе, подвергая сомнению собственные умозаключения или прогнозы.

Подобный самоопрос имеет важнейшее значение для переноса когнитивных техник из ситуации интервью в ситуации повседневной жизни. Он поможет пациентке освободиться от стереотипных автоматических паттернов мышления — феномена, который можно назвать «бездумным мышлением».

Основные этапы терапии:

1. Проведение основного курса терапии, направленного на уменьшение симптомов депрессии вплоть до их исчезновения, восстановление прежнего, свойственного пациенту уровня активности.
2. Проведение поддерживающего курса терапии в течение 3-4 месяцев после общей нормализации состояния. Этот этап направлен на профилактику обострения заболевания.

**Библиографический список**

1. Александров Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1993. С. 225–237.
2. Анохин П.К. Узловые вопросы теории функциональной системы. М., 1980. С.197.
3. Березанцев А.Ю. Теоретические и практические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщение 1) // Российский психиатрический журнал. 2001. № 5. С. 4–10.
4. Бройтигам В., Кристиан П., фон Рад М. Психосоматическая медицина. М.: Гэотар Медицина, 1999. С. 376.
5. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии / Пер. с англ. Київ: Сфера, 1997. Т. 2. С. 435.
6. Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник. К, 1997. С. 104.
7. Гиндикин В.Я., Гурьева В.А. Личностная патология. М.: Триада-X., 1999. С. 266.
8. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. М.: Медицина, 1995. С. 501–512.
9. Марилов В.В., Коркина М.В., Есаулов В.И. Личностные особенности и характер психических нарушений при синдроме раздражения толстой кишки // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 4. С. 21–27.
10. Михайлов Б.В., Сарвир И.., Чугунов В.В., Мирошниченко Н.В. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств // Медицинские исследования. 2001. Т. 1, вып. 1. С. 36–38.
11. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: Русский врач, 2000. С. 78–105.
12. Табачников С.И., Титиевский С.В. Психосоматические расстройства и постчернобыльский синдром // Doctor. 2002. № 6. С. 14–16.
13. Тополянский В. Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 384.
14. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Довженко Т.В. и др. Концепция соматизации. История и современное состояние // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. Т. 10, № 4. С. 81–97.