

Н.Ф. Гребень

Психологические факторы в развитии язвенной болезни

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и 12-перстной кишки относится к классическим психосоматозам — многофакторным по своей природе органическим заболеваниям, в возникновении, течении и исходе которых, как предполагается, наряду с наследственной предрасположенностью и действием разнообразных факторов внешней среды важная роль принадлежит психосоциальным и личностным влияниям.

Сегодня имеется множество объяснительных гипотез этиопатогенетических соотношений и взаимодействия психических и соматических факторов при ЯБ. Так, Ю.С. Малов с соавт. [24] приводят более полутора десятков теорий, утверждая, что каждая из них, несомненно, имеет право на существование, так как отражает одну из граней этой сложной проблемы.

Большинство гастроэнтерологов придерживаются наиболее известной и признанной *физиологической теории*, предложенной H. Selye. По этой теории развитие ЯБ обусловлено нарушением равновесия между факторами «агрессии» и «защиты» слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки [39]. В последнее время особой популярностью среди врачей пользуется *инфекционная теория* ЯБ, согласно которой органические поражения вызываются бактерией *Helicobacter pylori* (*H. pylori*). Однако многие клиницисты сомневаются в чисто инфекционной природе ЯБ и считают необходимыми всесторонние исследования по этой проблеме [4, 32, 40, 44].

Доказана роль *стресса* как главного или вспомогательного этиологического фактора язвенных поражений слизистой желудка. Это означает, что при определенных условиях стресс-реакция превращается из общего звена адаптации организма к различным факторам окружающей среды в патогенный механизм. В научной литературе описаны эксперименты, где под воздействием различных условий и состояний, именуемых *стрессорами*, у животных образовывались изъязвления слизистой [1, 17, 25, 26]. Пioneром такого рода работ является Г. Селье, который в 1936 г. ввел термин «стрессовая язва» для обозначения острых эрозий слизистой оболочки желудка и 12-перстной кишки при внезапно развивающихся тяжелых заболеваниях в рамках общего адаптационного синдрома [35].

Долгое время считалось, что стресс ведет к повышенной секреции соляной кислоты в желудке. Для этого вывода было достаточно оснований. Так, W. Pare и A. Livingston показали, что если перед началом электрошокового воздействия в сочетании с пищевым условным раздражителем имеется звуковое предупреждение, то выраженность язвенных поражений слизистой у крыс оказывается значительно большей, чем при изолированном электрошоковом раздражении той же силы и длительности [26]. Аналогичные данные были получены J. Weiss, показавшим, что в тех условиях, когда у крысы была возможность контролировать ситуацию (нажимая на рычаг, влияя на количество ударов электрическим током), у нее развилось меньше изъязвлений желудочно-кишечного

тракта, чем у крыс, получивших такое же количество раздражений, но не имевших возможности управлять ситуацией. Исследованиями G. Tharp и J. Jackson было установлено, что предварительная адаптация крыс к физическим нагрузкам предупреждала у них образование язв желудка при иммобилизационном стрессе. Этим данным соответствуют и наблюдения, согласно которым у физически тренированных людей повышена устойчивость к образованию язв в желудке [26].

Проведенные эксперименты позволяют утверждать, что одним из существенных факторов в патогенезе язвообразования является *поломка защитных регулирующих систем организма*. М.Ш. Вайнштейн [5] рассматривает язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки как частный случай дезадаптации. Он считает, что ряд соматических заболеваний, в том числе язвенная болезнь, имеет тенденцию к развитию, когда изменения внешней среды ведут к напряжению либо к ослаблению адаптации, что является переходной фазой и характеризуется гипо- или гиперергическими реакциями, которые возвращают организм в состояние компенсации либо переводят в период дезадаптации, что проявляется болезнью. Фазы восстановления адаптации проявляются в виде нормализации

В качестве стрессоров, способных провоцировать образование язв и представляющих собой факторы риска, рассматривают неритмичность питания, вредные привычки (курение, злоупотребление алкоголем), изменение места жительства (переезд в другой климатический пояс, из сельской местности в город), страсти и хронические заболевания внутренних органов, разнообразные травматические повреждения, производственные факторы, профессии с интенсивной напряженностью труда, увольнения с работы и пр. Хотя наличие связи между стрессом и ЯБ признается большинством исследователей [25, 30, 34, 35], тем не менее имеются разногласия, касающиеся не только патогенной роли того или иного стрессора, но и степени выраженности этих взаимоотношений.

I. Petrich et al. считают, что жизненные события прямо влияют на риск заболевания и предсказывают болезнь в близком будущем, что было подтверждено экспериментально. D. Stevenson et al., обследовав пациентов с ЯБ 12-перстной кишки в послеоперационном периоде, установили, что риск жизненных изменений как базовая характеристика стресса наблюдался в год, предшествующий операции, причем чем выше уровень жизненных изменений перед операцией, тем больше у этих больных было послеоперационных осложнений [6]. При изучении реакции людей на утрату близкого человека установлено, что «у 33 из 41 язвенника болезнь в значительной степени была результатом таких реакций». Выявлено, что язва развивается и у мужчин, уволенных с работы, и у их жен [9]. Российскими учеными также были предприняты попытки анализа стрессоров у больных ЯБ. Согласно их данным, основные стрессогенные конфликты развиваются в сфере быта и производства, в сфере личностных и сексуальных отношений, причем у мужчин чаще встречается служебное психоэмоциональное перенапряжение, у женщин — семейные трудности типа алкоголизма мужа или отца [21, 28, 33, 41]. Таким образом, каких-либо специфических социально-психологических стрессоров у больных ЯБ выявлено не было, т.е. социальные стрессоры играют скорее дополнительную роль в развитии ЯБ.

Неоднократно сообщалось и об увеличении заболеваемости ЯБ в военные годы. О язвенной эпидемии писали и после Первой, и после Второй мировой войны. Учащение случаев ЯБ в военное время сочетается с утяжелением клинической картины заболевания. Условия труда, требующие длительного напряжения психической активности человека, также могут быть отнесены к числу факторов, способствующих развитию заболевания [12, 21, 41]. С.М. Сальникова считает, что основное значение при этом имеет несоответствие психических возможностей, внутреннего ритма психической активности

работающих ритму, задаваемому условиями профессиональной деятельности. Подобная ситуация наблюдается и при развитии ЯБ в детском возрасте, когда существует несоответствие между возможностями ребенка и предъявляемыми к нему требованиями [24].

Другие авторы менее категоричны в отношении причинной связи стресса и болезни, поскольку большинство корреляций хотя и достоверно, однако ниже 0,3 [6]. I. Rabin et al. объясняют отсутствие тесной связи между стрессом и заболеванием наличием опосредующих факторов, которые влияют на восприятие стресса или на чувствительность к нему [6]. Такими факторами являются характеристики стрессового события, индивидуума, его социального окружения. Так, есть сведения, что во время Великой Отечественной войны у патриотически настроенных людей исчезали многие хронические болезни типа язвы, экземы и т.д. [11]. Результаты исследования, проведенного Н.Р. Ивановым и др., констатируют отсутствие убедительных доказательств связи возникновения язвенной болезни с курением, неправильным питанием [14].

Весьма интересными, на наш взгляд, являются также социальные, культурологические и гендерные факторы. Согласно литературным данным [11, 29, 38], ЯБ чаще наблюдается у эмигрантов, поскольку языковые и социальные проблемы нередко приводят к социальной изоляции и, соответственно, затрудняют процессы адаптации. ЯБ у городских жителей отмечается примерно в 2—3 раза чаще, чем у сельских, что может быть обусловлено различными темпами жизни. Имеются сведения, что заболеванию больше подвержены мужчины, нежели женщины [11, 21, 32], причем предполагается, что это связано с полоролевыми стереотипами «сильного мужчины» и «мягкой женщины». Среди жителей Японии, где запрет на выражение чувств является нормой, частота ЯБ в популяции одна из самых высоких в мире [38].

Таким образом, роль не столько внешних воздействий, сколько психоэмоционального фактора при развитии ЯБ является совершенно определенно.

Рассмотрим ряд представлений о причинах развития ЯБ, в которых доминантными выступают *внутренние, индивидуальные факторы*. Здесь можно выделить несколько основных направлений.

Как правило, в разном психосоматического заболевания (язвенная болезнь) среди психологических причин важны не столько личностные особенности, сколько внутрилличностные конфликты. Е.С. Рысс и др. [33] подчеркивают, что именно *глубинный внутрилличностный конфликт* является важным патогенным фактором в развитии ЯБ. Язва 12-перстной кишки нередко возникает вследствие бессознательного личностного конфликта (конфликтов) и сосуществует с невротическим состоянием [27].

Создатель психосоматической медицины Ф. Александер подчеркивал, что язвенного заболевания характеризует не столько определенный тип личности, сколько типичная конфликтная ситуация, которая может сформироваться практически при любом складе личности. Он видел образование язвы желудка в наличии базового конфликта зависимости и объяснял это следующим образом: неудовлетворенность желанием быть любимым превращается в желание быть накормленным, поэтому желудок реагирует, как перед кормлением, гиперсекрецией и гипермоторикой, что, собственно, и является условием развития очага поражения [2]. Weiner et al., Mirsky в большом исследовании проверили гипотезу о возможности на основании психологических критериев предсказать, какие из испытуемых, склонных к повышенной секреции, заболеют язвенной болезнью 12-перстной кишки. Действительно, на основании психологического критерия

интенсивных потребностей в заботе был предсказан высокий процент заболевших. Но в то же время в группе риска были и те, которые не заболели, а среди заболевших — те, которые не вошли в группу риска по психологическому критерию [23].

Наиболее популярная сегодня *психодинамическая концепция интрапсихического мотивационного конфликта* трактует язвенную болезнь 12-перстной кишки как следствие неудовлетворенной потребности в психологической защите. Причем эту потребность субъект не может осознать, потому что она противоречит его сознательной установке на независимость и силу [31]. В то же время Zander [23] считал, что аспект фрустрации желаний зависимости и заботы переоценивается, и в качестве пускового фактора рассматривал бессознательный конфликт зависти, реже межличностные контакты. Неразрешенный личностный конфликт Н. Пезешкианом [29] также рассматривается как патогенный фактор в развитии ЯБ. Автор считал, что язвенная болезнь — это способность дать выход напряжению. Неудовлетворенная или чрезмерно сильная потребность в привязанности и надежности, как и пища, перерабатывается желудком. Желудок реагирует так, будто человек голоден, что и провоцирует развитие язвенной патологии.

В.С. Ротенбергом и И.С. Коростелевой отмечен внутриличностный конфликт у больных язвенной болезнью, проявляющийся в том случае, когда стремление достичь успеха сталкивается с представлением о неизбежности отрицательного результата собственных действий [20]. Указывается и на такой психологический конфликт, как неудовлетворенность собой [3, 37]. В.А. Ананьев [3] подчеркивает наличие у больных ЯБ мотивационного конфликта, выражающегося в субъективной неудовлетворенности своей социальной ролью и своей работой. Е.С. Ротенберг и соавт. [33] описывают глубокий внутриличностный конфликт у больных ЯБ 12-перстной кишки как фрустрированную потребность в эмоциональной привязанности, компенсируемую лидерством в социальных отношениях. При этом ориентация на социальные достижения при невозможности их реально обеспечить усугубляет эмоциональную депривацию, что служит дополнительным источником как производственных, так и семейных конфликтов.

Три варианта психологических конфликтов у больных ЯБ описаны Ю.М. Губачевым с соавт. [11]. При первом варианте длительные психические травмы возникали из-за неразрешимости конфликтов в ситуациях, отрицающих бескомпромиссность сложившегося социально-психологического стереотипа. Обострения язвенной болезни «сняли» остроту травмы. Второй вариант конфликта характеризовался диссоциацией между сложившимся стереотипом реагирования и изменившимися социально-психологическими условиями. Изменения установок при этом происходили очень медленно, в условиях постоянного внутреннего сопротивления и длительного напряжения (стресса). Третий вариант психологического конфликта заключался в стрессогенности попыток больных резко изменить отношение к себе и окружающим в связи с динамикой социального статуса (например, успешным продвижением по службе).

Нам на базе проведенного исследования также были обозначены четыре конфликтогенных личностных типа и соответственно четыре психологических конфликта среди больных ЯБ. Это конфликты типа «хочу, но не могу»; неприятие себя; подавление проявляющейся агрессивности; недовольство непризнанного авторитета [8].

Определенные *личностные черты* также рассматриваются как психологические детерминанты, провоцирующие появление язвы. Болезни желудка говорят о застойной, ригидной хитрости, постоянных безуспешных честолюбивых усилиях достичь чего-то с помощью изобретательности, изворотливости. Человек боится, что он недостаточно

хорош для родителей, учителей, начальников; он не может понять, что из себя представляет [22].

F. Dunbar [43] считала, что язвенная болезнь развивается у чрезмерно реагирующих лиц, имеющих склонность к чрезмерной зависимости, вытесненной склонностью к самоповреждению. Понятно, что, обладая такими чертами, им нелегко бесконфликтно взаимодействовать с другими людьми. E. Palmer полагает, что ЯБ нужно рассматривать с позиций межличностных коммуникаций. ЯБ чаще развивается у лиц с высоким уровнем тревоги и беспокойства, у которых трудно складываются взаимоотношения с другими людьми [24]. Некоторые исследователи отмечают чувство беспомощности, типичное для больных язвенной болезнью, но полагают, что оно не возникло с развитием язвы, а существовало и раньше [9].

Важные данные для понимания психосоматических механизмов ulcer cerata за может дать изучение предязвенных состояний, т.е. исследование *преморбидных особенностей личности язвенных больных*. Есть предположение, что язвенной болезнью предшествует стадия функциональных нарушений и гастродуоденита. Как функциональные, так и органические психосоматозы желудочно-кишечного тракта имеют единый тип развития [18]. Другие исследователи считают маловероятным переход функциональных нарушений в органическую патологию и рассматривают их как особую группу заболеваний. Например, М.Б. Кассюр наблюдала 41 больного, страдающего заболеваниями желудка и 12-перстной кишки с детства; у 21 из них впоследствии была диагностирована ЯБ [42].

Один из недостатков классической психосоматики — ее направленность на изучение преимущественно личностных особенностей же больного человека [10]. Проведение исследований по выявлению лиц с формирующимися психосоматическими системами риска язвенной болезни сопряжено с рядом трудностей как социально-экономического, культурологического, так и личностного плана. В связи с этим количество работ по выявлению преморбидных особенностей лиц с ЯБ незначительно.

М.В. Коркина, В.В. Маринов [19] изучали преморбидные особенности язвенных больных. Накануне развития заболевания обследованные характеризовались повышенной тревожностью, мнительностью, склонностью к тоскливым реакциям, ранимостью, обидчивостью, беспомощностью в критических ситуациях, неуверенностью, неумением вербализовать свои проблемы (алекситимия), потребностью в защите и социальной поддержке, сниженной коммуникативностью (интравертированностью) и самооценкой. Психосоматическое заболевание манифестировало у обследованных больных после выраженной психотравмирующей ситуации.

По результатам исследования, проведенного Ю.М. Губачевым с соавт. [11], было установлено, что больные с предязвенными состояниями отличаются более высокой личностной тревожностью, превалирующей над ситуативной (шкала тревожности Спилберга — Ханина). То есть тревога у них хронизирована и является стабильной чертой личности. Фрустрационное реагирование больных характеризуется преобладанием экстрапунитивной фиксации на самозащите, т.е. склонностью к обвинению других в возникновении препятствия к удовлетворению потребности (тест Розенцвейга). Анализ личностных профилей ММРП позволяет считать, что в целом выраженность личностных нарушений у больных с предязвенными состояниями невелика. Умеренный подъем отмечается на шкалах, характеризующих различные компоненты синдрома тревоги и тенденцию к снижению настроения. Среди мужчин с предязвенными состояниями выявлена более низкая по сравнению с нормой потребность в достижении успеха.

Уже на этапе предязвенных состояний можно выделить различные варианты психосоматической дезадаптации. Так, В.И. Симаненков, В.А. Ананьев [36] отмечают, что наиболее жестко организованная патологическая функциональная система формируется при аффективно-ригидном варианте дезадаптации с высоким уровнем личностной и ситуативной тревоги.

Поскольку болезни желудка и 12-перстной кишки в большинстве случаев начинаются в детском возрасте [42], многие исследователи обратились к вопросу об участии психосоциальных факторов в возникновении и течении функциональных расстройств желудка, которую можно рассматривать как предстadium ЯБ и язвенную болезнь у детей. По личностным характеристикам каждый второй такой ребенок замкнут, фрустрирован, недоверчив, тревожен, сенситивен, имеет более выраженные негативные эмоции. У некоторых детей отмечено снижение по интеллектуальному фактору, что в сочетании с нормативностью, а также с установкой родителей и самих детей на достижение высоких результатов создавало детям чрезвычайно трудные условия жизни; выявлен астенический синдром. Большинство детей имели острые или хронические психотравмы, преимущественно связанные с ситуацией в семье, реже в школе [7]. Согласно другим данным, независимо от нозологической формы у детей с патологией желудочно-кишечного тракта была выявлена экстравертированность (50%), повышение уровня тревожности. Во многих семьях имелись неправильные типы воспитания (гипоопека, гиперопека, «ежовые рукавицы», «золушка» и др.) [18].

В зарубежной литературе отмечают важную роль психологического обследования детей с заболеваниями органов пищеварения. Для них характерны особенности психологического профиля, эмоциональные нарушения, специфические черты личности, такие как агрессивность, враждебность, конфликтность, негативизм, тревожность, застенчивость [16].

Д.И. Исаев [15], сопоставляя результаты обследования детей с язвенной болезнью и предязвенными состояниями, отметил, что негативные эмоции, связанные с заболеванием, в большей степени выражены у детей с язвенной болезнью и имеют высокую корреляцию с продолжительностью заболевания, с высокой личностной тревогой. Пациенты с язвенной болезнью в два раза чаще высказывались пессимистично в отношении выздоровления. Характерологические особенности таких детей в абсолютном большинстве случаев отражались в повышенной тревожности, сенситивности, замкнутости, неуверенности в себе, зависимости от окружающих, повышенной возбудимости. Характеристики клинического течения этого заболевания (длительность и интенсивность болевого синдрома, частота рецидивов и продолжительность межрецидивного периода, частота хирургических осложнений и др.) тесно связаны с личностными особенностями больных. Так, у пациентов с ярко выраженными признаками акцентуаций наблюдается отягощение клинической картины болезни.

Ю.М. Губачев с соавт. [11] на основании материалов исследований преморбидных особенностей лиц с риском ЯБ делают три важных вывода. Во-первых, больные с предязвенными состояниями сходны по своим психологическим характеристикам с пациентами, находящимися в стадии текущей язвенной болезни. Об отсутствии достоверных различий между указанными группами сообщается и В.А. Ананьевым [3]. Во-вторых, тревожно-депрессивные нарушения и аффективная ригидность являются первичными психологическими радикалами при язвенной болезни, а не реакцией на болезнь. В-третьих, отличия больных с предязвенными состояниями от пациентов с язвенной болезнью заключаются в разном характере нейрогормональных сдвигов, ассоциированных с одинаковыми вариантами социально-психологических дезадаптаций.

В настоящее время наиболее популярна точка зрения Б.А. Альтшуллер, М.Б. Меликова (1980), согласно которой происходит последовательное накопление фенотипических факторов риска и наложение их на генотипические предпосылки. При этом речь идет в основном о суммации факторов риска. ЯБ развивается после достижения пороговой суммы факторов риска. Ю.М. Губачев с соавт. [11] на основании результатов проведенных исследований опровергают данную точку зрения и указывают на внутреннюю сцепленность генотипических и фенотипических факторов риска и объединение их в «системы риска». Эти же авторы выдвинули свою концепцию патогенеза язвенной болезни. Они подошли к данному вопросу с позиций многофакторной природы психосоматических расстройств, с одной стороны, а также выделили этапы процесса язвообразования — с другой. По их мнению, существуют три группы факторов риска язвенной болезни: генетически обусловленные, связанные с воздействием внешней среды; обусловленные совместной реализацией наследственных и экзогенных факторов. Психологические и психосоматические факторы риска относятся ко второй и третьей группам. Это эмоциональные дистрессы, несоответствие между требованиями, предъявляемыми профессиональным функционированием индивида, и такими его типологическими характеристиками, как выраженная инертность процессов возбуждения и торможения. В ту же группу факторов риска входят особенности центральной вегетативной регуляции. Сущностью первого этапа факторов риска является формирование состояния психосоматической дезадаптации. Вторым этапом развития язвенной болезни, согласно рассматриваемой модели, является этап предъязвенных состояний. Под предъязвенными состояниями понимается группа процессов в гастродуоденальной зоне, имеющих язвенно-подобную картину, — гастродуодениты, антродуодениты, пилородуодениты. Этот этап представлен у большинства больных. Третий этап заболевания в данной модели — этап текущей язвенной болезни. Трансформация предъязвенного состояния в язвенную болезнь происходит, как правило, под влиянием разрешающего фактора. В роли «разрешающего фактора» могут выступать как психогенные, так и соматогенные воздействия, объединяемые понятием «высокая сумма жизненных изменений» [11]. Все эти схожие три группы факторов, способных провоцировать или обуславливать ЯБ, описаны Д.И. Исаевым на основании клинико-экспериментальных исследований [15].

О.Т. Жузжанов [13] отмечает, что существуют два варианта патогенных механизмов развития ЯБ: 1) — преобладанием социально-психологических факторов риска — эксплицитный вариант; 2) — преобладанием конституционально-наследственного фактора риска — имплицитный вариант.

Таким образом, попытки объединить имеющиеся гипотезы в единую концепцию привели к выводу о том, что язвенная болезнь — полиэтиологическое, мультифакторное заболевание. Это подтверждается и многообразием форм самого психосоматоза. Все рассматриваемые варианты этиопатогенеза ЯБ отличаются эвристичностью, выявляют много важных факторов, однако они не оказали существенного влияния на практическую медицину. Более или менее стойкие отдаленные результаты после традиционной терапии ЯБ наблюдаются примерно у одной трети заболевших. Поэтому, чтобы приблизиться к пониманию сущности болезни, достичь эффективности в лечении, необходимы новые теоретические обобщения и практические нововведения, где должным образом будет учитываться роль психологических факторов.

Литература

1. Актуальные проблемы стресса. — Кишинев: Штиинца, 1976.
2. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. — М.: ЭКСМО-Пресс, 2002.
3. Ананьев В.А. Психологическая характеристика тревоги у больных с предязвенными состояниями и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1988.
4. Аруин Л.И. // Российская группа по изучению *Helicobacter pylori*. Сессия 5-я: М-лы. — Омск, 1997. — С. 3—5.
5. Вайнштейн М.Ш. Язвенная болезнь желудка как частный случай дезадаптации. — Новосибирск, 1977.
6. Вейн А.М., Дюкова Г.М., Ступа М.В. // Сов. медицина. — 1988. — № 3. — С. 46—50.
7. Воронков Б.В., Тульчина Л.И. // Психосоматические и соматопсихические расстройства у детей: Сб. науч. трудов. — Л., 1990.
8. Гребень Н.Ф. // Здравоохранение. — 2003. — № 5. — С. 20—22.
9. Гринберг Дж. Управление стрессом / 7-е изд. — СПб.: Питер, 2002.
10. Групповая психотерапия в системе лечения больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки / Под ред. Б.Д. Карвасарского, Л.И. Вассермана. — Л., 1988.
11. Губачев Ю.М., Жужжанов О.Т., Симаненков В.И. Психосоматические аспекты язвенной болезни. — Алма-Ата, 1990.
12. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. — Л., 1981.
13. Жужжанов О.Т. Психосоматические соотношения и особенности личности больных язвенной болезнью: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Л., 1985.
14. Иванов Н.Р., Рабинович П.Д., Лившиц В.Б. // Сов. медицина. — 1987. — № 4. — С. 75—81.
15. Исаев Д.И. Психосоматическая медицина детского возраста. Руководство для врачей. — СПб.: Спец. лит., 1996.
16. Исаев Д.И., Воронков Б.В., Бельская Л.А., Тульчина Л.И. // Психогенные и психосоматические расстройства. — Тарту, 1988. — Т.2.
17. Китаев-Смык Л.А. Психология стресса. — М.: Наука, 1983.
18. Коркина М.В., Марилов В.В. // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1987. — Т. 87, № 11. — С. 1697—1700.
19. Коркина М.В., Марилов В.В. // Психогенные заболевания / Уч. зап. Тартуского гос. ун-та. — Тарту, 1987. — Вып. 794. — С.48—53.
20. Коростелева И.С., Ротенберг В.С. // Психол. журнал. — 1990. — Т. 11, № 4. — С. 84—90.
21. Лорие И.Ф. Язвенная болезнь. — М., 1958.
22. Лоч В.Б. // Сознание и физическая реальность. — 2000. — Т. 5, № 3. — С. 47—61.
23. Любан-Плоцца Б., Пельдинг Г., Креггер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. — СПб., 1994.
24. Малов Ю.С., Дударенко В., Оникеева С.Б. Язвенная болезнь. — СПб.: Петростам, 1994.
25. Меерсон Ф.З. Адаптация, стресс и профилактика. — М.: Наука, 1981.
26. Меерсон Ф.З., Пшеничников М.А. Адаптация к стрессорным ситуациям и физическим нагрузкам. — М.: Медицина, 1988.
27. Миронычев Г.Л., Зогинев Ф., Калинин А.В. // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 1999. — № 1. — С. 35—40.
28. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. — Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1983.
29. Пезешкиан Ч. Психосоматика и позитивная психотерапия / Пер. с нем. — М.: Медицина, 1996.
30. Рейковский Я. Экспериментальная психология животных. — М., 1975.
31. Ротенберг В.С. // Вопр. психологии. — 1989. — № 6.
32. Рысс Е.С., Шубутко Б.И. Болезни органов пищеварения. — СПб.: Ренкор, 1998.
33. Рысс Е.С., Дербя Н.Н., Соловьева С.Н. // Клин. медицина. — 1986. — Т. 64, № 9. — С.79—84.
34. Рысс С.М., Рысс Е.С. Язвенная болезнь. — М., 1968.
35. Селье Г. Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.
36. Симаненков В.И., Ананьев В.А. // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии / Под ред. М. Кабанова. — СПб., 1984.
37. Соловьева С.Л. Эмоциональные состояния больных психосоматическими заболеваниями: Автореф. дис. ...канд. психол. наук. — Л., 1991.
38. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. // Вопр. психологии. — 1999. — № 2. — С. 50—61.
39. Циммерман Я.С. // Клин. медицина. — 1994. — Т. 72, № 4. — С. 65—67.
40. Циммерман Я.С., Зиннатуллин М.Р. // Клин. медицина. — 1999. — Т. 77, № 2. — С. 52—56.
41. Черноуцкий М.В. // Проблемы кортиковисцеральной патологии. — М., 1949.
42. Яльшишева Г.Т., Балашова Т.Ф., Циммерман Я.С. // Вопр. охраны материнства и детства. — 1983. — Т. 23, № 3. — С. 14—17.
43. Dunbar F.H. New York; London, 1948. Psychosomatic diagnosis. —
44. Graham D.Y., Malaty H.M., Evans D.G. et al. // Gastroenterology. — 1997. — V. 100. — P. 1495—1501.