

Пленарная секция

ID: 2011-07-1151-R-1341

Обзор

Попков В.М., Черненко Ю.В., Протопопов А.А., Оленко Е.С., Кодочигова А.И.

Факторы, влияющие на развитие психосоматической патологии

ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России (Саратов, Россия)

К решению проблемы взаимоотношения психического и соматического можно идти различными путями. Как полагает Б.Д. Карвасарский и его ученики (1988, 2006), формирование симптомов при психосоматических болезнях зависит от следующих факторов:

- неосознанного внутри- или межличностного конфликта, неудовлетворения какой-либо потребности;
- свойств личности и темперамента;
- способов переработки эмоций, установления основных защитных механизмов;
- индивидуального опыта, условий жизни;
- вида и силы актуальной психотравмы.

Вероятно, в развитии психосоматозов играют роль и наследственные особенности, и перенесённые ранее заболевания, особенно с длительно сохраняющимися следовыми реакциями (Бурлачук Л.Ф., Коржова Е.Ю., 1998). В формировании и закреплении психосоматических расстройств всегда участвуют вегетативные нарушения (Крылов А.А., Крылова Г.С., 1998).

Для удовлетворения любой потребности должен возникнуть мотив (мысленный образ), который сможет влиять на поведение. Если мотив сталкивается с препятствием, возникает негативное эмоциональное состояние (фрустрация). Ситуация становится фрустрирующей, т.е. приобретает психотравмирующий характер, если у человека появляются две несовместимые собственные тенденции (в этом случае конфликт становится внутриличностным, психологическим) [Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984].

В настоящее время факторами, объединяющими различные психологические подходы к оценке значимых сторон невротогенеза и формирования психосоматозов, являются психическая травма, преморбидные психологические особенности личности и её базовые параметры – темперамент и характер (Менделевич В.Д., 1999). Однако ключевым моментом в генезе психосоматических заболеваний является психическая травма с последующим формированием актуального конфликта (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К., 1987; Александровский Ю.А., 2005; Alexander F., 1964).

Психосоматическая патология по своему физиологическому существу является адаптивным механизмом, в значительной мере компенсирующим социальную дезадаптацию (Косенков Н.И., 1997). По данным В.Д. Тополянского, М.В. Струковской (1982), 22% лиц с жалобами психосоматического характера занимают до 50% рабочего времени врача в общемедицинской сети.

Патогенность характерного для психосоматических заболеваний внутриличностного конфликта состоит в том, что он происходит на бессознательном уровне, не осознаётся, а значит, и не контролируется (Карвасарский Б.Д., 1982; 1990; 2008).

Роль психической травмы

Жизнь современного человека насыщена эмоциональными переживаниями, а его здоровье подвержено глубокому влиянию двух совершенно различных совокупностей факторов окружающей среды – физико-химического и микро-биологического фона и психосоциального окружения (Фолков Б., 2007). Снижение уровня жизни, ломка привычных стереотипов, непростое социально-экономическое положение в государстве – всё это заставляет человека находиться в постоянном психическом напряжении, в состоянии стресса. Развитию психологического стресса также способствуют межличностные конфликты, обиды, чрезмерная ответственность, необходимость принимать решения и сильные переживания (Зараковский Г.М., Медведев В.И., Казаков Е.К., 2007).

Исследования канадского физиолога Ганса Селье (1982) – автора учения о стрессе – показали, что некоторая его часть может быть даже полезной. Она мобилизует организм и способствует лучшему приспособлению человека к изменяющимся условиям. В небольших дозах Г. Селье называет его «острой приправой к повседневной пище жизни». Но если стресс очень сильный и долго длится, то это перегружает адаптационные возможности организма и приводит к психологическим и физиологическим «поломкам». Физиологические «поломки» проявляются в виде заболеваний, называемых психосоматическими.

В научной литературе можно встретить более 60 определений и моделей стресса. Сущность учения о психологическом стрессе отражается в содержании его понятия. R.S. Lazarus, R. Launier (1978) определили психологический стресс как реакцию на особенности взаимодействия между личностью и окружающим миром. Это состояние в большей степени – продукт наших когнитивных процессов, образа мыслей и оценки ситуации, знания собственных возможностей (ресурсов). По данным В.Д. Менделевича (1999), под психической травмой (стрессом) понимают жизненное событие, затрагивающее важные стороны существования человека и

приводящее к глубоким психологическим переживаниям. Стресс – это защитная реакция организма в ответ на внешний раздражитель, в результате которой организм приспосабливается к изменившимся условиям.

С другой стороны, стресс является компенсирующей приспособительной реакцией: в кровь поступают гормоны и биологически активные вещества, которые помогают организму пережить психотравмирующую ситуацию (Александровский Ю.А., 2005; Тадевосян А., 2006).

Многолетние исследования по изучению механизмов развития висцеральной патологии при воздействии на человека экстремальных экологических и профессиональных факторов позволили сформулировать концепцию синдрома хронического адаптивного напряжения (Дударенко С.В., Шуленин С.Н., Новицкий А.А. и соавт., 2007). Феномен незавершенной адаптации возникает при невозможности адаптироваться к чрезвычайным для данного человека условиям, как геоклиматическим, так и микросоциальным. Состояние незавершенной адаптации не может длиться бесконечно, и при сбое в регуляторных механизмах наступает декомпенсация, проявляющаяся клинической симптоматикой. Несмотря на соматический дискомфорт, психологическое состояние улучшается, болезнь приобретает самостоятельный смысл и является оправданием несоответствия условиям как на уровне организма, так и на уровне психики (Чухрова М.Г., Леутин В.П., 2007).

Наблюдаемый в мире рост числа психически травмированных людей приобретает характер глобальной эпидемии. Социальные потрясения, такие как войны, революции, межнациональные конфликты, террористические акты, охватывают большие группы населения. Травматическое событие, эмоциональный стресс, острый и хронический стресс, дистресс, сверхстресс, психогенный шок, критическое событие, посттравматическое стрессовое расстройство, психогения – и это еще не полный перечень терминов, определяющих последствия психической травмы. Психические и органические последствия этих стрессов полиморфны и известны как «психосоциальный стресс», вызывающий постстрессовое расстройство (Тадевосян А., 2006).

За относительно короткий период времени в нашей стране имели место крушение привычной системы ценностей, переход к стандартам капиталистического общества с его высокой мотивацией достижений, интенсификацией ритма жизни, модификацией семейных ценностей и социальной принадлежности людей (Погосова Г.В., 2004; Погосова Г.В., 2007).

Специальные эпидемиологические исследования с использованием объективных методик показали, что в 90-е годы, по сравнению с 80-ми, у населения нашей страны наблюдалось нарастание уровня психосоциального стресса. Было установлено, что около 70% населения жило в условиях хронического психосоциального стресса высокого и среднего уровней (Копина О.С., Сулова С.Ф., Заикин Е.Р., 1996). Намечившаяся тенденция к социально-экономическому росту в Российской Федерации в последнее время не способствует стабилизации психосоциального напряжения населения во многом из-за новой системы ценностей (Левада Ю., 2005).

По результатам последних исследований, заболеваемость и смертность от болезней стрессогенной этиологии в РФ растут; есть основание считать, что процесс психофизиологической адаптации населения к новым условиям еще не закончился (Зараковский Г.М., Медведев В.И., Казакова Е.К., 2007).

В многочисленных отечественных и зарубежных исследованиях показано, что психосоциальное неблагополучие, стресс коррелируют с более высокими уровнями распространенности не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психогенных расстройств, в первую очередь, расстройств депрессивного спектра – собственно депрессий, и ассоциированных с ними тревожных, истерических и невротических состояний (Оганов Р.Г., Ольбинская Л.И., Смулевич А.Б. и соавт., 2004).

Исследование отечественных ученых показало, что психоэмоциональный стресс является основным фактором риска развития артериальной гипертонии, ишемической болезни сердца, язвенной болезни 12-перстной кишки, сахарного диабета II типа (Новикова А.И., Сидоров, П.И., Соловьев А.Г., 2007).

На сегодняшний день общепризнанна роль психоэмоционального стресса и психологических факторов в развитии и прогрессировании целого ряда заболеваний, в частности, сердечно-сосудистых, среди которых наиболее распространенной является артериальная гипертония (Копина О.С., Сулова С.Ф., Заикин Е.Р., 1996; Гаджиев А.Н., 2004; Погосова Г.В., 2007; Speieker L.E., Hurlimann D., Ruschitzka F. et al., 2002). Кроме того, стрессовый фактор является самостоятельным фактором риска развития всех заболеваний, имеющих психосоматическую природу (Новикова И.А., Сидоров П.И., Соловьев А.Г., 2007).

Практика доказала, что психический стресс может вызвать расстройства здоровья любого типа:

- дезадаптацию;
- висцеральное расстройство;
- невротическое проявление;
- психиатрическую симптоматику;
- личностные расстройства.

Основным механизмом развития соматизированных расстройств после стресса является механизм самой стрессорной реакции, которая заканчивается на конечном органе. Концевым называют орган, в котором после его активации проявляются клинические признаки стрессового процесса. К конечным органам относятся сердечно-сосудистая система, желудочно-кишечный тракт, кожа, дыхательная система. Стресс опосредованно, через нервные и гуморальные механизмы, возбуждает те органы и системы, активация которых необходима для

общего адаптационного синдрома, реализующего реакции «боевая тревога» и «битва-бегство». Многие исследователи и клиницисты сердечно-сосудистую систему считают основным концевым органом стрессорной реакции. На втором месте по частоте находятся желудок и кишечный тракт, которые чаще всего реагируют на эмоции ярости и гнева (Тадевосян А., 2006). В настоящее время достоверно доказана взаимосвязь фактора длительного психического напряжения с формированием заболеваний желудочно-кишечного тракта, а также выявлена стадия предболезненных психических и соматических расстройств (Курпатов В.И., Титова В.В., 2007).

В ответ на длительное психологическое перенапряжение, высокую личностную и реактивную тревожность в организме возникает диссоциация тропных функций гипоталамо-гипофизарной системы, нарушение физиологических связей в системе гипоталамус-гипофиз-щитовидная железа, гипоталамус-гипофиз-надпочечники. Критерием адаптированности является оптимальная выработка ключевых ферментов основных видов обмена. Ценой адаптации служит повышение энергообразования, что приводит к активации системы свободнорадикального окисления липидов и развитию «оксидативного стресса». Последний является мощным фактором для повреждения большинства органов (Дударенко С.В., Шуленин С.Н., Новицкий А.А. и соавт., 2007).

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты, человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим страданием (Менделевич В.Д., 1999).

Реакцией личности на стресс или фрустрацию могут быть, с одной стороны, невротические симптомы, среди которых преобладают психологические и психопатологические проявления, с другой – психосоматические расстройства. Эти группы нарушений демонстрируют различные способы переработки внутриличностного конфликта – психического и соматического. Первый способ может проявляться как в условиях острого, так и хронического стресса; психосоматический же способ в большей степени связан с хроническим воздействием фрустрации и стресса (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Janca A., Isaac M., Costa e Silva J.A., 1995). Влияние хронического стресса на формирование соматовисцеральной симптоматики было отмечено в работе Л.Е. Панина и В.П. Соколова (1981).

По мнению некоторых исследователей, альтернатива существует и внутри патогенетического пути: психосоматические заболевания возникают у тех, кто в силу особенностей личности не может позволить себе невротический тип реагирования, демонстрацию тревоги или страха, фиксацию на своих ощущениях (Ротенберг В.С., Аршавский В.В., 1984).

Актуальный конфликт, формирующийся на базе психической травмы (стресса), по мнению Н. Пезешкиана (1996), складывается из жизненных событий и микротравм, роль которых особенно выделяется этим автором. К последним относятся, к примеру, непунктуальность, нечистоплотность, несправедливость, непорядочность, «неверность» участника коммуникативного процесса. Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно, способны сформировать внутриличностный конфликт.

Большую роль в формировании психосоматической патологии играют не только психологическая травма, но и посттравматическое стрессовое расстройство, возникающее как затяжная реакция на стрессовое событие (Менделевич В.Д., 1997, 1999; Давыдов А.Т., Кешишев И.А., Загребельный И.А. и соавт., 2007).

Последующее переживание психической травмы в виде навязчивых воспоминаний (реминисценций), кошмарных сновидений, отчуждение от других людей, утрата интереса к жизни с формированием эндогенной депрессии и эмоциональная притупленность способствуют возникновению глубокого внутриличностного конфликта. Подобное психическое состояние нередко провоцирует аномальные формы поведения, желание отстраниться от реальности, уйти в мир фантазий и грёз с помощью наркотических веществ и алкоголя (Березин Ф.Б., Мирошников М.П., 1996; Менделевич В.Д., 1999).

Человек, находящийся в гармоничных отношениях со своей средой, может перенести экстремальные органические и психические нагрузки безболезненно. Однако в жизни встречаются личностные проблемы, которые вызывают настолько тягостную фиксацию и душевный разлад, что в определенных жизненных ситуациях приводят к формированию негативных эмоций и неуверенности в себе. Именно в сложных ситуациях психосоматически «отягощенные» пациенты, проявляющие эмоциональную подавленность, не могут правильно оценить и описать свое состояние (Малкина-Пых И.Г., 2003).

Таким образом, на первый план выступают не столько важность или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность микротравм (Пезешкиан Н., 1996). Ведущими механизмами этиопатогенеза психосоматических заболеваний признаются психосоциальные факторы, среди которых важную роль играют длительное психическое напряжение, интрапсихический невротический конфликт, а также острые психотравмирующие ситуации в сочетании с личностными особенностями субъекта (Тополянский В.Д., Струковская М.В., 1986; Карвасарский Б.Д., 1990; Гиндикин В.Я., 2000).

Роль личностного фактора

Значимая роль в формировании внутриличностных конфликтов принадлежит типам личности и, их индивидуальной способности воспринимать широкий круг событий как фрустрирующий (Dunbar F., 1954). В англо-американской литературе разных лет описывались личностные профили, характерные для больных грудной жабой, гипертонией, бронхиальной астмой и др. Общим итогом этих исследований явилось, скорее

отрицание личностных структур, характерных для отдельных заболеваний. Точнее, следует говорить об особенностях личности психосоматического больного вообще, рассматривая в качестве базисной характеристики наличие инфантильной личностной структуры, невротической жизненной позиции, поскольку соматическое выражение эмоциональных переживаний является инфантильной формой их выражения (Карвасарский Б.Д., 2002).

У лиц с различным типом личности разные особенности регуляции вегетативных функций, обеспечивающие эффективность адаптивных реакций и, как следствие, различный уровень и резерв здоровья (Солдатова О.Г., Савченков Ю.И., Шилов С.Н., 2007).

В работе Н.И. Косенкова (1997) показано, что у больных, страдающих язвенной болезнью желудочно-кишечного тракта, нейроциркуляторной дистонией, отмечаются некоторое снижение интеллекта, усиление паранойяльных черт личности, а также активизация тормозных процессов и истощение процессов возбуждения в центральной нервной системе, особенно в правом полушарии. В то же время при недостаточности правого полушария возникающие эмоциональные расстройства в большей мере сочетаются с висцеро вегетативными нарушениями (Кришталь В.В., 2001). В структуре «расстройств адаптации» у психосоматических больных наблюдались тревога и высокий уровень ипохондрии (Давыдов А.Т., Кешишев И.А., Загребельный И.А. и соавт., 2007).

По данным некоторых исследователей, пациенты с психосоматическими заболеваниями и невротизмом имеют общую личностную особенность – высокую эмотивность, определяющую чувствительность к психотравмирующим влияниям. При этом психосоматические пациенты имеют низкую дистимность, предполагающую наличие достаточного адаптационного механизма по преодолению аффективного напряжения тревожно-депрессивного спектра (Атаманов А.А., Буйков В.А., 2000).

Для больных с психосоматической патологией характерен широкий спектр фиксированных форм поведения – навязчивости, приверженности стереотипам, упрямства, педантизма, что свидетельствует о высокой степени неприятия требований объективной реальности (Косенков Н.И., 1997). Появляются «личные системы», регламенты и самоограничения, направленные на отсечение всего лишнего, мешающего поддержанию «социального лица» (Атаманов А.А., Буйков В.А., 2000).

Роли личностного фактора в развитии дисфункций соответствуют и психологические показатели, отражающие тенденцию к повышению уровня тревоги и снижению уровня агрессивности (Soukiassian S., Manassian A., 1999).

У больных психосоматической патологией большее значение приобретают нейротизм и интроверсия, что свидетельствует о состоянии реактивной тревоги или реактивной депрессии, приводящей к неадекватно сильным эмоциональным реакциям по отношению к вызывающим их ситуациям (Косенков Н.И., 1997).

Роль тревожно-депрессивных расстройств

Психосоматическое расстройство – есть способ «компенсации» патологического изменения биологической матрицы эмоций тревоги, проявляющейся психическими, вегетативными и органами нарушениями (Анохин П.К., 1980). Тревога как один из наиболее интимных и облигатных механизмов психического стресса имеет важное адаптационное значение (Березин Ф.Б., 1988). Эмоциональная реакция, выражающаяся в форме тоски и постоянной тревоги, а также характерном ощущении страха, является связующим звеном между психологической и висцеральной сферами. Состояние тревоги выступает ведущим патогенетическим фактором при психосоматической патологии. При этом в фазе ремиссии заболевания состояние тревоги выражено более сильно, а в момент обострения – слабее (Косенков Н.И., 1997).

Особое внимание в механизмах формирования внутриличностных конфликтов отводится повышенной личностной тревожности как наиболее устойчивой характеристики личности, увеличению невротизации и депрессии (Менделевич В.Д., 1999).

Типичными симптомами тревожного состояния являются чувство постоянного беспокойства, нервозности, раздражительности, нетерпимости к обычным бытовым раздражителям. Однако на прием к врачу больные с тревожными расстройствами приходят не с перечисленными выше жалобами, а с массой органических жалоб. Тревожное расстройство практически всегда включает в себя адаптационные вегетативные симптомы, обусловленные активацией симпатической нервной системы и усилением свободнорадикального окисления липидов. Среди типичных вегетативных симптомов – сердцебиение, «перебои» в деятельности сердца, кардиалгии, неустойчивый уровень артериального давления, чувство жара или озноба, одышка, чувство «кома в горле», тремор, головная боль и головокружение, мышечные подергивания, парестезии, неустойчивый стул и др. Но несмотря на обилие жалоб даже при самом тщательном клинико-инструментальном обследовании у части пациентов не удается диагностировать какого-либо серьезного заболевания (Погосова Г.В., 2004).

Ослабление тревоги за счет приспособительных реакций (использование механизмов психологической защиты) сопровождается уменьшением активности перекисного окисления липидов на фоне повышения функций антиоксидантной защиты (Михельсон В.А. с соавт., 1988; Маньков Ю.У., Крашутский В.В., 1989).

Существует мнение о том, что тревожные расстройства повышают риск последующего развития депрессии. При этом тревога и депрессия могут быть как коморбидными психическими нарушениями, так и находиться в рамках одной диагностической категории – «смешанного тревожно-депрессивного расстройства» по МКБ-10.

Сочетание данных симптомокомплексов является скорее правилом, чем исключением, что подтверждается наличием сильной корреляционной связи между ними (Ковалев Ю.В., 2004; Ванчакова Н.П., 2007).

По данным А.А. Атаманова и В.А. Буйкова (2000), тревожное расстройство у психосоматических больных имеет свои клинические особенности. Наиболее яркими и сложными проявлениями тревоги у таких пациентов являются вегетативный, моторный и сенестопатический компоненты. Когнитивный компонент тревоги (сознательное переживание тревоги и способы борьбы с ней) слабо выражен или отсутствует. Тревожный аффект значительно упрощен, что проявляется подавлением тревожных побуждений к действию, высказыванию, аффективной разрядкой через смех, плач, гнев. Высказано предположение о специфичности симптомов тревожного расстройства при различных психосоматических заболеваниях.

В целом правомочность термина «психосоматическая тревога», его значение и содержание требуют дальнейшего уточнения. Клиническое выделение элементов психосоматического тревожного симптомокомплекса, вопросы типологии и систематики, патогенеза и терапии остаются предметом научной дискуссии и заслуживают пристального внимания и изучения (Атаманов А.А., Буйков В.А., 2000).

Проблема психосоматических соотношений остается одной из наиболее сложных проблем современной медицины, несмотря на то что тесная взаимосвязь психического, соматического и органического компонентов замечена и изучается в течение многих веков, со времен Гиппократ и Аристотеля.

Литература

1. Александр, Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александр. – М.: Перрлс, 2000. – 296 с.
2. Александровский, Ю.А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение / Ю.А. Александровский. – М.: GEOTARMEД, 2004. – 240 с.
3. Александровский, Ю.А. Посттравматическое стрессовое расстройство и общие вопросы развития психогенных заболеваний // Российский психиатрический журнал. – 2005. – №1. – С. 4–12.
4. Атаманов, А.А. Особенности тревожных синдромов при психосоматических заболеваниях: о правомочности понятия «психосоматическая тревога» / А.А. Атаманов, В.А. Буйков // Соц. и клинич. психиатрия. – 2000. – № 4. – С. 16–20.
5. Барденштейн, Л.М. Нейромедиаторы и депрессия (обзор литературы) / Л.М. Барденштейн // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №2. – С. 54–59.
6. Березин, Ф.Б. Эмоциональный стресс и психосоматические расстройства. Подходы к терапии / Ф.Б. Березин, М.П. Мирошников // *Materia medica*. – 1996. – № 1(9). – С. 29–56.
7. Бодров, В.А. Когнитивные процессы и психологический стресс / В.А. Бодров // Псих. журн. – 1996. – Том 17. – № 4. – С. 64–74.
8. Братусь, Б.С. Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М.: Медицина, 1988. – 280 с.
9. Бурлачук, Л.Ф. Психология жизненных ситуаций / Л.Ф. Бурлачук, Е.Ю. Коржова. – М.: Медицина, 1998. – 263 с.
10. Быков, К.М. Кора головного мозга и внутренние органы / К.М. Быков. – М., 1947. – 285 с.
11. Ванчакова, Н.П. Современный тезаурус тревожных расстройств и факторы, лежащие в его основе / Н.П. Ванчакова // Психосоматическая медицина – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб., 2007. – С. 56–58.
12. Вейн, А.М. Стресс, депрессия и психосоматические заболевания / А.М. Вейн, О.В. Воробьева, Г.М. Дюкова // М., Издательство фармацевтической фирмы Servier. – 2003. – С. 7.
13. Вербицкий, Е.В. Психофизиология тревожности / Е.В. Вербицкий. – Ростов н/Д: Изд-во Рост. гос. ун-та, 2003. – 191 с.
14. Гиндикин, В.Я. Соматогенные и соматоформные расстройства / В.Я. Гиндикин. – М.: Триада-Х, 2000. – 256 с.
15. Гоштаутас, А. Связь между инфарктом миокарда и смертности от этого заболевания с депрессией / А. Гоштаутас, Л. Шинкарева // Теория и практика медицины. – 2002. – №3 (31). – С.182–187.
16. Давыдов, Д.М. Некоторые психофизиологические аспекты психогенной депрессии у женщин / Д.М. Давыдов, Т.Н. Лаврова // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №4. – С. 9–16.
17. Депрессии и расстройства депрессивного спектра в общей медицинской практике. Результаты программы КОМПАС / Р.Г. Оганов, Л.И. Ольбинская, А.Б. Смуглевич и др. // Кардиология. – 2004. – №1. – С. 48–55.
18. Дереча, В.А. Роль типологии психотравмирующих переживаний в оформлении клинической картины соматоформных расстройств / В.А. Дереча, С.В. Балашова // Соц. и клинич. психиатрия. – 2007. – №1. – С. 23–27.
19. Дмитриева, Н.В. Электрофизиологические и информационные аспекты развития стресса / Н.В. Дмитриева, О.С. Глазачев // Успехи физиологических наук. – 2005. – Т. 36. – № 4. – С. 57–74.
20. Зараковский, Г.М. Психологические и физиологические проявления процесса адаптации населения России к новым социально-экономическим условиям / Г.М. Зараковский, В.И. Медведев, Е.К. Казакова // Физиология человека. – 2007. – Том 33, №1. – С. 5–14.
21. Карвасарский, Б.Д. Невротические расстройства внутренних органов / Б.Д. Карвасарский, В.Ф. Простомолов. – Кишинев, 1988. – 164 с.
22. Карвасарский, Б.Д. Неврозы / Б.Д. Карвасарский – М.: Медицина, 1990. – 448 с.
23. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 960 с.
24. Ковалев, Ю.В. Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия (аналитический обзор) / Ю.В. Ковалев // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №1. – С. 45–49.
25. Коркина, М.В. Роль психосоматических циклов в генезе психосоматических заболеваний / М.В. Коркина, В.В. Марилов // Журн. неврол. и психиатр. – 1998. – Т. 98. – №11. – С. 30–32.
26. Косенков, Н.И. Физиологические механизмы психологической адаптации при психосоматической патологии: Дис. ... д-ра мед. наук. – СПб., 1997. – 298 с.
27. Краснов, В.М. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В.М. Краснов // Русский медицинский журнал. – 2002. – 25(144). – С. 1187–1191.
28. Кришталь, В.В. Психосоматическая патология: генез и подходы к коррекции / В.В. Кришталь // Междунар. мед. журнал. – 2001. – № 1. – С. 37–40.

29. Крылов, А.А. Неврозы в современной клинике внутренних болезней / А.А. Крылов, Г.С. Крылова // Клиническая медицина. – 1998. – № 9. – С. 60–63.
30. Курпатов, В.И. Механизмы формирования психосоматических расстройств с позиции биопсихосоциального подхода / В.И. Курпатов, В.В. Титова // Психосоматическая медицина – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб., 2007. – С. 3–13.
31. Курцин, И.Т. Теоретические основы психосоматической медицины / И.Т. Курцин. – Л.: Наука, 1973. – 336 с.
32. Лакосина, Н.Д. Медицинская психология / Н.Д. Лакосина, Г.К. Ушаков. – М.: Медицина, 1987. – 272 с.
33. Любан-Плоцца, Б. Психосоматический больной на приеме у врача / Б. Любан-Плоцца, В. Пельдингер, Ф. Крегер. – СПб., 1994. – 245 с.
34. Малкина-Пых, И.Г. Психосоматика: определение понятия / И.Г. Малкина-Пых. – СПб.: Эксмо, 2003. – 180 с.
35. Марилов, В.В. Переход функционального расстройства в органический психосоматоз / В.В. Марилов // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – № 1. – С. 21–23.
36. Маслоу, А. Психология бытия / А. Маслоу, – М., 1997. – 102 с.
37. Маховская, Т.Г. Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы в структуре пограничных психических расстройств (клинико-эпидемиологическое исследование) / Т.Г. Маховская // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №3. – С. 19–22.
38. Менделевич, В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: Медпресс-информ, 2002 – 608 с.
39. Менделевич, В.Д. Современные представления о психологических механизмах неврогенеза / В.Д. Менделевич // Рос. психиатр. журн. – 2005. – №3. – С. 4–7.
40. Механизмы развития соматической патологии у лиц с длительным психоэмоциональным перенапряжением / С.В. Дударенко, С.Н. Шуленин, А.А. Новицкий и др. // Психосоматическая медицина – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб., 2007. – С. 76.
41. Ольбинская, Л.И. О проблеме депрессии в терапевтической практике. Что показала программа КОМПАС? / Л.И. Ольбинская // Тер. архив. – 2005. – № 10. – С. 85–89.
42. Органные неврозы как психосоматическая проблема / А.Б. Смудевич, А.Л. Сыркин, С.И. Рапопорт и др. // Журн. неврол. и психиатр. – 2000. – Т. 100. – №12. – С. 4–12.
43. Парцерняк, С.А. Стресс. Вегетозы. Психосоматика / С.А. Парцерняк. – СПб.: А. В. К., 2002. – 384 с.
44. Панин, Л.Е. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении / Л.Е. Панин, В.П. Соколов. – Новосибирск: Наука, 1981. – 177 с.
45. Пезешкиан, Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан. – М.: Медицина, 1996. – 464 с.
46. Психосоматика: взаимосвязь психики и здоровья: Хрестоматия / Под ред. К.В. Сельченко. – Минск: Харвест, 1999. – 640 с.
47. Психосоматические расстройства: Тринадцатый доклад Комитета экспертов ВОЗ по психогигиене. – ВОЗ, Женева, 1965.
48. Психосоматические расстройства (клиника, эпидемиология, терапия, модели медицинской помощи) / А.Б. Смудевич, А.Л. Сыркин, В.Н. Козырев и др. // Журн. неврол. и психиатр. – 1999. – Т. 99. – №4. – С. 4–16.
49. Психосоматические расстройства в практике терапевта / Под ред. В.И. Симаненкова. – СПб., 2008. – 335 с.
50. Ромасенко, Л.В. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике / Л.В. Ромасенко // Тер. архив. – 2006. – № 10. – С. 5–8.
51. Ротенберг, В.С. Психонейроиммунология – новый аспект старой проблемы / В.С. Ротенберг // Природа. – 1991. – № 2. – С. 29–31.
52. Румянцева, Г.М. Посттравматическое стрессовое расстройство при разных типах стрессового воздействия / Г.М. Румянцева, А.Л. Степанов // Рос. психиатр. журнал. – 2006. – № 1. – С. 42–47.
53. Сидоров, П.И. Психосоматическая медицина / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 13–63.
54. Смудевич, А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) / А.Б. Смудевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2. – № 2. – С. 35–39.
55. Смудевич, А.Б. Депрессии в общей медицине / А.Б. Смудевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 253 с.
56. Смудевич, А.Б. Расстройства личности: актуальные аспекты систематики, динамики и терапии / А.Б. Смудевич, Э.Б. Дубницкая, Н.А. Ильина // Психиатрия. – 2003. – № 5. – С. 7–16.
57. Смудевич, А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А.Б. Смудевич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2003. – 425 с.
58. Солдатова, О.Г. Темперамент человека как фактор, влияющий на уровень здоровья / О.Г. Солдатова, Ю.И. Савченков, С.Н. Шило // Физиология человека. – 2007. – Т. 33, №2. – С. 76–80.
59. Сукиасян, С.Г. Соматизированные психические нарушения / С.Г. Сукиасян, Н.Г. Манасян, С.С. Чшмаритян // Журнал неврологии и психиатрии. – 2001. – №2. – С. 57–61.
60. Тадевоян, А. Стрессология как теоретическая концепция стрессовых расстройств (аналитический обзор) / А. Тадевоян // Рос. психиатр. журн. – 2006. – №6. – С. 86–92.
61. Тарасенко, Е.П. Выявление и оценка психосоматических взаимосвязей в клинике внутренних болезней: Дис.... канд. мед. наук / Е. П. Тарасенко. – Новосибирск, 1999. – 167с.
62. Ташлыков, В.А. Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами / В.А. Ташлыков. – СПб.: МАПО, 1997. – 24 с.
63. Тополянский, В.Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
64. Фолков, Б. Эмоциональный стресс и его значение для развития сердечно-сосудистых заболеваний / Б. Фолков // Кардиология. – 2007. – №10. – С. 4–11.
65. Фрейд, З. Психология и защитные механизмы / З. Фрейд. – М., 1993. – 120 с.
66. Чехлатый, Е.И. Клинико-психо-физиологические закономерности формирования невротического синдрома: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук / Е. И. Чехлатый; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева. – СПб., 2008. – 28 с.

67. Чухрова, М.Г. Психосоматическая патология как результат состояния незавершенной адаптации / М.Г. Чухрова, В.П. Леутин // Психосоматическая медицина – 2007: Материалы 2-го Международного конгресса. – СПб.: Ренеме, 2007. – С. 162.
68. Юнг, К. Психологические типы / К. Юнг. – М.: Прогресс-Универс; СПб.: Ювента, 1995. – 716 с.
69. Alexander, F. Current problems in Psychosomatic Medicine / F. Alexander // Psychosom. – 1964. – Vol. 5. – P. 330.
70. Janca, A. World Health Organization international study of somatoform disorders – background and rationale / A. Janca, M. Isaac, J.A. Costa e Silva // Eur. J. Psychiatry. – 1995. – №9. – P. 373–378.
71. Mental stress induces prolonged endothelial dysfunction via endothelin-A receptors / L. E. Speieker, D. Hurlimann, F. Ruschitzka, et al. // Circulation. – 2002. – 24. – P. 2817–2821.
72. Soukiassian, S. Aggression and human pathology: somatized mental disorders / S. Soukiassian, A. Manassian // XI World Congress of Psychiatry. – 1999. – Vol. 2. – P. 155–156.