

УДК 616.89

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ НА ДОНОЗОЛОГИЧЕСКОМ ЭТАПЕ ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ С СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

© *Погосов А.В., Севостьянова А.О., Богусhevская Ю.В.*

Кафедра психиатрии и психосоматики
Курского государственного медицинского университета, Курск
E-mail: angelinasevostyanova@yandex.ru

В статье представлен сравнительный анализ клинико-психологических особенностей больных соматизированными психическими расстройствами с сердечно-сосудистыми проявлениями на донозологическом этапе течения (с длительностью заболевания до 1 года). Установлено, что у больных городской поликлиники показатели, характеризующие стрессоустойчивость, уровни реактивной и личностной тревожности, депрессии, самочувствия, активности и настроения свидетельствуют об их меньшей выраженности, чем у больных на стационарном этапе лечения. Выявленные у больных изменения в эмоциональной сфере, сопротивляемости стрессу в случаях неполной сформированности клинической картины заболевания позволяют рассматривать их в качестве ранних клинико-психологических критериев диагностики соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями.

Ключевые слова: соматизированные психические расстройства, стрессоустойчивость, эмоциональная сфера, диагностика, донозологический этап течения.

PSYCHOLOGICAL PARTICULARITIES OF SOMATIZED MENTAL DISORDERS WITH CARDIOVASCULAR MANIFESTATIONS IN THE PRENOLOGICAL STAGES OF THEIR DEVELOPMENT

Pogosov A.V., Sevostyanova A.O., Bogushevskaya J.V.

The department of psychiatry and psychosomatics of Kursk State Medical University, Kursk

The comparative analysis of psychological particularities of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in the prenosological stages of their development is represented in this article. Stress resistance, reactive and personal anxiety, depression, mood and activity are less pronounced among patients of city polyclinics than inpatients. The detected changes of emotional and personality sphere, stress resistance allows consider them as the early psychological criteria for the diagnosis of somatized mental disorders with cardiovascular manifestations in cases with unformed clinical pattern.

Keywords: somatized mental disorders, prenosological stage, stress resistance, emotional sphere, diagnosis.

Высокая распространенность психических расстройств в общемедицинской практике обусловлена, прежде всего, патоморфозом психических заболеваний, проявляющихся более мягким течением с тенденцией к соматизации [2]. Разработка и совершенствование принципов ранней диагностики непсихотических психических расстройств в учреждениях первичной медицинской сети является основой для профилактики формирования развернутых клинических форм пограничных психических расстройств, своевременной адекватной терапии и психосоциальной реабилитации [10]. Многочисленными исследованиями показано, что психические расстройства порой не имеют четких клинических форм и нозологической специфичности. Они отличаются размытостью границ, что не позволяет их отнести ни к норме, ни к патологии [15].

Наиболее часто подобные состояния определяются, как «предболезненные состояния» [14], «преморбидные состояния» [13], «донозологические расстройства» [16], «субклинические расстройства» [3], а применительно к расстройствам невротического уровня – «преневротические со-

стояния». Длительность преневротических состояний исчисляется годами; выявление последних до появления очерченных нозологических форм позволяет предотвратить их возникновение [6, 9].

Соматизированные психические расстройства в общемедицинской практике представлены различными невротическими и аффективными (депрессивными) расстройствами [2]. Самой частой локализацией органоневротических расстройств у пациентов городской поликлиники является сердечно-сосудистая система [8, 17]. При кардионеврозе признаки вегетативной дисфункции (боль в области сердца, лабильность сердечного ритма и артериального давления, острые вегетативные симптомокомплексы – обмороки, головокружения) чаще всего манифестируют в структуре «сфокусированной на сердце тревоги» [18]. При психопатологической оценке кардионевроза выявлена гетерогенность клинических проявлений, которая представлена у одних больных полиморфными соматоформными («апофатическими») симптомокомплексами, у других – тревожно-фобическими, у третьих – аффективными [12].

Тревогу, связанную с функциональным состоянием работы сердца, выявляют у 61,05%, страдающих кардионеврозом [7]. У таких больных выделены 2 полярных по психопатологической характеристике, преморбиду и модусу поведения в болезни типа заболевания: с преобладанием тревожно-фобических расстройств и телесных ощущений (коэнестеziопатий) [1, 11].

В специальной литературе представлено недостаточно четкое описание соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями, наблюдающихся у пациентов первичной медицинской сети, отсутствуют диагностические признаки субклинических форм заболевания. Ранняя диагностика врачами-интернистами соматизированных психических расстройств с сердечно-сосудистыми проявлениями позволит своевременно рекомендовать больным обращение за специализированной психиатрической помощью.

По мнению В.Я. Семке, характерной особенностью начальной стадии пограничного заболевания являются кратковременность, фрагментарность, неразвернутость, малая дифференцированность клиники проявлений. Для постановки диагноза на этой стадии требуется уточнение клинических данных параклиническими (экспериментально-психологическими) методиками [14].

Целью исследования являлось изучение клинико-психологических особенностей соматизированных психических расстройств (СПР) с сердечно-сосудистыми проявлениями на донологическом этапе течения у больных городской поликлиники с разработкой ранних критериев диагностики заболевания. Задачи исследования: 1) изучить клинико-психологические особенности СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями у больных городской поликлиники с небольшой длительностью заболевания (до 1-го года); 2) исследовать аналогичные показатели у больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями, находящихся на стационарном этапе лечения, с большей длительностью заболевания (от 1 года до 5 лет); 3) провести сравнительный анализ клинико-психологических особенностей больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями с разной длительностью заболевания; 4) обозначить ранние клинико-психологические критерии диагностики СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу настоящей работы положены результаты обследования 88 больных соматизированными психическими расстройствами с сердеч-

но-сосудистыми проявлениями с различной длительностью заболевания. Их диагностика осуществлялась в соответствии с диагностическими указаниями МКБ-10. Больные были разделены на две группы. В первую (основная группа – 38 человек) вошли пациенты городских поликлиник с донологическим уровнем проявлений СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями. До проведенного нами обследования они наблюдались у терапевтов, кардиологов, неврологов в 29 (76,31%) случаях с диагнозами «Нейроциркуляторная дистония», «Вегетативно-сосудистая дистония», и лишь у 9 больных (23,68%) диагностирован «Кардионевроз». Вторую (контрольная группа – 50 человек) составили больные СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями, находящиеся на стационарном лечении в психосоматическом отделении Курской областной наркологической больницы, дневных стационарах Курского клинического психоневрологического диспансера. В обеих группах нами диагностированы соматоформные (соматизированное, F 45.0), аффективные (легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами, F 32.01) и тревожные (эпизодическая пароксизмальная тревога, F 41.0) расстройства. Особенностью клинической картины СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями у пациентов поликлиники (донологический этап течения) являлось ее неполное соответствие диагностическим указаниям МКБ-10. У больных с соматизированным расстройством длительность заболевания была менее двух лет, отсутствовал необходимый для диагностики набор симптомов. При легком депрессивном эпизоде с соматическими симптомами их количество было меньше 4. У больных с эпизодической пароксизмальной тревогой преимущественно наблюдались «симптоматически бедные» приступы, отсутствовала «тревога предвосхищения», частота приступов была невысокой.

Клиническая картина заболевания у пациентов контрольной группы характеризовалась развернутыми проявлениями. У больных соматизированным расстройством наблюдались от 8 до 12 симптомов, преимущественно со стороны сердечно-сосудистой системы. При легком депрессивном эпизоде с соматическими симптомами на протяжении от двух недель до 1,5 месяцев фиксировались 2 из 3 основных симптомов депрессии (гипотимия, анергия, ангедония) и 2 из группы дополнительных (нарушение внимания, заниженная самооценка и чувство уверенности в себе) или специальных (нарушение сна, аппетита, либидо). Больных беспокоили жалобы со стороны сердечно-сосудистой системы (одышка, боли в проекции сердца, сердцебиение). У больных с эпизодической пароксизмальной тревогой (пани-

ческое расстройство) за четырехнедельный период развивались не менее 4 приступов паники с формированием «тревоги предвосхищения». Клиническая картина панических атак включала психические (ипохондрический страх, явления деперсонализации) и вегетативные, преимущественно симпатические (сердцебиение, боли и неудобство в груди) симптомы.

Длительность заболевания у больных основной группы составила до 1 года, контрольной – от 1 до 5 лет.

Социально-демографические показатели в основной и контрольной группах были примерно одинаковыми. Среди больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями преобладали жители сельской местности (51,14 %), лица женского пола (71,59%). Распределение по возрасту выглядело следующим образом: от 25 до 30 лет – 22,73%, от 31 до 40 лет – 44,32%, от 41 до 50 лет – 32,95%. Наибольший удельный вес приходился на лиц со средним-специальным образованием (52,27%), далее следовали высшее (незаконченное высшее) (27,27%) и среднее (20,46%) образование. Преобладали лица постоянно работающие (53,41%), имеющих непостоянную работу и безработных было соответственно 20,45% и 26,14%. В браке состояли 63,64% больных, доля разведенных составила 17,04%, холостых – 19,32%.

При проведении исследования использовались следующие методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический (беседа, опрос, наблюдение, тестирование), статистический. Больные основной группы были всесторонне обследованы во время посещения специалистов поликлиники. Для более полной объективной оценки состояния больных, находящихся в стационаре (контрольная группа), им проводили соматическое и неврологическое обследование с участием специалистов (терапевт, невролог, эндокринолог и др.).

Мы посчитали целесообразным рассматривать в качестве ранних проявлений заболевания ряд клинико-психологических параметров, отражающих состояние эмоциональной сферы, степень сопротивляемости стрессу, которые доступны для исследования в условиях поликлиники не только психотерапевтам, медицинским психологам, но и врачам-интернистам. Данная позиция соотносится с проблематикой патоморфоза психопатологии телесной сферы, в частности, соматоформных расстройств, рассматриваемой А.Ю. Березанцевым [3, 4].

В ходе исследования мы использовали клинико-психопатологический метод, который является основным в клинической психиатрии для изучения расстройств психической деятельности. Он включает в себя расспрос больного для изучения

субъективного анамнеза жизни и заболевания, жалоб больного, а также динамическое наблюдение за его поведением. Помимо этого, нами был использован комплекс психодиагностических методик: 1. Шкала личностной и реактивной тревожности Ч.Д. Спилбергера - Ю.Л. Ханина. 2. Методика дифференциальной диагностики депрессивных состояний В. Зунга в адаптации Т.И. Балашовой. 3. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния – САН (направлен на изучение трех основных составляющих психоэмоционального состояния – самочувствия, активности и настроения). 4. Методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Рея.

Нами задействованы следующие статистические технологии: 1) описательная статистика; 2) U-критерий Манна-Уитни, позволяет выявить различия между двумя выборками по уровню количественно измеренного признака; 3) ф-критерий Фишера, позволяет оценить достоверность различий между процентными долями двух выборок, в которых наблюдается интересующий эффект. Для статистического анализа использовалась программа Statistica (версия 6.0) Stat Soft.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Для изучения динамических особенностей клинико-психологических параметров заболевания проведена сравнительная оценка уровней личностной и реактивной тревожности, депрессии, самочувствия, активности и настроения, степени сопротивляемости стрессу у больных поликлиники с донологическим этапом течения СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями с длительностью заболевания до 1 года (основная группа) и стационарных больных с длительностью заболевания от 1 года до 5 лет (контрольная группа). Это позволило продемонстрировать характерные для таких больных клинико-психологические особенности в динамике заболевания.

Обсуждение результатов проведенного исследования начнем с оценки уровня личностной тревожности в основной и контрольной группах. Изучение долевого распределения обследованных основной и контрольной групп по уровню личностной тревожности показало, что в контрольной преобладал высокий ее уровень (47 больных – 94,00%) по сравнению с основной (32 человека – 84,21%), однако, различия были статистически незначимыми ($p > 0,05$). Это свидетельствует о том, что высокий уровень личностной тревожности является устойчивой чертой личности боль-

ных с СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями независимо от этапа заболевания.

Высокий уровень личностной тревожности в контрольной группе подтверждался и результатами изучения средних ее значений в баллах (рис. 1). Он составлял 66,24 балла, что достоверно выше такового в основной группе (55,19 балла; $p \leq 0,01$). Данные показатели отражают динамические особенности формирования аффективных расстройств у больных в обследуемых группах.

Долевое распределение обследованных основной и контрольной групп по уровню реактивной тревожности показало, что здесь, как и при изучении личностной тревожности, выявлен более высокий ее уровень у больных контрольной группы. У них достоверно преобладала доля лиц с высоким уровнем реактивной тревожности (43 больных – 86,00 %; $p \leq 0,05$). В основной группе удельный вес лиц с низким и средним уровнями реактивной тревожности был выше, по сравнению с контрольной, однако различия оказались

статистически незначимыми (низкий – $p > 0,05$; средний – $p > 0,05$).

Полученные результаты изучения долевого распределения больных по уровню реактивной тревожности находили отражение и в показателях их среднего значения (рис. 2). В основной группе они составили 55,20 балла, в контрольной – 61,04 балла. Различия были статистически значимыми ($p \leq 0,01$).

Как видно, для больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями характерны высокие уровни личностной и реактивной тревожности. У лиц с большей длительностью заболевания они статистически значимо выше, чем у больных поликлиники с донозологическим этапом течения соматизированного расстройства. Этот факт свидетельствует об изменениях состояния эмоциональной сферы в сторону усугубления в динамике патологического процесса (формирования развернутой клинической картины СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями).

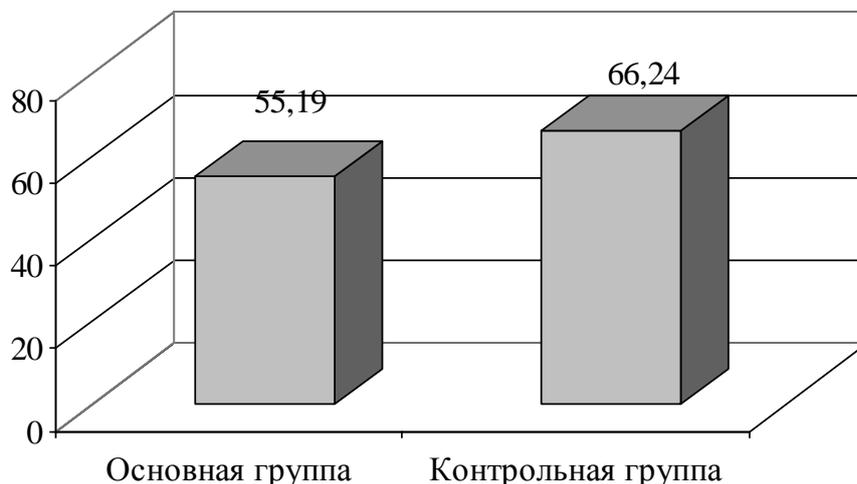


Рис. 1. Балльная оценка уровня личностной тревожности у больных основной и контрольной групп.
Примечание: $p \leq 0,01$ – уровень статистической значимости.

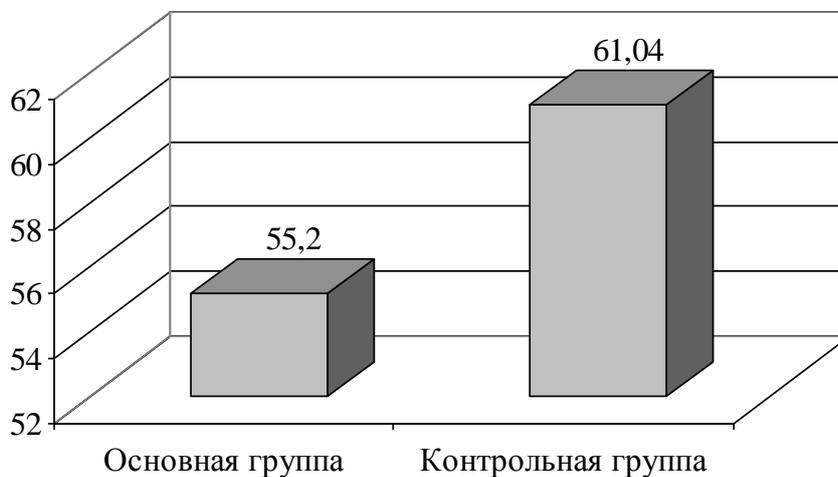


Рис. 2. Балльная оценка уровня реактивной тревожности у больных основной и контрольной групп.
Примечание: $p \leq 0,01$ – уровень статистической значимости.

Состояние эмоциональной сферы у обследованных больных оценивалось и по уровню депрессии. Здесь, как и в случае изучения реактивной тревожности, показатели, характеризующие уровень депрессии, были более выраженными у больных, находящихся на стационарном лечении (с большей длительностью заболевания). Изучение долевого распределения обследованных по уровню депрессии показало, что доля лиц, у которых депрессия не была выявлена выше у больных основной группы (11 человек – 28,94%; $p > 0,05$). Удельный вес больных с легкой депрессией был незначительно выше в основной группе (10 человек – 26,31%; $p > 0,05$). Обращает на себя внимание преобладание в контрольной группе больных, оценивших свое настроение, как значительно сниженное. Доля таких больных составила 56,00 %, что в два раза превышало аналогичный показатель в основной группе (28,94%). Различия здесь были статистически значимыми ($p \leq 0,01$). Глубокое снижение настроения отметили у себя 19 больных контрольной группы (38,00%) и 6 больных в основной (15,81%), различия здесь также оказались статистически значимыми ($p \leq 0,01$). При изучении средних значений уровня депрессии в баллах выявлены более высокие показатели в контрольной группе (66,88 балла) по сравнению с основной (56,60; $p < 0,01$), что отражено в рис. 3. При этом показатели как основной, так и контрольной группы статистически значимо превышали нормативные данные, полученные на 200 здоровых испытуемых (средняя величина индекса снижения настроения $40,25 \pm 5,99$ балла), изложенные Т.И. Балашовой.

Таким образом, больные СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями с большей длительностью заболевания оценивают свое настроение, как значительно сниженное или определяют у себя глубокую депрессию. Больные с длительностью заболевания до 1 года оценивают свое настроение, как незначительно сниженное, либо определяют у себя состояние без депрессии. При-

веденные показатели отражают динамические особенности самооценки депрессии больными СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями. Менее выраженные значения могут свидетельствовать о начальных проявлениях заболевания.

Результаты дифференцированной самооценки функционального состояния больных выявили неодинаковые параметры самочувствия, активности и настроения в анализируемых группах. У больных основной группы с наибольшим удельным весом фиксировался благоприятный уровень самочувствия (18 обследованных – 47,37%; $p < 0,05$), контрольной – неблагоприятный (44 человека – 88,0%; $p < 0,05$).

Аналогичная закономерность прослеживается и по уровню активности. Удельный вес больных с благоприятным уровнем активности был статистически значимо выше в основной группе (18 человек – 47,37%; $p < 0,05$). Доля лиц с неблагоприятным уровнем активности значительно преобладала в контрольной группе (42 человека – 84,0%; $p < 0,05$). У больных контрольной группы значимо преобладал неблагоприятный уровень настроения (39 человек – 78,0%; $p < 0,05$), основной – благоприятный (17 человек – 44,74%; $p < 0,05$).

Приведенные результаты долевого распределения обследованных в основной и контрольной группах позволяют считать, что для донозологического этапа заболевания характерна благоприятная оценка пациентами уровней самочувствия и активности, неблагоприятная – настроения. В динамике заболевания происходит изменение оценки эмоционального состояния, о чем свидетельствуют особенности соотношения благоприятного и неблагоприятного уровней самочувствия, активности и настроения в сторону повышения удельного веса больных с неблагоприятным уровнем этих показателей. Балльная оценка уровней самочувствия, активности и настроения выявила статистически значимые различия в анализируемых группах ($p < 0,05$).

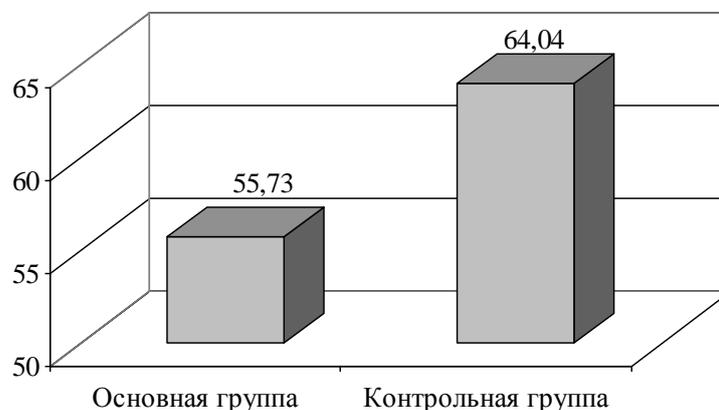


Рис. 3. Балльная оценка уровня депрессии у больных основной и контрольной групп.

Примечание: $p \leq 0,01$ – уровень статистической значимости.

Долевое распределение обследованных по степени сопротивляемости стрессу

Сопротивляемость стрессу	Обследованные группы		Основная n = 60		Контрольная n = 60		φ
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	
1. Высокая	19	50,00	7	14,00	3,736**		
2. Пороговая	14	36,85	20	40,00	0,302		
3. Низкая	5	13,15	23	46,00	3,471**		

Примечание: ** – $p < 0,01$ значимые статистические различия

Долевое распределение обследованных по степени сопротивляемости стрессу по шкале Холмса и Рея отражено в табл 1.

Как видно, в основной группе на первом месте по удельному весу находились больные с высоким уровнем сопротивляемости стрессу. На втором – с пороговым уровнем, на третьем – с низким. При сравнительной оценке анализируемых показателей обеих групп установлены статистически значимые различия, подтверждающие преобладание высокого уровня сопротивляемости стрессу у обследованных основной группы (19 человек – 50,0%; $p < 0,01$), низкого – в контрольной (28,0%; $p < 0,01$). Указанные результаты позволяют считать, что длительность СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями влияет на уровень устойчивости организма к стрессу. При небольших сроках заболевания (до 1 года) он преимущественно высокий. В случаях большей длительности заболевания (свыше 1 года) отмечается преобладание низкого уровня сопротивляемости стрессу. Балльная оценка анализируемого показателя хотя и выявила более низкие средние значения в контрольной группе по сравнению с основной (контрольная – 197,4 балла; основная – 200,6 балла), статистически значимых различий не обнаружено ($p > 0,05$).

Проведенное исследование позволило описать состояние эмоциональной сферы, степени сопротивляемости стрессу больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями с различной длительностью заболевания, показать их роль в формировании клинической картины на различных этапах патологического процесса (формирования развернутой клинической картины СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями).

Таким образом, для больных СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями характерны высокие уровни личностной и реактивной тревожности. У больных стационара с большей длительностью заболевания они выше, чем у больных поликлиники с донозологическим этапом течения. Большей длительности заболевания свойственны более высокие уровни самооценки депрессии – значительно сниженное и глубоко сниженное депрессивное состояние. При длительности заболе-

вания менее 1 года больные поликлиники характеризуют свое состояние как легкую депрессию, либо отрицают наличие у себя снижения настроения.

Для донозологического этапа заболевания характерна благоприятная оценка пациентами уровней самочувствия и активности, неблагоприятная – настроения. В динамике заболевания происходит изменение соотношения благоприятного и неблагоприятного уровней самочувствия, активности и настроения в сторону увеличения количества больных с неблагоприятным уровнем этих показателей.

Длительность СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями влияет на устойчивость организма к стрессу. При небольших сроках заболевания (до 1 года) она преимущественно высокая. В случаях продолжительности заболевания более 1 года – низкая.

Выявленные у больных изменения эмоциональной сферы и степени сопротивляемости стрессу в случаях неполной сформированности клинической картины заболевания позволяют рассматривать их в качестве ранних клинико-психологических критериев диагностики донозологического этапа СПР с сердечно-сосудистыми проявлениями.

ЛИТЕРАТУРА

1. Албантова К.А. Кардионевроз: аспекты этиопатогенеза, клиники и динамики (обзор литературы) // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – № 3-4. – С. 32-37.
2. Александровский Ю.А., Ромасенко Л.В. Психиатрия: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 962 с.
3. Березанцев А.Ю. Психосоматика и соматоформные расстройства – М.: Информационные технологии, 2001. – 191 с.
4. Березанцев А.Ю. Некоторые актуальные вопросы психопатологии телесной сферы // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 6. – С. 11-18.
5. Богдан М.Н. Эпидемиологический аспект проблемы диагностики пограничных психических расстройств // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1998. – № 3. – С. 35-38.

6. *Великанова Л.П.* Динамические соотношения неврозов и психосоматических расстройств (обзор литературы). (Часть II) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – № 1. – С. 95-100.
7. *Довженко Т.В., Краснов В.Н., Семглазова М.В., Васюк Ю.А., Лебедев А.В.* Терапия расстройств депрессивного спектра у пациентов с различными сердечно-сосудистыми заболеваниями // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – № 4. – С. 62-65.
8. *Елисеев Ю.Ю.* Психосоматические заболевания: Полный справочник. – М., 2003. – 608 с.
9. *Дербенев Д.П., Коваленко И.Л., Орлов Д.А.* Распространенность функциональных психических отклонений среди 15-17-летних учащихся средних учебных заведений Тверской области // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН: Научно-практический журнал. – 2006. – № 5. – С. 22-24.
10. *Краснов В.Н.* Расстройства аффективного спектра. – М.: Практическая медицина, 2011. – 432 с.
11. *Лас Е.А., Албантова К.А.* Клинико-психологические особенности пациентов с кардионеврозом // Психические расстройства в общей медицине. – 2011. – №3-4. – С. 26-31.
12. *Медведев В.Э., Албантова К.А., Григорьева К.В., Сыркин А.Л.* Психопатологические и патохарактерологические характеристики пациентов с кардионеврозом (нейроциркуляторная дистония) // Психические расстройства в общей медицине. – 2008. – № 2. – С. 18-21.
13. *Разинкин С.М., Котенко Н.В.* Комплексная скрининг-диагностика оценки психофизиологического и соматического здоровья, функциональных и адаптивных резервов организма // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – М., 2010. – № 11. – С. 21-34.
14. *Семке В.Я.* Превентивная психиатрия – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1999. – 403 с.
15. *Сухотина Н.К.* Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей (сообщение 1) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – Т. 18, № 1. – С. 75-81
16. *Сухотина Н.К.* Донозологические формы нервно-психических расстройств у детей (сообщение 2) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2008. – № 2. – С. 84-86.
17. *Швицкая Т.И.* Пограничные нервно-психические расстройства у сотрудников уголовно-исполнительной системы // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2009. – № 2. – С. 126-127.
18. *Zvolensky M.J., Kashdan T.B., McLeish A.C.* Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms // Journal of Anxiety Disorders. – 2008. – Vol. 22. – P. 429 – 440.