

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

"Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО

Заведующая кафедрой: д.м.н., доцент Березовская М.А.

Проверила: д.м.н., доцент Березовская М.А.



Реферат

Тема: Психосоматические расстройства (теории и классификация)

Выполнил: ординатор 2 года обучения Карпов С.М.

Красноярск 2018г

Рецензия

Данный реферат Карпова С.М. по дисциплине: "психиатрия" на тему: "Психосоматические расстройства (теория и классификация)" от 2018 года актуален, содержание работы соответствует заявленной теме. Работа полностью раскрывает все аспекты исследуемого вопроса. Текст логичен, последователен. Замечаний к оформлению нет. Работа принята и оценена положительно.

Оценка: 5 баллов

Проверил: д.м.н., доцент Березовская М.А.



План:

1. Терминология
2. Систематика
3. История
 - Фрейд
 - Гроддек
 - Александер
 - Павлов
 - Селье
4. Концепция алекситимии
5. Модель Иксюля и Везиака
6. Отечественные ученые
7. Клинические проявления
8. Нозогении
9. Заключение
10. Список литературы

Терминология

Психосоматические расстройства — группа болезненных состояний, возникающих на основе взаимодействия психических и соматических факторов и проявляющихся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, или развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов.

Термин психосоматика впервые был употреблен в начале XIX в. J. Heinroth (1818). В настоящее время (цит. по Z. Lipowski) в определении Оксфордского словаря термин "*psychosomatic*" относится к -

1. Телесным (соматические) заболеваниям, вызываемым или усугубляемым психологическими факторами и реже, психические заболевания связанные с физическими (телесными) факторами.
2. Ветвь медицины связанная с взаимоотношениями между душевным и телесным (mind-body relations).

Собственно появление термина *психосоматическая медицина* в противовес обычной "внутренней" медицине восходит к картезианскому (Декарт, Рассуждение о методе) разделению разума и тела, повлиявшему на весь дальнейший ход европейской науки. Впрочем, отмечается (Бройтигам), что и в древности идеи Платона и Аристотеля о влиянии души и духа на тело в медицинском и психологическом плане не развивались.

Систематика

В МКБ-10 психосоматические расстройства могут классифицироваться в разных разделах:

«Органические, включая симптоматические, психические расстройства» (рубрики F04—F07, соответствующие реакциям экзогенного типа K. Bonhoeffer),

«Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» (рубрики F44.4—F44.7, соответствующие психогениям, и F45 — соматоформные расстройства),

«Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» (рубрики F50—F53).

Несмотря на такое многообразие рассматриваемых состояний, их объединяет общий признак — сочетание расстройств психической и соматической сферы и связанные с этим особенности медицинского обслуживания больных, которое предполагает взаимодействие психиатров и врачей общего профиля.

Исходя из структуры психосоматических соотношений, выделяется 4 группы состояний (Смулевич):

Соматизированные психические (соматоформные) реакции, формирующиеся при невротических или конституциональных расстройствах (неврозы, невропатии).

Психогенные реакции (нозогении), возникающие в связи с соматическим заболеванием (последнее выступает в качестве психотравмирующего события) и относящиеся к группе реактивных состояний.

Реакции по типу симптоматической лабильности — психогенно спровоцированная манифестация либо экацербация соматического заболевания (психосоматические заболевания в традиционном их понимании).

Реакции экзогенного типа (соматогении), манифестирующие вследствие воздействия соматической вредности на психическую сферу и относящиеся к категории симптоматических психозов, т. е. к категории экзогенных психических нарушений.

История

История развития теоретических представлений о психосоматических процессах.

Фрейд - одна из первых психосоматических моделей была предложена Фрейдом. По Фрейду, истерический симптомокомплекс, проявляется когда подавляемый бессознательный конфликт переводится (разряжается) в соматическую сферу. Классические примерами - психогенные параличи руки, истерические припадки, истерическая дисбазия (нарушение ходьбы) или психогенная анестезия (нарушение чувствительности). Фрейд использовал термин "конверсия" для определения процесса, переводящего психическое возбуждение в соматические симптомы. Но ограничивался в своей гипотезе рассмотрением истерии и не расширял ее на органические заболевания.

Гроддек – Некоторые последователи Фрейда (Groddeck, Deutsch, Jelliffe) расширяли эти предположения на этиологию органических заболеваний. Соматические симптомы по мнению Гроддека символически выражают существующий внутренний конфликт и направлены на его разрешение или подавление. Таким образом, бессознательное является источником прямого действия на организм. Тем самым Гроддек впервые высказал мысль о значении и влиянии неосознанных процессов на возникновение соматических заболеваний.

Александр – теория Гроддека подверглась жесткой критике со стороны коллег психоаналитиков и в частности, Александра. Он четко разделил конверсионные симптомы как символическое выражение психологических процессов и органические заболевания, которые он рассматривал как вегетативный ответ на хронические эмоциональные состояния, а так же чисто функциональные нарушения. Цитата - "Здесь соматические симптомы не становятся замещающим выражением вытесненных эмоций, это нормальные физиологические проявления, сопровождающие эмоции...". Он называет такие заболевания "вегетативными" или "органическими" неврозами, определяя их как психогенные органические заболевания. Однако, одно из главных положений концепции Александра о том, что «каждое эмоциональное состояние создаёт свой собственный физиологический синдром» не подтвердилось.

Павлов - Теория научения играет ведущую роль в интерпретациях и поведенческой терапии определённых видов страхов, фобий, навязчивостей, в лечении заикания, тиков, а также истерических реакций. Как классическому, так и оперантному кондиционированию приписывается определённая роль при развитии этих заболеваний, но всё же правильнее видеть в них фактор, обуславливающий эскалацию уже имеющейся болезни, а не вызывающий её. На примере бронхиальной астмы объяснено и эмпирически проверено применение обучающейся модели для понимания и лечения специфических психосоматических реакций [J. Turnbull, 1962]. Астматоидные реакции могут вначале развиваться как некондиционированные ответы на аллерген. Позже они могут появляться на основе классического кондиционирования как ответ на нейтральный раздражитель, который появляется в паре с аллергеном. Приступы астмы могут рассматриваться как оперантные реакции, которые приводят к вознаграждению (например, внимание окружающих, возможность избежать неприятной деятельности). Но подобными рассуждениями нельзя охватить все проблемы психосоматических нарушений, поскольку они не объясняют причин первоначального появления болезни. Парадигмы, относящиеся как к классическому, так и к оперантному кондиционированию, предполагают, что соматические симптомы уже имеются.

И.П. Павлов и представители его школы описали условные рефлексы практически при всех телесных функциях, в том числе при сердечной деятельности, сосудистых реакциях, деятельности желудочно-кишечного тракта, терморегуляции, обмене веществ, функции почек и т.д. [К.М. Быков, 1953]. Психосоматические процессы рассматриваются как проторённые пути, как сложные структурированные «рефлексы», соответствующие основной схеме условного рефлекса с его афферентной частью центральной переработки и эфферентной частью дуги рефлекса. Важными являются закономерности формирования условных рефлексов и их ослабления (угасания).

Селье - Селье оказал большое влияние на психосоматическую медицину, так как указал путь к экспериментальному изучению вредных влияний среды на здоровье и болезнь человека и животных. Первоначально подход, предложенный Селье, и его теория экзогенной обусловленности болезней были поддержаны. Однако реальностью, как это видно из опыта различных дисциплин,

является то, что болезнь возникает как продукт взаимодействия внешнего окружения человека и реакции самого организма. Модель взаимодействия такого рода комплексная. Многие, в том числе и врождённые, факторы определяют психобиологическую реакцию человека. В настоящее время можно исходить из того, что многие позиции концепции стресса находятся на пути к объяснению. Очень многие экспериментальные психосоматические исследования у человека являются в действительности исследованиями стресса – традиция, начало которой положил.

Концепция алекситимии – направление основанное на противоположных теории Александра предположениях. Ряд авторов описывали характерные черты "психосоматической" личности, основываясь на клинических наблюдениях, демонстрировавших особенности поведения психосоматических больных в отличие от обычных больных или больных с неврозами. Таким образом было выявлено четыре типичных признака психосоматической "алекситимической" структуры личности :

1. Своеобразная ограниченность способности фантазировать. Пациент затрудняется или оказывается просто не способным пользоваться символами, результатом чего является своеобразный тип мышления, который можно определить как «механический», «утилитарный», «конкретный».
2. Типичная неспособность выражать переживаемые чувства. Пациент не в состоянии связывать вербальные или жестовые символы с чувствами [J. Ruesch, 1948].
3. Примечательно, что психосоматические пациенты очень приспособлены к товарищеским отношениям, что даже определяется как «гипернормальность». Их связи с конкретным партнёром характеризуются своеобразной «пустотой отношений».
4. Неспособность к истинным отношениям с объектом и к процессу переноса. Происходит тотальное идентифицирование с объектом; психосоматический больной существует, так сказать, с помощью и благодаря наличию другого человека (его «ключевой фигуры»). Почему потеря (вымышленная или реальная) этой «ключевой фигуры» («потеря объекта») так часто обнаруживается как провоцирующая ситуация в начале (или при ухудшении) болезни.

Хотя «алекситимия» наблюдается постоянно у многих пациентов, гипотеза о том, что это типичная психосоматическая структура, до сих пор вызывает дебаты. Самое важное возражение вызывает её неспецифичность: несмотря на то что алекситимию находят у многих психосоматически больных, она обнаруживается у не меньшего числа больных с неврозами и здоровых людей. Поэтому скорее всего такое поведение представляет собой неспецифический фактор риска, который может быть связан с другими (специфическими и неспецифическими) факторами.

Модель Икскуль и Везиака

После второй мировой войны Т. Икскуль (Th. Uexkull) изложил всеобъемлющую «биопсихосоциальную модель». Мнение Икскуля состоит в том, что нельзя корректировать почти полностью бездушевную соматическую медицину бестелесной душевной медициной. Таким же образом Икскуль понимает психосоматическую медицину как «поиск потерянного живущего тела». С этой точки зрения на первый план выступают задачи, которые должны быть основными в теории психосоматической медицины: создать модель отношений между организмом и окружающей средой и модель отношений между биологическими, психическими и социальными процессами. Применительно к первой задаче Th. Uexkull и W. Wesiak (1990) поддерживают модель функционального круга Якоба Икскуля [J. Uexkull, 1920]. Описание биопсихосоциальных функциональных связей осуществляется с помощью теории систем и современной семиотики. Теория систем вступает в действие после того, как процессы на разных уровнях координируются в иерархию систем и сверхсистем. Для каждого из интеграционных уровней применяется иная система знаков. Под физиологическим уровнем понимают клетки, органы и системы органов с биохимическими и/или электрофизиологическими свойствами. Среди них различают специальные системы знаков – эндокринную, иммунную и нервную. Все системы знаков являются «эндосемиотическими», т.е. они действуют внутри организма. На психическом уровне имеются опять-таки специфические и дифференцированные системы знаков. К ним относятся ощущения и чувства, которые мы воспринимаем от нашего тела и/или

через органы чувств из окружающей среды. С помощью этих знаков субъект строит свой субъективный мир [Th. Uexkull и W. Wesiak, 1991].

Отечественные ученые

Большой вклад в изучение психосоматических соотношений при психической и соматической патологии принадлежит и таким отечественным ученым, как В. М. Бехтерев (1928), который выдвинул концепцию соматофрении, и В. А. Гиляровский (1949), развивавший представление о катестетических механизмах, участвующих в формировании психопатологических образований ипохондрического круга. Особое внимание анализу взаимоотношений между функциональным и органическим в структуре психических расстройств при соматических заболеваниях уделяется в работах К. А. Скворцова (1961, 1964), посвященных соматогениям. Совокупность переживаний, возникающих в связи с телесным заболеванием («сознание и чувство болезни» — по Е. К. Краснушкину, 1950), А. Р. Лурия (1935) рассматривает на двух уровнях — сенситивном (комплекс ощущений, возникающих в связи с болезнью) и интеллектуальном (представления больного, отражающие его реакцию на болезнь) Концепция внутренней картины болезни [Лурия А. Р., 1935], расширяющая понимание психосоматических соотношений, остается и в настоящее время актуальной.

В современной медицине раздел психосоматики представляют клинические, психологические, эпидемиологические и лабораторные исследования, которые освещают роль стресса в этиопатогенезе соматических заболеваний, связь патохарактерологических и поведенческих особенностей с чувствительностью или устойчивостью к определенным соматическим заболеваниям, зависимость реакции на болезнь («поведения» в болезни) от типа личностного склада, влияние некоторых методов лечения (хирургические вмешательства, гемодиализ и т. п.) на психическое состояние. Состояния, относимые к психосоматическим расстройствам, включают не только психосоматические заболевания в традиционном, узком понимании этого термина, но значительно более широкий круг нарушений: соматизированные расстройства (соматоформные состояния, соматизированные дистимии и др), патологические психогенные реакции на соматическое заболевание, соматопсихические акцентуации на уровне расстройств личности. В ряду психосоматических принято рассматривать психические расстройства, часто осложняющиеся соматической патологией (нервная анорексия, булимия, алкоголизм и др.), а также психические нарушения, осложняющие некоторые методы лечения (например, депрессии и мнестические расстройства, развивающиеся после операции аортокоронарного шунтирования; аффективные, анксиозные и астенические состояния у больных, получающих гемодиализ и др.) (Коркина М. В., Марилов В. В., 1995]. В пределах психосоматических в ряде исследований [Смулевич А. Б., 1997; Freeman E. et al., 1980; Tuk B. et al., 1997] интерпретируются психопатологические состояния, возникающие в связи с генеративным циклом у женщин (синдром «предменструального напряжения» и «предменструальное дисфорическое расстройство»; депрессии беременных и послеродовые депрессии, в числе которых синдром «грусти рожениц»; инволюционная истерия и др.). К психосоматическим расстройствам причисляют также симптоматические психозы — делирий, аменцию, галлюциноз и др.

Распространенность

О распространенности психосоматических нарушений в целом судить трудно, так как в связи с многообразием их клинических проявлений больные наблюдаются в разных медицинских учреждениях как общесоматического, так и психиатрического профиля, а иногда обращаются за помощью и к представителям «нетрадиционной медицины», вообще выпадая из поля зрения врачей. Поэтому имеющиеся в литературе показатели болезненности должны оцениваться как несколько заниженные по сравнению с числом больных среди населения. Тем не менее опубликованные данные свидетельствуют о том, что частота психосоматических расстройств достаточно высока и колеблется в населении от 15 до 50 % [Spaulding W., 1975; Schwab J. et al.,

1978; Dilling H. et al., 1981; Halldin J., 1984; Schepank H. et al., 1984], а среди пациентов первичной практики — от 30 до 57 % [Spaulding W., 1975; Wohnlich H., Stahli R., 1985; Lobo A. et al., 1989]. Среди контингента пациентов многопрофильной больницы (однодневный «срез» госпитализированных больных) психосоматические расстройства были выявлены в 53,6 % случаев [Смулевич А. Б. и др., 1999]. Согласно результатам выборочных исследований, соматоформные расстройства выявляются у 10—26 % больных общесоматической сети [Slavney P., Teitelbaum M., 1985; Snyder S., Strain J., 1989; Levenson J. et al., 1990; Hemert A. et al., 1993], а нозогении — у 13—41 % больных [Дробижев М. Ю., Печерская М. Б., 1994; Bronheim H. et al., 1989; Dunsis A., Smith G., 1996]. В то же время частота реакций по типу симптоматической лабильности оценивается в 10—14 %, а симптоматических психозов — в 5—8 % [Snyder S., Strain J., 1989; Ansari E. et al., 1990; Levenson J. et al., 1990]. По данным А. Б. Смулевича и др. (1999), соматоформные расстройства диагностируются в 15,3 %, нозогенные реакции — в 28,3 %, тогда как реакции по типу симптоматической лабильности встречаются значительно реже — в 8,8 и 1,2 % случаев соответственно.

Клинические проявления.

Каждая из групп психосоматических расстройств, характеризуясь достаточным разнообразием клинических проявлений, имеет вместе с тем определенные психопатологические особенности.

Соматизированные психические реакции, или соматоформные расстройства.

Со времени выделения W. Cullen (1776) невротизированные эти расстройства описывались в рамках психических нарушений, протекающих с вегетативными стигмами. Позднее стала выделяться группа невротизированных, терминологическое обозначение которых было различно — вегетативные, висцеровегетативные, системные невротизации; нейроциркуляторная, вегетососудистая дистония. В МКБ-10, как уже упоминалось, эти нарушения отнесены к классу «соматоформных расстройств». Психопатологические проявления соматоформных расстройств чаще всего образуют симптомокомплексы, обозначаемые как конверсионное, соматизированное, хроническое соматоформное болевое расстройство.

Для **конверсионного расстройства** характерны разнообразные патологические телесные ощущения, имитирующие топографически ограниченные нарушения чувствительности (кожные анестезии или гиперестезии, частичная или полная потеря зрения, слуха или обоняния), нередко сопряженные с нарушениями моторики или координации (парезы, параличи, явления астазии-абазии), психалгиями и телесными фантазиями. В клинической картине при телесных фантазиях наряду с элементарными и нестойкими болевыми ощущениями наблюдаются более сложные: ощущения надувающегося шара в животе, обруча, охватывающего лоб в виде болевого пояса или вбитого гвоздя (*clavus hystericus*), кома в горле (*globus hystericus*), воспринимаемого как объемное образование и пр. В качестве облигатных признаков конверсионного расстройства рассматриваются демонстративная выразительность и наглядность клинических феноменов с оттенком утрированности и нарочитости. Манифестация конверсионных расстройств, провоцируемая психологическим стрессом, реализуется по механизмам «преципитации» симптомов. Их течение характеризуется чаще всего кратковременными (длительностью не более 2—4 мес) реакциями.

Для **соматизированного расстройства** характерны полиморфные патологические телесные ощущения. Последние представлены алгиями, варьирующими по интенсивности от субъективно незначимых, не приводящих к обращению за медицинской помощью, до выраженных, острых аллопатических феноменов. Наряду с этим при соматизированном расстройстве наблюдаются вегетативные проявления, имитирующие ургентные соматические заболевания (симптоадреналовые, вагоинсулярные, смешанные кризы), и функциональные нарушения деятельности внутренних органов и систем (тахикардия, дискинезии желчных путей и др.). Возникновение соматизированных расстройств, как правило, связано с психогенными факторами и реализуется по механизмам реактивной лабильности. Длительность рассматриваемых реакций обычно не более 6 мес.

Хроническое соматоформное болевое расстройство характеризуется стойкими мономорфными патологическими ощущениями — идиопатическими алгиями [Смулевич А. Б. и др., 1992; Ladee G., 1966], которые с самого начала неизменны по локализации, интенсивности и не сопровождаются сколь либо выраженной неврологической и психовегетативной симптоматикой. Типичен мучительный («изнуряющий», «непереносимый») оттенок болей, отражающий особую, не свойственную конверсионным и другим психалгическим феноменам чувственную насыщенность ощущений; характерна также четкая проекция по отношению к отдельным органам и анатомическим образованиям. Появление их чаще всего спонтанно, а длительность таких состояний («развитие с выявлением телесных сенсаций» — по А. Б. Смулевичу и соавт.) отражает стойкость болезненных явлений и составляет от нескольких месяцев (свыше 6) до нескольких лет.

Психогенные реакции, или нозогении

Психогенные расстройства, обозначаемые термином «нозогении» [Смулевич А. Б. и др., 1992; Смулевич А. Б., 1994], обусловлены влиянием психотравмирующих событий, связанных с соматическим заболеванием. Структура нозогений детерминируется психологическими, социальными, конституциональными (характерологические особенности личности) и биологическими (соматическое заболевание) факторами. Среди психологических и социальных влияний первостепенную роль играет отношение пациента к собственному заболеванию, которое в соответствии с концепцией внутренней картины болезни [Лурия А. Р., 1977] может быть сведено к двум полярным позициям: гипернозогнозия (высокая субъективная значимость переживания телесного неблагополучия) и гипонозогнозия (низкая значимость соответствующих переживаний). Среди клинических проявлений, влияющих на образование нозогенных реакций, необходимо выделить особенности динамики соматического заболевания с острыми нарушениями жизненно важных функций (ишемия миокарда, явления бронхоспазма и др.), которые сопровождаются витальным страхом и паническими атаками. Немаловажную роль в формировании картины болезни играют и частые обострения основного заболевания, особенно в тех случаях, когда эти обострения связываются в сознании больных с неблагоприятными внешними (и в том числе эмоциональными) воздействиями. При совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование на первых этапах терапии представляется не менее важной задачей, чем непосредственное лечение соматического страдания.

Выделяют 3 основные группы синдромов нозогений — невротические, аффективные и патохарактерологические, клинические проявления которых дифференцируются в зависимости от преобладания гипер- или гипонозогнозии (см. схему). Кроме того, отдельно должны быть рассмотрены нозогений, развивающиеся у психически больных.

Реакции по типу симптоматической лабильности

В этих случаях речь идет о психогенно спровоцированной манифестации или эксацербации проявлений соматического заболевания, т. е. о психосоматических заболеваниях в традиционном понимании этого термина — ишемической болезни сердца, эссенциальной гипертензии, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, некоторых эндокринных заболеваниях (гипертиреоз, диабет), нейродермитах и ряде других (в том числе аллергических) болезней. Обязательным условием отнесения болезненных состояний к психосоматическим является наличие психотравмирующих эмоционально значимых событий, не только связанных во времени с началом или обострением соматического заболевания, но и играющим существенную патогенную роль в возникновении психосоматических расстройств. Влияние острых и хронических стрессов на деятельность внутренних органов, в том числе на иммунные и обменные процессы, подтверждено многочисленными клиническими и экспериментальными исследованиями.

Однако представление о психогенезе как линейной психосоматической модели не соответствует действительности. Травмирующие события являются лишь одной из составляющих патогенеза

психосоматических расстройств. Значимую роль в формировании психосоматических заболеваний играют личностные черты.

Существует тенденция выделения отдельных личностных радикалов, предрасполагающих к возникновению конкретного психосоматического заболевания. На основе этого подхода выделяется ряд личностных профилей.

Принято идентифицировать личности, относящиеся к группе риска по коронарной болезни (**коронарная личность**). Им свойственны нетерпеливость, беспокойство, агрессивность, стремление к успеху, ускоренному темпу жизни и работы, сдержанность при внешних проявлениях эмоций.

Преобладание компульсивных свойств рассматривается в аспекте склонности к язвенной болезни («**язвенная личность**»). В этих случаях преобладают педантизм, мелочность, стремление к порядку, эмоциональная холодность, застенчивость и одновременно амбициозность.

Выделяется также «**артритическая личность**» и т. д.

Однако выдвигается и альтернативная точка зрения, в соответствии с которой предрасположение к психосоматической патологии носит более универсальный и целостный характер. В этом аспекте могут быть выделены патохарактерологические комплексы, обуславливающие склонность к психосоматическим расстройствам в целом. Среди таких комплексов можно назвать хроническую тревожность и склонность к фрустрации, истерические и нарциссические проявления. Подверженность психосоматическим заболеваниям часто формируется у лиц с чертами алекситимии (дефицит вербального выражения эмоций с бедностью воображения и затруднениями в осознании собственных чувств, реализующие тенденцию к соматизации). Соответственно на первый план в подобных случаях выдвигаются расстройства физиологических функций. В динамике заболеваний внутренних органов, относимых к группе психосоматических, обнаруживается также зависимость от неблагоприятных событий. Ориентируясь на крайние варианты, можно, с одной стороны, выделить формы соматической патологии, развитие которой в значительной мере детерминировано генетическими, патофизиологическими и другими факторами (например, инфекционно-аллергическая бронхиальная астма, стенокардия напряжения, недостаточность кровообращения), а с другой — соматические заболевания со значительной лабильностью по отношению к психогенным и социальным вредностям. При этом воздействие последних сказывается одновременно на проявлениях патологии внутренних органов и психических расстройств. Формирование состояний эмоционального напряжения, а также более выраженных психопатологических проявлений возможно и другим путем — нарастающими нарушениями вегетативных функций, обусловленными соматическим заболеванием.

Список литературы:

1. Бройтигам В., / Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / М.: Медицина 2009
2. Актуальные проблемы психосоматики
в общемедицинской практике, СПб 2014
3. Смулевич А.Б. / Психосоматические р-ва (из on-line библиотеки сайта НЦПЗ РАМН)