

Божко С.А.<sup>1</sup>, Тювина Н.А.<sup>2</sup><sup>1</sup>Лаборатория по разработке и внедрению новых нелекарственных терапевтических методов Научно-исследовательского центра;<sup>2</sup>кафедра психиатрии и наркологии ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия<sup>1</sup>119992, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр.2;<sup>2</sup>119435, Москва, ул. Россолимо, 11, стр. 9

## Опыт применения нелекарственных методов (психотерапии, фитотерапии и рефлексотерапии) при лечении неврастении

**Цель исследования** — изучение эффективности лечения неврастении методом психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией.

**Пациенты и методы.** Психотерапия или комплексное лечение (психотерапия+рефлексотерапия, психотерапия+фитотерапия) проведена 96 больным неврастенией (65 мужчин и 31 женщина) в возрасте от 18 до 40 лет. Эффективность лечения оценивали клиническими и психологическими методами с использованием психометрических тестов: шкалы общего клинического впечатления (CGI), теста Спилберга — Ханина, многомерного опросника для оценки астении (MFI-20).

**Результаты исследования.** Все пациенты прошли полный курс лечения, составлявший 35 дней. В результате терапии у всех пациентов отмечались стойкое снижение эмоциональной лабильности, уменьшение выраженности «соматических» жалоб. По данным шкалы общего клинического впечатления констатирован хороший терапевтический эффект нелекарственных сочетаний: на начальном этапе терапии он оценивался как улучшение; к концу 3-й недели терапии более чем у половины больных зарегистрировано значительное улучшение. По данным клинической оценки состояния практическое выздоровление и значительное улучшение отмечены у 60,8% больных 1-й группы, 69,7% 2-й и 37% 3-й, или у 57,3% всех пациентов. По субъективной шкале астении (MFI-20) регистрировалось значительное улучшение показателей по всем шкалам. Средние показатели личностной и реактивной тревожности по шкале самооценки Спилберга — Ханина снизились соответственно с 34,5 до 29,5 балла и с 35,5 до 32,1 балла. Установлена высокая эффективность комплексного лечения неврастении. Сочетание психотерапии и фитотерапии было более эффективно при коморбидности астенической симптоматики с тревожной и депрессивными проявлениями, а рефлексотерапии и психотерапии — при наличии соматовегетативных нарушений и тревожного компонента. Метод психотерапии в качестве монотерапии оказался менее результативным.

**Ключевые слова:** неврастения; психотерапия; фитотерапия; иглорефлексотерапия.

**Контакты:** Семен Андреевич Божко; [dr.simon@mailfrom.ru](mailto:dr.simon@mailfrom.ru)

**Для ссылки:** Божко С.А., Тювина Н.А. Опыт применения нелекарственных методов (психотерапии, фитотерапии и рефлексотерапии) при лечении неврастении. *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2014;(2):19–24.

### *Experience with non-drug therapies (psychotherapy, phytotherapy, reflexotherapy) for neurasthenia*

*Bozhko S.A.<sup>1</sup>, Tyuvina N.A.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Laboratory for the Development and Introduction of New Non-Drug Treatments, Research Center, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Narcology, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia;

<sup>1</sup>8, Trubetskaya St., Build. 2, Moscow 119992;

<sup>2</sup>11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119435

**Objective:** to study the efficiency of treating neurasthenia by psychotherapy in combination with reflexotherapy (acupuncture) and phytotherapy.

**Patients and methods.** Psychotherapy or combination treatment (psychotherapy + reflexotherapy, psychotherapy + phytotherapy) was performed in 96 neurasthenic patients (65 men and 31 women) aged 18 to 40 years. Therapeutic effectiveness was evaluated by psychometric testing using the Clinical Global Impression Scale (CGI), the Spielberger-Hanin test, and the multidimensional fatigue inventory (MFI-20).

**Results.** All the patients underwent a complete treatment cycle for 35 days. After the therapy, all the patients showed a stable reduction in emotional lability and a decrease in the magnitude of somatic complaints. Analysis of CGI data revealed the good therapeutic effect of a combination of non-drug treatments: at the initial stage of therapy, it was rated as improvement; by the end of the third week, a noticeable improvement was recorded in half of all the patients. According to the clinical assessment, practical recovery and considerable improvement were noted in 60.8% of the patients in Group 1, in 69.7% in Group 2, in 37% in Group 3, or in 57.3% of all the patients. The MFI-20 scores for all sections improved significantly. The mean Spielberger-Hanin scores for personal and reactive anxiety decreased from 34.5 to 29.5 and from 35.5 to 32.1, respectively.

**Conclusion.** The combination treatment of neurasthenia was established to be highly effective. A combination of psychotherapy and phytotherapy was more effective for comorbidity of asthenic symptomatology with anxiety and depressive manifestations, so was that of reflexotherapy and

*psychotherapy for somatoautonomic disorders and an anxious component. Psychotherapy as monotherapy proved to be less efficient.*

**Key words:** *neurasthenia; psychotherapy; phytotherapy; acupuncture.*

**Contact:** *Semen A. Bozhko; dr.simon@mailfrom.ru*

**Reference:** *Bozhko S.A., Tyuvina N.A. Experience with non-drug therapies (psychotherapy, phytotherapy, reflexotherapy) for neurasthenia. Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. 2014;(2):19–24.*

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-19-24>

Термин «неврастения» был предложен известным американским врачом Дж. Бирдом. Термин объединяет два понятия – «невроз» и «астения» и означает истощение нервной системы, «нервное банкротство», которое возникало в условиях повышенных требований к нервной системе, когда происходит истощение мозговых ресурсов [1]. Дж. Бирд считал неврастению «американским неврозом», связанным с типичным американским образом жизни в условиях индустриализации, интенсификации всех процессов и выживания в условиях жестокой конкуренции. Он описал около 50 симптомов неврастения и выделил 4 ее клинических варианта: церебральный, аффективный, спинальный и гастроинтестинальный. В последующем неврастения была признана и в европейских индустриальных странах, в частности в Германии (R. Neisser), Франции (J.M. Charcot), став «большим» неврозом и заняв 2-е место после истерии [1]. На протяжении XX в. патогенетические и клинические характеристики заболевания практически не претерпели изменений. Считается, что неврастения – следствие истощения нервной системы, наступающего в условиях психического и физического перенапряжения, эмоционального стресса. Появлению неврастения могут способствовать любые факторы, снижающие адаптационные возможности организма (хроническое недосыпание, недоедание, авитаминоз, перенесенные соматические и инфекционные заболевания и др.) Распространенность неврастения составляет 1,2–5% [2]. Доля больных неврастением среди всех госпитализированных пациентов с неврозами в 1970–1980-е годы составляла около 70% [3]. Однако большинство пациентов, страдающих неврастением, либо вообще не обращаются за помощью к врачам, либо попадают в поле зрения врачей-интернистов (терапевтов, неврологов) в связи с предъявлением жалоб преимущественно соматического характера. В последние годы в психиатрических учреждениях диагноз «неврастения» практически исчез из обихода по двум причинам: во-первых, еще в большей степени снизилась обращаемость таких пациентов к психиатрам, во-вторых, с введением классификации МКБ-10 диагноз «неврастения» стал чаще подменяться другими диагностическими категориями («соматоформное расстройство», «расстройство адаптации» и т. п.). В связи с этим проблема диагностики и лечения неврастения остается весьма актуальной. Известно, что в ряде случаев проявления неврастения, особенно связанной с психическим и физическим переутомлением, полностью купируются после полноценного отдыха, санаторно-курортного лечения, общеукрепляющих процедур. При длительном течении заболевания, осложненного большим количеством соматических жалоб и ипохондрической фиксацией на состоянии здоровья, необходимо применение психотропных средств и других методов нелекарственной терапии (иглорефлексотерапия, фитотерапия, психотерапия).

**Целью** настоящего исследования явился сравнительный анализ эффективности психотерапии в сочетании с рефлексотерапией (акупунктурой) и фитотерапией при лечении неврастения.

**Пациенты и методы.** В исследование включено 96 пациентов с диагнозом «неврастения» в соответствии с критериями диагностики по МКБ-10. Возраст пациентов составил от 18 до 40 лет, среди них были 31 (31,6%) женщина и 65 (68,4%) мужчин. Пациентов с наличием астенических расстройств эндогенного и соматогенного происхождения, астенических нарушений в рамках органического поражения ЦНС, а также с любой клинически значимой соматической патологией в исследование не включали.

Все пациенты предъявляли жалобы на плохое самочувствие, раздражительность, слабость, утомляемость, снижение работоспособности и общего тонуса, нарушения сна (трудности засыпания, поверхностный и прерывистый сон, кошмарные сновидения), трудности концентрации внимания, расстройств запоминания, апатию и утрату интересов. Кроме того, у большинства пациентов (74%) выявлялись различные «соматические» нарушения: сердцебиение, неустойчивость артериального давления, боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физической нагрузкой, вазомоторная лабильность в виде быстрого покраснения или побледнения лица, потливость, похолодание конечностей и др. Характерно, что указанные жалобы возникали в основном после эмоциональных или умственных нагрузок, к концу рабочей недели и исчезали после устранения эмоционального напряжения, нормализации режима труда, отдыха и сна.

Среди причин, вызвавших заболевание, можно выделить наличие чрезмерного или длительного переутомления на фоне отрицательных эмоций и воздействия факторов, ослабляющих организм (нарушение режима сна и питания, интоксикация алкоголем и никотином), перенесенные соматические заболевания, ситуации, связанные с повышенной ответственностью, дефицитом времени, недосыпанием.

Всем пациентам проведено клинико-психологическое обследование. Психическое состояние оценивали традиционным клиническим методом с использованием стандартных психометрических тестов: теста Спилбергера – Ханина, шкалы общего клинического впечатления (CGI), многомерного опросника для оценки астении (MFI-20). Статистическую обработку данных выполняли с помощью Microsoft Excel с использованием программы «Биостатистика». Оценку параметров проводили до начала лечения и на 14-й, 21-й и 35-й день терапии.

Стандартизованную оценку расстройств и их динамики под влиянием терапии осуществляли с помощью МКБ-10 (класс V, адаптированный для использования в Российской Федерации) и дифференциально-диагностических критериев, базирующихся на известных клинических

принципах [4, 5]. Оценка эффективности и адекватности терапии включала субъективную и объективную составляющие. Об эффективности использованных в исследовании нелекарственных сочетаний судили в первую очередь по клиническому состоянию пациентов. По степени выраженности психотерапевтического эффекта состояние больных с невротическими расстройствами оценивали как практическое выздоровление, значительное улучшение, незначительное улучшение, без эффекта [4, 6].

Под практическим выздоровлением понимали полную редукцию клинических проявлений, полное восстановление социальных связей. Такие пациенты полностью осознавали психотравмирующую ситуацию и справлялись с ней. Ситуация в дальнейшем не воспринималась ими как психотравма. Прошлый опыт переживания психотравмы оценивался критически, пациенты находили возможность избегать аналогичных ситуаций либо реагировали на них адекватно. Появлялась стойкая позитивная оценка будущего. Восстанавливалось соответствие личностной оценки пациента и действительности. Значительное улучшение предполагало полную редукцию клинических болезненных проявлений при некотором обеднении социальных связей пациента. Болезненная ситуация относилась к прошлому, но воспринималась как психотравма, пациенты не находили реальных путей для избегания аналогичных ситуаций. Перенесенное расстройство оценивалось с формальной критикой. Позитивная оценка будущего носила нестойкий, вероятностный характер, толерантность к воздействию стрессорных факторов была невысокой. Незначительное улучшение характеризовалось нестойким положительным эффектом лечения, оставшимися затруднениями в социальной сфере.

Использованы методы нелекарственного лечения — психотерапия, фитотерапия и рефлексотерапия (акупунктура), при этом основным методом была психотерапия, а дополнителным — фитотерапия или рефлексотерапия. В контрольной группе проводили только психотерапию. Таким образом, в зависимости от применяемых методов пациенты были рандомизированы в три сопоставимые группы, различавшиеся только схемой лечения: 1-я группа — психотерапия + рефлексотерапия, 2-я группа — психотерапия + фитотерапия, 3-я группа — психотерапия.

Психотерапия включала в себя следующие методы: казуальную, рациональную, семейную психотерапию, а также обучение техникам аутогенной тренировки. Метод психотерапии для каждого пациента подбирали индивидуально, учитывая особенности личности, среды, ситуации, глубину и психопатологическую структуру психического состояния, степень дезадаптации. Большое значение придавали психотерапевтическим методикам, стимулирующим механизмы активной компенсации («уход в деятельность»), формирование дополнительных мотиваций, реалистичной оценки поведения и коррекцию коммуникативного стиля, выявление иррациональных установок, их пересмотр и закрепление у пациента гибких рациональных установок.

Психотерапевтическое воздействие состояло из нескольких этапов. На первом этапе решали принципиальные задачи по выявлению структуры невротического конфликта, устранению чрезмерной фиксации на психотравмирующей ситуации, формированию установки на лечение и осознание бесперспективности избранного стиля жизни. На

данном этапе необходимо стремиться к развитию положительных эмоций и здоровых установок на жизнь, направленных на выздоровление и возвращение к активной трудовой деятельности. Важное место занимали переключение пациентов от проблем к позитивному восприятию окружающего, концентрация внимания на радостных событиях, эмоциональных привязанностях. Необходимо было настроить пациентов на соответствующую схему лечения, добиться уменьшения значения пассивных защитных механизмов, чтобы исключить «уход в болезнь» и определить приемлемые пути выхода из деструктивной ситуации. Также важно было обеспечить условия для второго элемента комплексной терапии: разъяснения механизма лечебного эффекта, его динамики, возможных ощущений. Создание эмпатии и установление доверительного контакта с больными являлось существенным звеном лечебного воздействия, поскольку способствовало усилению доверия к врачу и уменьшению выраженности симптоматики.

Второй этап психотерапии состоял в освоении пациентом психотерапевтических приемов, способствующих выработке новых стереотипов поведения и защитных психологических механизмов в период адаптации, реконструкции утраченных чувств собственного достоинства и необходимости возвращения к новым ролевым позициям в обществе, обучении навыкам самовнушения и закреплению полученных результатов. На этом этапе важно создать пациенту рабочее пространство, предоставить инструменты в виде идей, предложений и методик, которыми он может воспользоваться для выработки собственных решений. Такое обучение составляло значимую часть лечения, поскольку вселяло в больных веру в себя, способствовало выполнению ими врачебных предписаний и тем самым улучшало прогноз заболевания.

В рамках психотерапевтического воздействия для снижения душевного напряжения, осознания своих чувств, слабых и сильных сторон, осмысления позитивного жизненного опыта, изменения отношения к своим поступкам больным предлагали вести дневник.

В исследовании использовали метод корпоральной акупунктуры. Курс лечения состоял из 10–12 сеансов иглоукальвания в специфические активные корпоральные точки. Воздействовали на стандартный комплекс точек «общего действия», местно-сегментарные и отдаленные точки, обладающие специфическими показаниями к применению [7–14].

Для получения наиболее благоприятных терапевтических результатов рефлексотерапии (акупунктуры) учитывали три основных компонента этого метода: приемы раздражения, место раздражения, момент раздражения [15].

Точки акупунктуры, методы и режимы воздействия определяли индивидуально в зависимости от характера и степени выраженности невротического расстройства, соматовегетативной патологии, возраста, конституции пациента, состояния организма, предшествующего лечения и клинических проявлений заболевания. При необходимости в рецептуру включали точки для воздействия на характерные для данной категории больных расстройства: головную боль, нарушения сна, соматовегетативные проявления (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, половой функции и др.) [7, 13, 15].

Согласно классическим руководствам [7, 13, 15], в большинстве случаев лечение начинали с применения второго варианта тормозного метода, оказывающего успокаивающее, болеутоляющее, десенсибилизирующее влияние, в дальнейшем подключали второй метод («возбуждающий»), который характеризуется стимулирующим, тонизирующим, растормаживающим действием при снижении двигательной, чувствительной и секреторной функции. Чередование методов являлось важным условием, поскольку лечебный эффект рефлексотерапии зависит не только от методов воздействия, но и от состояния нервной системы больного [7, 13, 15].

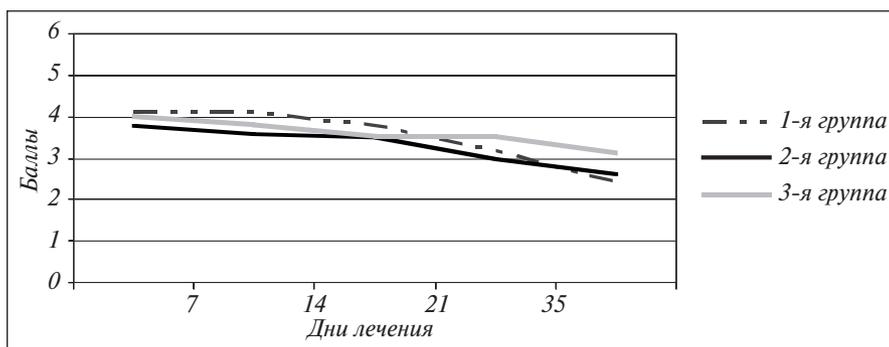
Метод фитотерапии подразумевал использование лекарственных сборов. Мы назначали пациентам только те травы, которые разрешены к применению и описаны в руководствах, а также доступны и адаптированы для средней полосы России [16–18]. При составлении сбора учитывали: спектр терапевтического действия каждого растения, тип психопатологического расстройства, синдромологическую картину, имеющиеся в анамнезе соматические заболевания, наличие или отсутствие противопоказаний и аллергических проявлений. Применение именно сборов базировалось на том, что эффект от приема сбора (как правило, включает 5–7 компонентов) выше, его влияние на организм более разностороннее, а действие мягче [18].

В состав фитосборов входили: валериана лекарственная (корневище и корень), пустырник пятилопастный (трава), мята перечная (листья), вахта трехлистная (листья), боярышник кроваво-красный (цветки), сушеница лесная (трава), тимьян ползучий (чабрец, трава), душица обыкновенная (цветки и листья), донник лекарственный (листья), смородина черная (листья), ромашка аптечная (цветки), шиповник коричный (плоды и листья), крапива двудомная (листья), зверобой продырявленный (трава), календула лекарственная (цветки), череда трехраздельная (трава), рябина обыкновенная (плоды), сenna (листья).

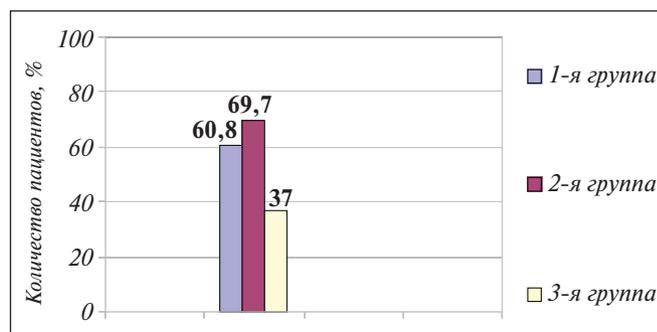
Пациентам рекомендовали 1 столовую ложку фитосбора заваривать 300 мл кипятка, настаивать не менее 30 мин и принимать по стакану 2–3 раза в день в течение курса лечения.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Все больные завершили полный курс лечения, который составил 35 дней. В целом под влиянием терапии отмечена положительная динамика состояния у пациентов всех групп. Значительно улучшились самочувствие и настроение. Положительный эффект был подтвержден уменьшением выраженности показателей (в баллах) стандартных шкал и тестов ( $p < 0,05$ ).

В первой половине курса лечения наиболее отчетливое нарастание терапевтического эффекта отмечалось в группе больных, получавших психотерапию в сочетании с рефлексотерапией. Однако к концу лечения редукция психопатологической симптоматики в этой группе несколько ослабевала. У больных, получавших психотерапию в сочетании с фитотерапией, наблюдались более медленное нарастание терапевтического эффекта на начальном этапе лече-



**Рис. 1.** Показатели эффективности лечения по шкале общего клинического впечатления



**Рис. 2.** Показатели клинической оценки состояния пациентов

ния, чем у пациентов двух других групп, и стойкая редукция симптомов к концу курса. Состояние пациентов, получавших только психотерапию, характеризовалось положительной динамикой на протяжении всего курса лечения, хотя не столь быстрой, как в сравниваемых группах.

К концу курса терапии у всех пациентов отмечались стойкое снижение эмоциональной лабильности, уменьшение выраженности «соматических» жалоб. Больные указывали на субъективное улучшение общего состояния, уменьшение слабости, утомляемости, раздражительности, улучшение сна и аппетита. Наряду с улучшением настроения повысились трудоспособность и способность к сосредоточению внимания, улучшились память и внимание, возросла скорость реакций, уменьшилась выраженность общей замедленности психических процессов. Использование шкалы общего клинического впечатления позволило подтвердить хороший терапевтический эффект нелекарственных сочетаний: уже на начальном этапе терапии он оценивался как улучшение; к концу 3-й недели терапии более чем у половины больных зарегистрировано значительное улучшение. Наиболее эффективной оказалась комплексная терапия (рис. 1).

По данным клинической оценки состояния практического выздоровления и значительного улучшения удалось добиться у 60,8% больных 1-й группы, 69,7% 2-й и 37% 3-й, или у 57,3% всех пациентов (рис 2).

В целом при оценке состояния пациентов с помощью субъективной шкалы астении (MFI-20) регистрировалось значительное улучшение показателей по всем пунктам (табл. 1).

Средний уровень личностной и реактивной тревожности по шкале самооценки Спилбергера — Ханина сни-

Таблица 1. Динамика средних общих показателей по шкале субъективной оценки астении MFI-20

Визит	Шкала субъективной оценки астении, баллы				
	общая астения	физическая астения	снижение активности	снижение мотивации	психическая астения
1-й	14,8*	15,1*	14,0*	11,7*	10,9
2-й (14-й день)	12,2	12,9	12,4	10,2	10,9
3-й (35-й день)	9,2*	8,4*	8,2*	7,4*	8,8

Примечание. Здесь и в табл. 2: \* – достоверные различия (p<0,05).

Таблица 2. Динамика уровня тревожности по шкале самооценки Спилберга – Ханина

Показатель	Число пациентов (n=96)	
	до лечения	после лечения
Личностная тревожность:		
выраженная	26 (27,1)*	8 (8,4)*
умеренная	33 (34,4)	49 (51)
низкая	37 (38,5)	39 (40,6)
Всего	96 (100)	96 (100)
Реактивная тревожность:		
выраженная	12 (12,5)*	5 (5,2)*
умеренная	53 (55,2)	33 (34,4)
низкая	31(32,3)	58 (60,4)
Всего	96 (100)	96 (100)

Примечание. В скобках – процент больных.

зился соответственно с 34,5 до 29,5 балла и с 35,5 до 32,1 балла (табл.2).

Полученные результаты свидетельствуют о том, что сочетание психотерапии с рефлексотерапией и фитотерапией является целесообразным и взаимодополняющим. Психотерапия – хорошая основа для дополнительных методов лечения (рефлексотерапии и фитотерапии), поскольку их действие несколько отсрочено и нарастает постепенно. Проведенное исследование позволило выявить предпочтительные методы психотерапевтического воздействия: наиболее эффективными оказались когнитивно-поведенческая терапии и метод аутотренинга (аутоген-

ная тренировка). Достоверными предикторами успешной терапии в исследуемых группах являются: незначительные продолжительность заболевания и выраженность расстройства, молодой возраст, женский пол, социальная адаптация, высокая мотивация к лечению.

Сочетание психотерапии и фитотерапии показано при коморбидности астенической симптоматики как с тревожными, так и с депрессивными нарушениями [19]. Сочетание рефлексотерапии и психотерапии оправдано при выраженных соматовегетативных проявлениях и тревожном компоненте. Психотерапия в качестве монотерапии была недоста-

точно эффективна в рамках времени, отведенного для данного исследования.

Таким образом, наше исследование показало высокую эффективность комплексного применения нелекарственных методов при лечении неврастении, что связано с широким терапевтическим действием такого сочетания – успокаивающим, стимулирующим, вегетативно-стабилизирующим, мягким антидепрессивным и анксиолитическим. А хорошая переносимость, отсутствие побочных эффектов, доступность позволяют рекомендовать данные лечебные комплексы больным с неврастением. Лечение можно проводить как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Овсянников СА. История и эпистемология пограничной психиатрии. Москва: Альпари; 1995. 205 с. [Ovsyannikov SA. Istoriya i epistemologiya pogranichnoi psikiatrii [History and epistemology of boundary psychiatry]. Moscow: Al'pari; 1995. 205 p.]
2. Тиганов АС. Руководство по психиатрии. Москва: Медицина; 1999. 784 с. [Tiganov AS. *Rukovodstvo po psikiatrii* [Guide to psychiatry]. Moscow: Meditsina; 1999. 784 p.]
3. Карвасарский БД. Неврозы. Москва: Медицина; 1980. 448 с. [Karvasarskii BD. *Nevrozy* [Neuroses]. Moscow: Meditsina; 1980. 448 p.]
4. Карвасарский БД, Тупицин ЮЯ. Глоссарий основных форм и синдромов для унифицированной клинической оценки состояния больных неврозами. Методические рекомендации. Москва; 1974. 42 с. [Karvasarskii BD, Tupitsin YuYa. The glossary the main forms and syndromes for the unified clinical assessment of conditions of patients with neuroses. *Metodicheskie rekomendatsii* [Methodical recommendations]. Moscow; 1974. 42 p.]
5. Лакосина НД. Клинические варианты невротического развития. Москва: Медицина; 1970. 218 с. [Lakosina ND. *Klinicheskie varianty nevroticheskogo razvitiya* [Clinical options of neurotic development]. Moscow: Meditsina; 1970. 218 p.]
6. Егоров БЕ. Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии. Дисс. ...канд. мед. наук. 1988. 145 с. [Egorov BE. *Kompleksnaya emotsional'no-stressovaya psikhoterapiya depressivnogo nevroza i nevroticheskoi depressii* [Complex emotional and stressful psychotherapy of depressive neurosis and neurotic depression]. Diss. ... kand. med. nauk. 1988. 145 p.]
7. Лувсан Г. Традиционные и современные аспекты восточной рефлексотерапии. Москва: Наука; 1986. 574 с. [Luvsan G. *Traditsionnye i sovremennye aspekty vostochnoi refleksoterapii* [Traditional and modern aspects of east reflexotherapy]. Moscow: Nauka; 1986. 574 p.]
8. Дробышева НА. Рефлексотерапия при различных заболеваниях. В кн.: Практическое руководство по рефлексотерапии. Москва; 1997. 168 с. [Drobysheva NA. Reflexotherapy at various diseases. In: *Prakticheskoe rukovodstvo po refleksoterapii*

- [Practical guidance on reflexotherapy]. Moscow; 1997. 168 p.]
9. Михайлова АА. Рефлексотерапия неврозов. Учебно-методическое пособие. Москва; 1989. 89 с. [Mikhailova AA. Reflexotherapy of neuroses. *Uchebno-metodicheskoe posobie* [Educational and methodical grant]. Moscow; 1989. 89 p.]
10. Стояновский ДН. Справочник по иглоукаливанию и прижиганию. Кишинев: Картя Молдовенияскэ; 1987. 256 с. [Stoyanovskii DN. *Spravochnik po igloukalyvaniyu i prizhiganiyu* [Reference book on acupuncture and cauterization]. Kishinev: Kartya Moldovenyaske; 1987. 256 p.]
11. Стояновский ДН. Частная рефлексотерапия. Справочник. Под ред. С.М. Зольникова. Кишинев: Картя Молдовенияскэ; 1990. 332 с. [Stoyanovskii DN. *Private reflexotherapy. Spravochnik* [Directory]. Zol'nikov SM, editor. Kishinev: Kartya Moldovenyaske; 1990. 332 p.]
12. Табеева ДМ. Практическая акупунктура. Смоленск: Гомеопат медицина; 1997. 490 с. [Tabeeva DM. *Prakticheskaya akupunktura* [Practical acupuncture]. Smolensk: Gomeopat meditsina; 1997. 490 p.]
13. Тыкочинская ЭД. Основы иглотерапии. Москва: Медицина; 1979. 343 с. [Tykochinskaya ED. *Osnovy igloterapii* [Fundamentals of acupuncture]. Moscow: Meditsina; 1979. 343 p.]
14. Nguyen-Van-Nghi, Ulderica Lauza, Maj Van Dong. Theorie et pratique de l'analgésie par l'acupuncture. Marseille; 1974.
15. Чжу-Лянь. Руководство по современной Чжэнь-цзю терапии. Москва: Медгиз; 1959. 270 с. [Chzhu-Lyan'. *Rukovodstvo po sovremennoi Chzhen'-tszyu terapii* [The management on modern Zhen-tszyu of therapy]. Moscow: Medgiz; 1959. 270 p.]
16. Носов А. Лекарственные растения. Москва: ЭКСМО-Пресс; 2001. 349 с. [Nosov A. *Lekarstvennye rasteniya* [Herbs]. Moscow: EKSMO-Press; 2001. 349 p.]
17. Свиридонов Г. Лесной огород. Москва: Молодая гвардия; 1984. 223 с. [Sviridonov G. *Lesnoi ogorod* [Forest kitchen garden]. Moscow: Molodaya gvardiya; 1984. 223 p.]
18. Соколов СЯ, Замотаев ИП. Справочник по лекарственным растениям (фитотерапия). 2-е изд. Москва: Недра; 1987. 512 с. [Sokolov SYa, Zamotaev IP. *Spravochnik po lekarstvennym rasteniyam (fitoterapiya)* [Reference book on herbs (phytotherapy)]. 2<sup>nd</sup> ed. Moscow: Nedra; 1987. 512 p.]
19. Юдельсон ЯБ, Макарова МА, Кугелева АО. Лечение функциональной астении. Вестник Смоленской медицинской академии. 2003;(4):65–7. [Yudel'son YaB, Makarova MA, Kugeleva AO. Treatment of a functional adynamy. *Vestnik Smolenskoj meditsinskoj akademii*. 2003;(4):65–7. (In Russ.)]

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.