

УДК: 616.85-08-092

## ВОПРОСЫ ПАТОГЕНЕЗА И ЛЕЧЕНИЯ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*О.В. Шилова*

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F 40-48) – наиболее часто встречающаяся психическая патология [3]. По статистике W. Rief e.a., больные депрессивными и тревожными расстройствами составляют не менее 25% больных психиатрических стационаров и до 90% психической патологии в общей популяции [84]. Удельный вес невротических расстройств (НР) на территориальном участке поликлиники составляет в среднем 14,9% [3]. Эпидемиологические исследования методом случайной выборки выявили у лиц, никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, высокий уровень распространенности тревожно-фобических расстройств: 6,1% – больных с генерализованным тревожным расстройством, 4,5% – с социальными фобиями [4].

К психическим расстройствам, широко распространенным среди населения, относят и соматоформные расстройства (особенно вегетативной нервной системы) [42, 68]. По данным R.Kellner, распространенность соматоформных расстройств в первичной медицинской сети составляет от 10% до 30% [71].

Целью работы являлось обобщение литературных данных по вопросам патогенеза и лечения НР.

В структуре этиопатогенеза НР выделяют два звена [3]:

1. психопатологическое, изучающее роль личностных особенностей пациентов, влияние травматического (в т. ч. детского) опыта, уровень социальных стрессов и влияний, а также динамику собственно психопатологической картины расстройств. Особенно актуальным оно является для подбора адекватных психофармакологических, психологических и психотерапевтических воздействий;

2. патофизиологическое, характеризующее функциональные и морфофункциональные изменения в головном мозге и внутренних органах при невротических расстройствах. Большую роль исследования по данному направлению играют в подборе психобиологических методов лечения и профилактики.

### Психопатологическое звено патогенеза

Высокая распространенность НР имеет свои глубокие психологические и социальные корни. Психогенный стресс как универсальное явление, отражающее реакцию на триаду «большой объем информации, дефицит времени и высокий уровень мотивации», отражается на поведенческих, вегетативных, соматических, нейрофизиологических и биохимических показателях [76].

Психическая дезадаптация, важнейшим показателем которой является недостаточность степеней свободы для адекватного личностного реагирования на психотравмирующую ситуацию, развивается по определенным закономерностям.

При относительно зрелой личностной структуре и непродолжительном стрессе реакция на него приводит к напряжению регуляторных систем с преобладанием астенической или тревожной симптоматики и соматических жалоб на фоне объективно выявляемой вегетативной дисфункции. Клинически данный уровень патологии интерпретируется как «расстройство адаптации» [34].

При наличии акцентуаций характера эмоциональные, поведенческие и вегетативные изменения при стрессе приводят к срыву механизмов адаптации и хронизации вегетативных и психопатологических феноменов. В отличие от здоровых лиц, у этих пациентов вегетативная регуляция теряет свою избирательность, мобилизуется при значимом стрессе диффузно, в основе чего лежит, как правило, генерализованная активация неспецифических мозговых структур, приводя к формированию генерализованных тревожных, фобических и других расстройств [43].

Согласно исследованиям, уровень коморбидных личностных расстройств в виде акцентуаций характера у пациентов с патологией невротического уровня достигает 79,5%. Доминируют шизоидные расстройства, далее следуют тревожные, ананкастные и истероидные [82].

Наиболее уязвимыми к воздействию стресса являются люди с т.н. невротической структурой личности, при которой часто происходит хронизация НР. Для больных характерен инфантильный стиль поведения, пассивно-потребительское отношение к жизни, порождающее неуверенность, тревожность, страх перед ответственностью [70]. Часто это является следствием ранних детских психологических травм, особенностей воспитания с эмоциональной депривацией, наличия постоянной конфликтной ситуации в семье [73].

Изучение анамнеза больных тревожно-фобическими расстройствами свидетельствует о высокой семейной болезненности (особенно при агорафобии), что сопровождается наличием у больных и в их ближайшем социальном окружении качеств пассивности, несамостоятельности мотивов, низкой самооценки и социальной неуверенности [52, 59].

В литературе, посвященной изучению клинико-психопатологических особенностей больных тревожными и тревожно-фобическими расстройствами

ми, отмечается, что личностные особенности наиболее дисгармоничны, а вегетативные нарушения более выражены у пациентов с паническим расстройством [22, 52, 59]. Больные демонстрируют более высокий уровень алекситимии и низкую мотивацию к проведению психотерапии [59]. У больных генерализованным тревожным расстройством личностные особенности тревожного круга коррелируют с особенностями вегетативной регуляции функций внутренних органов [22, 59]. При этом высокий, длительно существующий уровень негативных переживаний сочетается с более низким уровнем обращаемости за специализированной помощью.

В настоящее время большое внимание уделяется патоморфозу и соматизации НР [12, 47, 48, 60]. Это сложная система понятий, касающаяся и коморбидности пограничной психической патологии, и особенностей внутриспсихической переработки значимой информации.

Постоянным проявлением НР является вегетативная дисфункция как системное проявление дезадаптации различной степени выраженности [9, 10, 25]. Важную роль в соматизации НР играют вегетативные нарушения. Являясь клиническим выражением эмоционально-поведенческих реакций, которые играют существенную роль в структуре личности, на определенной стадии психической дезадаптации они могут инициировать и поддерживать тревогу. Наиболее значимые сдвиги в вегетативной регуляции как в покое, так и при действии стресса отмечались у лиц с тревожно-мнительными чертами характера [10].

Выделяют аффективно-невротическую соматизацию, обусловленную вытеснением факторов, вызывающих тревогу или депрессию, и неаффективную, обусловленную скорее личностными особенностями, когда тревожность сочетается с ригидностью и неконформностью личности [29]. При соматизации НР большое значение имеют физиологические (сенсорная чувствительность) и личностные (высокий нейротизм, истероидность, пассивность, алекситимия) особенности.

Поскольку НР представляют собой реакцию личности на непереносимую, значимую травмирующую ситуацию, в формировании клинической картины находят отражение представления о наиболее опасных заболеваниях (по механизму внушения и самовнушения) и часто напоминают наиболее распространенные соматические заболевания [60]. Озабоченность мнимыми соматическими заболеваниями при вегетативных и соматизированных нарушениях у больных выше, чем при истинной соматической патологии, когда сенсорный поток и потеря уверенности перерабатываются преимущественно рационально, а не эмоционально [54].

Кроме медицинских, существуют и социальные причины соматизации. Стигматизация психологических и психопатологических жалоб и кросс-культуральное преобладание соматически ориентированного подхода делают выражение дистресса

психологическими терминами условно нежелательным. С другой стороны, социальная роль пациента клиники предоставляет вторичные социальные выгоды в виде снятия ответственности и получения помощи и поддержки [73]. Кроме того, соматические симптомы могут выступать в качестве способа коммуникации [76].

Отмечена роль алекситимии в соматизации НР. Под ней понимают затруднение в осознании и словесном описании собственных чувств, конкретный, утилитарный стиль мышления с бедностью символизации, трудности разделения эмоциональных состояний и телесных ощущений, сочетание высокой социальной конформности со сниженной эмпатической способностью [65]. Причинами ее считают особенности психо-социального формирования (алекситимия как способ защиты от травматического детского опыта и результат научения у алекситимных родителей) [73].

Неаффективная соматизация часто сопровождается психосоматической патологией. Так, у лиц с высокой личностной тревожностью значительно возрастает вероятность развития эрозивных заболеваний двенадцатиперстной кишки [17].

Установлена тесная связь невротической симптоматики с обострениями неврологической симптоматики у пациентов со скелетно-мышечной патологией (остеохондроз, спондиллез) в результате соматизации переживаний [68].

При изучении психолого-вегетативных взаимодействий у больных с ИБС (стенокардией) выявлена высокая коморбидность тревожно-депрессивных расстройств (68,8%). Преморбидные личностные особенности в виде тревожности (у 65,2% больных), гипотимии, ипохондрии через механизм симпато-адреналовой активации способствуют патогенному действию эмоционального стресса и вызывают нарушение ритма сердца [32].

Таким образом, в формировании невротической патологии (особенно тревожно-фобической и соматоформной) ведущую роль играют дисгармоничные личностные особенности, механизмы соматизации и социальные стрессы.

#### **Патофизиологическое звено патогенеза**

В патофизиологическом звене патогенеза стресс-обусловленных заболеваний значимую роль отводят функциональному рассогласованию структур головного мозга, гипоксии, нарушению микроциркуляции и усилению перекисного окисления липидов [2].

Так, известно, что длительный хронический стресс приводит к снижению скорости локального мозгового кровотока. Происходящее при этом повышение активности цитохромоксидазы приводит к повышению утилизации кислорода и циркуляторной гипоксии. Дальнейшая хронизация тревоги стабилизирует гипоксию вследствие снижения функциональной реактивности сосудов головного мозга, вазоконстрикции, а нарушения микроциркуляции способствуют усилению перекисного окисления липидов и повреждению мембран нервных клеток [2]. Возникает порочный круг, при котором эмоци-

ональное напряжение увеличивает потребность клеток мозга в кислороде, которое компенсируется за счет усиления липидного обмена, что, в свою очередь, способствует хронизации процесса [77].

С другой стороны, тревога как осевой феномен в формировании большинства НР, сопровождается активацией неспецифической стресс-системы, действие которой направлено на мобилизацию функциональных резервов организма и сохранение адаптации. Периферическим проявлением процесса является повышение выброса глюкокортикоидных гормонов и адреналина надпочечниками, а также активация симпатической нервной системы [43].

Увеличение содержания катехоламинов способствует интенсификации обменных процессов, повышает уровень энергопродукции и, соответственно, потребность в кислороде [15]. На фоне постоянной гиперadreналиемии возникает повышение содержания лактата, который связывает ионы кальция на поверхности клеточных мембран нейронов центральной нервной системы. Это приводит к развитию многих функциональных висцеральных симптомов, вегетативных кризов, а также нарушению регуляции дыхания [87]. Повышение же потребности в кислороде вызывает гипоксическую гипоксию. Полагают, что повышенная чувствительность к изменениям рН и соотношению лактат/пируват, приводящая к нарушениям регуляции дыхания, диспноэ, кардиалгиям и болевым феноменам у больных тревожно-фобическими расстройствами, обусловлена врожденной дефектностью центральной нервной системы [43].

Таким образом, неспецифическая диффузная стимуляция стресс-лимитующих систем, повышенная чувствительность к изменениям рН крови, развитие гипоксической гипоксии, нарушение микроциркуляции с активацией перекисного окисления липидов участвуют в патофизиологических механизмах формирования НР.

#### **Лечение невротических расстройств**

Лечение НР требует комплексного подхода, оптимально сочетающего в себе терапевтические методики трех направлений: биологического, психологического (психотерапевтического) и социального. В основе выбора методик лежит анализ как клинических особенностей психопатологического синдрома, так психологических особенностей пациента [86]. Особую важность приобретает коррекция вегетативных нарушений [23].

Традиционно основой лечения НР считается психотерапия. Важную роль при ее проведении играют личностные особенности пациента и его мотивация к работе с психотерапевтом. Методы при умелом использовании и правильном подборе расцениваются как эффективные в 40–60% случаев [35]. Актуальным становится вопрос о взаимодействии в системе «врач – пациент». Важно создать в лечении атмосферу эмпатического принятия, высокого уровня доверия, compliance, без которого значительно снижается эффективность психотерапии [18].

Использование психодиагностически обоснованного подхода к психотерапии НР повышает эффективность различных методик в результате приведения в соответствие навыков, ожиданий специалиста и возможностей пациента (в зависимости от его психологической зрелости) [53].

Традиционным методом отечественной психотерапии является гипнотерапия, наиболее распространенная в последнее время в вариантах эриксоновского гипноза и эмоционально-стрессовой гипнотерапии [28]. Суггестивное воздействие на подсознательные процессы пациента оказывает выраженный лечебный эффект, нормализует эмоциональную сферу, стабилизирует вегетативное состояние.

Доказана эффективность телесно-ориентированных методов психотерапии в комплексном лечении НР, в т.ч. затяжных форм (до 55–75%) [46].

Экзистенциальные методы психотерапии в различных вариантах (в т.ч. в виде логотерапии) применяются психотерапевтами гуманистического направления [8]. Получая возможность прикоснуться к глубинным смыслам существования, человек иногда меняется как личность, меняются ценности и психологические причины, приводящие к неврозу.

Поведенческая, когнитивно-бихевиоральная психотерапия является неотъемлемой частью лечения тревожно-фобических и соматоформных расстройств, несмотря на доказанную необходимость длительной психофармакотерапии при них [81, 72, 74].

В последние десятилетия достаточно широко и эффективно в лечении НР используются респираторно ориентированные методы [40]. Это и холотропное дыхание, и ребефинг, и свободное дыхание. Возможность работы с симптомом в измененном состоянии сознания делают методы клинически эффективными при лечении невротических и психосоматических расстройств.

Оригинальным является новое направление психотерапии с использованием цвета и музыки [44]. Воздействие направлено на повышение функциональной активности правого полушария, источника креативности.

Развитие современной техники позволяет расширять возможности лечения НР. К ним относят использование видеотехники в лечении [37] и компьютерное биоуправление [58]. Под компьютерным биоуправлением понимают систему технологий и методов, базирующихся на принципах обратной связи и направленных на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций. Кроме непосредственного обучения управлением вегетативными проявлениями, происходит упрочение мотивации.

Сочетание разгрузочно-диетической терапии с рациональной и поведенческой психотерапией позволяет корректировать вегетативно-сосудистые нарушения при соматоформных, тревожно-фобических расстройствах и неврастении [45].

Непреодолимо высокой остается роль психофармакотерапии в лечении невротических, связанных

со стрессом, расстройств [13, 31, 63, 64, 66, 75, 80, 81, 85].

По-прежнему широко и эффективно в лечении тревожных расстройств используются бензодиазепины, особенно нового поколения. Это и альпразолам – препарат выбора для лечения панического расстройства [62], и грандаксин как вегетостабилизатор в лечении соматоформной вегетативной дисфункции [13] и некоторые другие. Тем не менее широкое и не всегда контролируемое их применение не оправдано и недостаточно для лечения НР. Прием бензодиазепинов вызывает снижение психоэнергетического потенциала, ограничивает жизненную активность пациентов (вождение автомобиля, например). Актуальной остается и проблема профилактики зависимости [62].

Следует учитывать часто встречающуюся коморбидность тревожных, тревожно-фобических и депрессивных расстройств и их психопатологическое «родство». Практическая актуальность данного наблюдения в сложности дифференциальной диагностики и ограничении применения бензодиазепинов, т.к. коморбидная депрессия на фоне их приема усугубляется [26, 27, 61, 67].

Все активнее для лечения невротических, в т.ч. тревожных и соматоформных, расстройств используются антидепрессанты различной структуры и механизмов действия.

Для ряда расстройств невротического уровня (особенно тревожно-фобических и соматоформных расстройств) антидепрессанты являются препаратами выбора. Они высоко эффективны и широко используются во всем мире: пароксетин и кломипрамин [81], оланзапин [80], флювоксамин [64], циталопрам [75], сертралин [85]. При условии правильного подбора и дозировки препаратов их эффективность достигает 70-75% [31].

Сложности их применения могут быть связаны с наличием побочных эффектов (холинолитических у трициклических, в меньшей степени серотонинэргических – у ингибиторов обратного захвата серотонина), что ограничивает их применение у лиц с сопутствующей соматической патологией, а также увеличивает риск отказа от лечения [61]. Существенную роль в ограничении их использования играют экономические причины – относительная высокая стоимость новых психотропных препаратов и необходимость их длительного приема для достижения стабильного клинического эффекта.

В лечении соматоформных расстройств используются и психотропные препараты других групп, например новый противосудорожный препарат габапентин [66], а также некоторые малые нейрорептики (эглонил) [63].

Некоторые гепатопротекторы (адеметионин и метадоксин) доказали свою эффективность в лечении непсихотических депрессивных расстройств [39]. Это обусловлено как достаточно широко распространенными коморбидными сочетаниями поражений печени и депрессивных расстройств, так и наличием функциональных нарушений в данном органе при депрессиях.

Традиционным является применение в лечении НР сосудорегулирующих и ноотропных препаратов. Учитывая определенную роль в патогенезе невротических расстройств хронической гипоксии и нарушений функциональной реактивности мозговых сосудов, их применение является обоснованным. Клинически эффективен в лечении тревожных и астенических расстройств кавинтон. Кроме нормализации психопатологической симптоматики, он оказывает противоастеническое действие и препятствует хронизации тревожных и соматоформных расстройств [1].

Важная роль в лечении данной группы расстройств принадлежит ноотропным препаратам [87]. Они улучшают мозговой метаболизм, усиливают интегративные процессы мозговой деятельности, повышают устойчивость головного мозга к гипоксии и другим вредным воздействиям. Аминалон, ноотропил, энцефабол, фенибут и другие препараты используются не только в лечении неврозоподобных и интоксикационных расстройств, но и невротических, особенно затяжных и фармакорезистентных форм тревожных и соматоформных расстройств [1, 57].

В последние десятилетия вновь возрос интерес к биологическим способам лечения связанных со стрессом расстройств. Это обусловлено как развитием медицинской науки в области возникновения новых технологий, так и расширением представлений о самой патологии и появлением новых знаний о различных звеньях патогенеза [23, 41].

Комплексная, в том числе немедикаментозная терапия чаще всего используется при затяжных, фармакорезистентных формах НР или при наличии сопутствующей патологии, значительно ограничивающей выбор психофармакологических препаратов. Ее преимущества, кроме отсутствия побочных эффектов медикаментов, состоят в активизации функциональных резервов организма, а часто в активном вовлечении самого пациента и изменении его мотиваций. Такое лечение может включать в себя различные комбинации методов, часто в сочетании с психотерапией: использование гомеопатических препаратов [7], иглорефлексотерапии [14], фармакопунктуры с различными лекарственными веществами [50], лазерной рефлексотерапии [11], а также бальнеотерапии [32], мануальной терапии, массажа и лечебной физкультуры [49].

По-прежнему достаточно широко используются лекарственные травы (фитотерапия) [16]. Как вспомогательные могут использоваться ароматерапия, электро- и водолечение, су-джок, дыхательная гимнастика [7, 30].

Внедряются новые физиотерапевтические методы лечения НР. Была доказана эффективность и внедрена методика лечения соматоформных расстройств вегетативной нервной системы с использованием полифакторного аппарата квантовой терапии РИКТА, который генерирует несколько электромагнитных полей, одновременно и синергично воздействующих на физико-химические и биологические реакции организма через акупунктурные

точки в магнитно-инфракрасно-лазерном режиме [41].

Ряд исследований посвящен использованию гипербарической оксигенации (ГБО) в лечении НР [38]. Доказано, что ГБО обладает стресс-протективным действием, усиливает действие некоторых психотропных препаратов (диазепама, аминазина, оксидина), снижает активность галоперидола и эмксипина. На фоне традиционного лечения ГБО оказывает вегетостабилизирующее действие, позволяет ускорить редукцию психопатологической симптоматики и добиться длительно сохраняющегося клинического эффекта.

Разработанный и внедренный в практику в последние десятилетия метод повышения неспецифической резистентности организма за счет адаптации к прерывистой гипоксии используется как метод биологической терапии широкого круга расстройств. Появились работы, свидетельствующие об эффективности лечения НР [51], снижении тревожности при безмедикаментозном лечении НР [5], нормализации вегетативного статуса у больных синдромом вегетативной дистонии методом гипобарической гипоксической терапии.

Новое поколение биологических методов – нормобарическая гипоксическая терапия – доказали свою эффективность при лечении различных заболеваний: ИБС, артериальной гипертензии, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, гинекологической и другой патологии [20, 21, 24, 33]. Изучалось влияние прерывистой нормобарической гипокситерапии на течение невращения, а также функциональных нарушений ритма сердца у больных вегетативными дисфункциями [14]. Авторы отмечают продолжительный клинический эффект и субъективное улучшение самочувствия. У больных снижались или исчезали тревожность и раздражительность, улучшался сон, становились реже вегетативные кризы, нормализовались АД и пульс [55, 78]. Кроме того, отмечалась стабилизация вегетативного тонуса и реактивности, прежде всего за счет снижения симпатикотонических влияний [24]. Изучение патогенетических механизмов адаптации к гипоксии и результатов лечения разнобразной патологии позволяет предположить высокий уровень эффективности его в лечении НР. Предварительные данные свидетельствуют о снижении доли дезадаптивных вегетативных типов тонуса и реактивности, а также снижении уровней тревожности, психологических и соматических жалоб, диссоциальности и ананкастности [56]. Клинический эффект более выраженный и длительный по сравнению с традиционным лечением, изменения в психоэмоциональном и вегетативном статусах свидетельствуют об их нормализации [55, 56].

#### Литература

1. Абрамова А.А. Клинико-патогенетические подходы к терапии тревожных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/Кыргыз.-Рос. Славян. ун-т. – Бишкек, 2000. – 16с.
2. Айрапетянц М.Г. Церебральная гипоксия как важное звено в патогенезе неврозов // Успехи физиол. наук. – 1994. – Т.25, №1. – С.29–30.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учеб. пособие. – М.: Медицина, 2000. – 496 с.
4. Аджигитов Р.Г. Возрастные, клинические и терапевтические аспекты тревоги в общемедицинской практике // Леч. врач. –

2001. – №2. – С. 31–35.
5. Атаманов А.А. Динамика показателей тревожности под действием курса гипобарической оксигенации: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / С.-Петерб. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Казань, 1999. – 19с.
6. Березанцев А.Ю. Теоретические и клинические аспекты соматоформных расстройств и психосоматики (сообщ. 1)/ Рос. психиатр. журн. – 2001. – №6. – С. 4–9.
7. Березовская М.А. Технология комплексного немедикаментозного лечения хронических посттравматических расстройств: Автор. ... канд. мед. наук: 14.00.18/Гос. науч. центр соц. и суд. психиатр. им. Сербского. – Томск, 2001. – 24с.
8. Борисов И.В. Экзистенциальная психотерапия (логотерапия) депрессивных реакций на стресс и дистимии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ С.-Петерб. гос. мед. ун-т им. акад. И.П.Павлова. – СПб, 2001. – 26с.
9. Бронский В.И. Приспособительные психофизиологические механизмы и психосоматическое здоровье критических групп населения на радиоактивно загрязненных территориях. – Гомель: ИМ МС НАНБ, 1999. – 187, ил.
10. Важенин М.М. Вегетативные нарушения у больных неврозами: вопросы психотерапевтической коррекции: Автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.18. / БелГИУВ. – Мн., 1994. – 19с.
11. Варнекина Н.С., Хруленко И.О., Варницкий Р.И. Лазеротерапия в комплексном лечении больных с затяжными формами невротических расстройств // Рос. психиатр. журн. – 1999. – №6. – С. 32–39.
12. Ванчакова Н.П. Патоморфоз невротических расстройств // Новые С.-Петербург. врач. ведомости. – 2000. – №2. – С.40–44.
13. Вейн А.М., Артеменко А.Р., Охнин В.Ю. Эффект грандаксина в коррекции психовегетативных расстройств // Клин. мед. – 1999. – №6. – С.41–45.
14. Влияние адаптации к периодической гипоксии на течение невращения и выраженность аритмий при нейроциркуляторной дистонии. Ф.З.Меерсон, В.П.Твердохлеб, В.М. Боев, Б.А. Фролов // Адаптация к периодической гипоксии в терапии и профилактике: совм. труды НИИ общ. патологии и пат. физиол. АМН СССР и Оренбургск. мед. ин-та / М.: Наука, 1989. – С. 34–39.
15. Гормоза Т.В. Коррекция повышенной тревожности методом иглорефлексотерапии // Социально-психологическая реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: Материалы VIII Междунар. конф. – Мн., 2001. – С. 62.
16. Горожанин В.С., Максимова М.И. Потребление кислорода у больных неврозами // Журн. неврол. и психиатр. – 1995. – Т. 95, №. 6. – С. 48 – 51.
17. Дмитриева И.В., Дмитриева Т.Н. Лекарственные растения в лечении нервных расстройств. – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 1994. – 192с.
18. Дроздова М.С., Федоров А.П., Головкин С.П. Психовегетативные аспекты возникновения и течения эрозивно-язвенных заболеваний двенадцатиперстной кишки // Эксперим. и клинич. гастроэнтерол. – 2003. – №1. – С. 89–90.
19. Евсегеев Р.А. Психиатрия для врача общей практики. – Мн.: Беларусь, 2001. – 426 с.
20. Евсегнеева М.В. Прерывистая нормобарическая гипоксия в лечении и профилактике сердечно-сосудистых заболеваний у работников промышленного предприятия: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.17, 14.00.16. / Рос. ун-т дружбы народов. – М., 1994. – 22с.
21. Егорова Е.Б. Клинико-экспериментальное обоснование использования нормобарической гипоксии для профилактики осложнений беременности в группе высокого риска: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.21, 14.00.16./ Вессоюз. НИИ охр. здор. матери и ребенка. – М., 1987. – 24с.
22. Зиньковский А.К., Юров И.Е. Личностные особенности и психовегетативный статус пациентов с паническим и генерализованным тревожным расстройством // Соц. и клин. психиатр. – 2001. – №2. – С.44–48.
23. Ивлева Е.И. Повышение эффективности терапии больных невротическими расстройствами на основе коррекции вегетативного гомеостаза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Рос. гос. мед. ин-т. – Воронеж, 2001. – 24с.
24. Караш Ю.М., Стрелков Р.Б., Чижов А.Я. Нормобарическая гипоксия в лечении, профилактике и реабилитации. – М.: Медицина, 1988. – 352с.
25. Киреева И.П. Психопатологические состояния, скрытые под маской вегетососудистой дистонии (в первичном звене здравоохранения у пациентов юношеского возраста): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Вессоюз. науч. центр психич. здоровья. – М., 1989. – 27с.
26. Ковалев Ю.В. Тревога и депрессия: клинико-феноменологические сходства и различия (аналитический обзор) // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №1. – С.45–49.
27. Ковалев Ю.В. Психопатологический феномен тревоги: этимология, дефиниция, когнитивное содержание // Рос. психиатр. журн. – 2003. – №3. – С. 14–19.
28. Колбасин Ю.В. Эмоционально-стрессовая гипнотерапия в комплексном лечении неврозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Гос. науч. центр соц. и суд. психиатр. им. В.П.Сербского. – М., 1997. – 30с.
29. Концепции соматизации: история и современное состояние. А.Б.Холмогорова, Н.Г. Гараян и др. // Соц. и клин. психиатр. – 2000. – №4. – С. 81 – 97.
30. Миненко И.А. Комплексная немедикаментозная коррекция посттравматических стрессовых расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51\ Моск. стоматол. ин-т. – М., 1999. – 26с.
31. Мосолов С.Н. Клиническое применение антидепрессантов. – СПб, 1995. – С 98–123.

32. Нарушения сердечного ритма как психосоматическая проблема. А.И. Кодочнигова, Ю.И. Скворцов, Л.П. Емелина и др. // Рос. психиатр. журн. – 2004. – №1. – С.49-54.
33. Нормобарическая гипокситерапия (метод повышения резистентности организма прерывистой гипоксической стимуляцией): Метод. рекомендации / 2-й Моск. мед. ин-т; Моск. науч.-практич. мед. кооператив «Горный воздух»; Сост. Стрелков Р.Б., Белых А.Г., Соболев А.А. и др. – М., 1988. – 10с.
34. Острцов О.В. Нарушения психической адаптации: структурно-психопатологический и динамический аспекты: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Моск. НИИ психиатр. МЗ и МПРФ. – М., 1995. – 22с.
35. Оценка методов лечения психических расстройств: Доклад научной группы ВОЗ по лечению психических расстройств. – М.: Медицина: Женева ВОЗ, 1993. – С. 64–73.
36. Пирутин А.А. Комплексная бальнеотерапия больных с синдромом вегетативной дистонии невротической природы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.34/ Сочинск. НИИ курортол. и физиотерапии. – Сочи, 1991. – 21с.
37. Подсадный С.А. Использование видеотехники в психотерапии больных неврозами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18, 19.00.04/ Моск. ин-т психиатр. МЗ РФ. – СПб, 1994. – 24с.
38. Подсваткин В.Г. Исследование эффективности гипербарической оксигенации и ее сочетаний с лекарственными средствами, обладающими стресс-протекторными свойствами, при экспериментальном стрессе и у больных неврозами: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.25, 14.00.18/ Ин-т фармакологии РАМН. – Казань, 2000. – 31с.
39. Подугольникова М.М. Применение гепатопротекторных препаратов для лечения больных с непсихотическими депрессивными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Гос. науч. центр психиатр. и наркологии МЗ РФ. – М., 1997. – 20с.
40. Полюенко Ю.Н. Респираторно-ориентированная психотерапия в лечении невротических фобий: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.16/ Укр. НИИ соц. и судеб. психиатр. и наркологии. – Киев, 2001. – 20с.
41. Полифакторная квантовая терапия при лечении соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. Г.Д. Ситник, Э.С. Кашицкий, Г.В. Зобнина и др. // Медэлектроника-2003. Средства медицинской электроники и новые медицинские технологии: Матер. междунар. науч.-техн. конф. – Мн.: БГУИГ, 2003. – С. 329-332.
42. Простомолов В.Ф. Соматоформные вегетативные дисфункции (клиника, патогенез, терапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.18/ Рос. Военно-Мед. Акад. – СПб, 2002. – 46с.
43. Пшеничкова М.Г. Феномен стресса. Эмоциональный стресс и его роль в патологии // Пат. физиология и эксперимент. терапия. – 2000. – № 2. – С. 24–31.
44. Сви́дро Н.Н. Использование цвета и музыки в комплексном лечении больных невротической депрессией: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Моск. мед. стоматол. ин-т. – М., 1998. – 24с.
45. Семикина О.Е. Эффективность разгрузочно-диетической терапии с психотерапией при вегетативно-сосудистых нарушениях невротического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.16/ Киевск. ин-т последипломного образования. – Киев, 2001. – 19 с.
46. Сергеева Л.С. Телесно-ориентированные методы в системе психотерапии больных с затяжными формами неврозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Воен.-мед. акад. – СПб, 2001. – 22с.
47. Собенников В.С. Соматоформные, депрессивные и тревожные расстройства. Сообщ. 3. Клинико-патогенетический аспект коморбидных состояний // Рос. психиатр. журн. – 2001. – №6. – С. 23–28.
48. Сукиасян С.Г. Соматизированные психические нарушения (клинические аспекты): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.07/ НИИ клин. психиатр. Науч. Центра Психич. здоровья РАМН. – Ереван, 1996. – 40с.
49. Султанова О.А., Сокова Э.Л. Лечебная физкультура при неврозах//Мед. сестра. – 2001. № 2. – С. 15–18.
50. Терехов А.Е. Фармакопунктура посттравматических стрессовых расстройств в реабилитации участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.51/ Науч.-практ. центр традиционной медицины и гомеопатии МЗ РФ. – М., 2000. – 25с.
51. Фунин Р.Е. Лечение невротических расстройств методом адаптации к периодической гипоксии в условиях барокамеры: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ С.-Петербург. психоневрол. ин-т им. В.М.Бехтерева. – Челябинск, 1997. – 20с.
52. Хмельницкая Э.Г. Особенности личности при генерализованных тревожных и панических расстройствах//Журн. Гроднен. гос. мед. ун-та, 2003. – С.13–19.
53. Хмельницкая Э.Г. Психодиагностически обоснованные стратегии психотерапии больных тревожными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.14/ Гроднен. гос. мед. ун-т. – Гродно, 2004. – 18с.
54. Циркин С.Ю. Психопатологический анализ аффективно-эмоциональной сферы: тревога (страх)// Рос. психиатр. журн. – 2001. – №6. – С. 20–25.
55. Шилова О.В. Прерывистая нормобарическая гипоксическая терапия в лечении невротических и неврозоподобных расстройств: клиническая эффективность / Актуальные вопросы психологии медицины: Мат. науч.-практич. конф., посвященной 10-летию медико-психологического факультета ГГМУ. – Гродно, 2003. – с. 205–207.
56. Шилова О.В. Динамика психо-вегетативного статуса у больных невротическими расстройствами в процессе лечения методом прерывистой нормобарической гипоксической терапии / Актуальные проблемы медицины: сб. науч. статей. – Гомель, 2003. – с.305–307.
57. Шинаев Н.Н., Дачевская И.И., Акжигитов Р.Г. Опыт лечения пограничных психических расстройств в «Клинике неврозов» // Рос. психиатр. журн. – 2000. – №1. – С.54–58.
58. Шубина О.С. Компьютерное биоуправление при лечении дистимических расстройств, сочетанных с психосоматической патологией (предикты эффективности): Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.0018 / Науч.-исслед. ин-т психич. здоровья ТНЦ (г. Томск). – Новосибирск, 1997. – 17с.
59. Юров И.Е. Панические расстройства у лиц молодого возраста (клинико-психологические, гемодинамические и патобиохимические аспекты) \ Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18/ Рос. гос. мед. ун-т. – М. – 2000. – 27с.
60. Barsky A.J. Amplification, somatization and somatoform disorders // Psychosomatics. – 1992. – Vol.33. – P. 28–43.
61. Dunner D.L. Management of anxiety disorders: the added challenge of comorbidity // *Depress. Anxiety.* – 2001. – Vol.2, №13. – P.57–71.
62. Fava G.A., Rafanelli C., Grandi S. e.a. Long-term outcome of panic disorder with agoraphobia treated by exposure // *Psychol. Med.* 2001. – №31(5). – P. 891–898.
63. Ferreri M., Florent C., Gerard D. Sulpiride: study of 669 patient presenting with pain of psychological origin // *Encephale.* – 2000. – №26(4). – P.58–66.
64. Figgitt D.P., McClellan K.J. Fluvoxamine. An updated review of its use in the management of adults with anxiety disorders // *Drugs.* – 2000. – №60(4). – P. 925–954.
65. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // *Psych. Rep.* – 1994. – Vol. 75. – P. 835–838.
66. Garcia-Campayo J., Sanz-Carrillo C. Gabapentin for the treatment of patients with somatization disorder // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – №62(6). – 474p.
67. Gruzza R.A. Anxiety in major depression // *Am. J. Psychiatry.* – 2001. – №158(9). – P. 1535–1536.
68. Janca A., Isaac M., Costa e Silva J.A. World Health Organization international study of somatoform disorders – background and rationale // *Eur. J. Psychiatry.* – 1995. – N 9. – P. 373–378.
69. Jorgensen C.K., Fink P., Olesen F. Psychological distress and somatisation as prognostic factors in patients with musculoskeletal illness in general practice // *Br. J. Gen. Pract.* – 2000. – №50(456). – P. 537–541.
70. Katon W., Sullivan M., Walker E. Medical symptoms without identified pathology: relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma, and personality traits // *Ann. Intern. Med.* – 2001. – №134(9 Pt 2). – P. 917–925.
71. Kellner R. Somatization. Theories and Research // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 1990. – Vol. 3. – P. 150–160.
72. Kroenke K., Swindle R. Cognitive-behavioral therapy for somatization and symptom syndromes: a critical review of controlled clinical trials // *Psychother. Psychosom.* – 2000. – №69(4). – P. 205–215.
73. Krystal J.H. Integration and self-healing. Affect, trauma and alexithymia. – Hillsdale, New Jersey: Analytic Press. – 1988. – P.35.
74. Kuntze M., Cornu C.M., Bahro M. Ambulatory treatment of anxiety disorder. Behavior therapy and drug therapy approaches // *Schweiz. Rundsch. Med. Prax.* – 2001. – Vol.15. – №90(7). – P. 249–252.
75. Leinonen E., Lepola U., Koponen H., e.a. Citalopram controls phobic symptoms in patients with panic disorder: randomized controlled trial // *J. Psychiatry. Neurosci.* – 2000. – №25(1). – P.25–32.
76. Lepine J.P. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – Vol. 62. – Suppl. 13. – P. 4–10.
77. Malizia A.L. What do brain imaging studies tell us about anxiety disorders? // *J. Psychopharmacol.* – 1999. – №13(4). – P. 372–378.
78. Neubauer J.A. Invited review: Physiological and pathophysiological responses to intermittent hypoxia // *J. Appl. Physiol.* – 2001. – №9(4). – P.1593–1599.
79. Ng V., Norwood A. Psychological trauma, physical health and somatisation. // *Ann. Acad. Med. Singapore* – 2000. – №29(5). – P. 658–664.
80. Olanzapine and panic attacks. M. Etxebeste, E. Aragues, P. Malo, L. Pacheco. // *Am. J. Psychiatry.* – 2000. – №157(4). – P. 659–660.
81. Paroxetine, clomipramine, and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. A. Bakker, R. van Dyck, P. Spinhoven, A.J. van Balkom // *J. Clin. Psychiatry.* – 1999. – №60(12). – P.831–838.
82. Personality dysfunction among somatizing patients. Noyes R., Langbehn D.R., Hoppel R.L., e.a. // *Psychosomatics.* – 2001. – №42(4). – P. 320–329.
83. Powell F.L., Garcia N. Physiological effects of intermittent hypoxia // *High Alt. Med. Biol.* – 2000. – №1(2). – P. 125–136.
84. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // *Psychosom. Med.* – 2001. – №63(4). – P. 595–602.
85. Sertraline treatment of panic disorder: response in patients at risk for poor outcome. M.H. Pollack, M.H. Rapaport, C.M. Clary, e.a. // *J. Clin. Psychiatry.* – 2000. – Vol. 12, №61. – P. 922–927.
86. Shelton R.C., Brown L.L. Mechanisms of action in the treatment of anxiety // *J. Clin. Psychiatry.* – 2001. – №62. – Suppl. 12. – P. 10–15.
87. Wilhelm F.H., Gevirtz R., Roth W.T. Respiratory dysregulation in anxiety, functional cardiac, and pain disorders. Assessment, phenomenology, and treatment // *Behav. Modif.* – 2001. – №25(4). – P. 513–545.