

**Медико – психологическая коррекция психосоматической патологии
у детей и подростков**

Мозговая Г.П. (Институт социологии, психологии и социальных коммуникаций Национального педагогического университета им. М.П.Драгоманова, заведующая кафедрой практической психологии и психосоматики);

Бекетова Г.В. (Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика, заведующая кафедрой детских и подростковых заболеваний)

Резюме. В статье Мозговой Г.П., Бекетовой Г.В. "Медико – психологическая коррекция психосоматической патологии у детей и подростков" научно обоснована необходимость медикаментозной (метаболической) и психологической коррекции психосоматической патологии у детей и подростков. Определена эффективность комплексного применения метаболических средств и психологических методов.

Ключевые слова: психосоматическая патология, язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, психотерапия, метаболическая коррекция, дети, подростки.

Summary: The article “Metabolic and psychological correction of psychosomatic pathology in children and adolescents” written by Mozgovaya G. and Beketova G. presents scientific necessity of metabolic drug Stimol and psychological correction of psychosomatic diseases in children and adolescents. Efficiency of complex application of metabolic therapy and psychological methods defined.

Key words: psychosomatic pathology, bronchial asthma, ulcer disease, psychotherapy, metabolic drug Stimol, children, adolescents.

Вступление. Жизнь современного человека характеризуется культурными, экономическими и социальными трансформациями, которые требуют чрезвычайной мобилизации когнитивных, эмоциональных и личностных ресурсов, постоянной готовности решать возникающие проблемы, что сопровождается хроническим перенапряжением и внутренней психологической конфликтностью. Такая реальность обуславливает существенный рост роли нервно – психического фактора в развитии соматических заболеваний с дальнейшим формированием психосоматической патологии (ПСП) [1, 2, 6]. В широком смысле к ПСП относят конверсионные симптомы, функциональные синдромы (органные неврозы), вредные привычки, которые влияют на соматическое здоровье. А в более узком смысле – термин "психосоматическая

патология" (психосоматоз) включает группу заболеваний, в основе которых лежит первичная телесная реакция на конфликтное переживание, связанная с морфологически установленными изменениями и патологическими нарушениями в органах. К их числу относят: бронхиальную астму (БА), язвенный колит, эссенциальную гипертонию, язвенную болезнь (ЯБ), сахарный диабет [7, 8].

Известно, что в детском возрасте при неблагоприятном прохождении одной из фаз развития объектных отношений и обострении центрального конфликта формируются определённые особенности личностных характеристик – недоверие, чрезмерная застенчивость, сомнение в собственных силах, чувство агрессии, вины или даже неполноценности. Указанное приводит к нарушению межличностных отношений, развитию общественно – дезадаптивных форм поведения, астении, формированию доминирующих интеллектуальных паттернов, и в последующем – ПСП [1, 2, 9]. Отметим, что особенностью психо – эмоционального реагирования детей является стойкая стереотипность, которую можно выявить с помощью рисунка. В настоящее время не вызывает сомнения, тот факт, что объективизация внутреннего мира человека реализуется через вербализацию и находит свое внешнее отражение в результатах деятельности. В этом плане процесс рисования дает ребенку возможность устранить напряжение и позволяет реализовать свои истинные чувства [4, 5, 9]. С этой целью нами разработаны методы проективного рисунка "Мое будущее", "Добро и зло" с выбором цвета, приоритетность которых подтверждена патентами Украины [4, 5]. Фундаментальные закономерности между разнокачественными энергиями цвета и символа и определенными психическими процессами, которые лежат в основе метода проективного рисунка помогают выявить у ребенка психические и физические расстройства. Тест отражает сознательные и бессознательные стороны психической структуры детской личности (уровень личностной реактивности, самооценку, зоны фрустрации, доминирующие интеллектуальные паттерны, особенности мотивации), а также возможность выявить признаки астении (от греч. *astheneia* – бессилие), которая значительно снижает качество жизни ребёнка, приводит к стойкой и выраженной дезадаптацией, уменьшает эффективность терапии.

Различают астению органическую и функциональную (рис.1.).



Наиболее значимыми в патогенезе астении являются церебральная гипоперфузия, нейротрансмиттерные нарушения, вегетативная дисфункция, обусловленные увеличением уровня лактата и аммиака. В результате чего возникает усиление гликолиза, блокада первого этапа неоглюкогенеза со снижением поступления пирувата в цикл Кребса; ингибирование синтеза нейромедиаторов, задержка синаптического ответа с формированием клинических проявлений астении (рис.2).



Рис. 2. Патогенез астении.

Для устранения симптомов астении при ПСП требуются определённые терапевтические подходы с включением психотерапии и метаболических препаратов [3] – так называемых актопротекторов. К этой группе лекарственных средств относится комплекс аминокислот L – цитруллина и малата (препарат СТИМОЛ®), влияющих на синтез лактата и мочевины (рис. 3.).

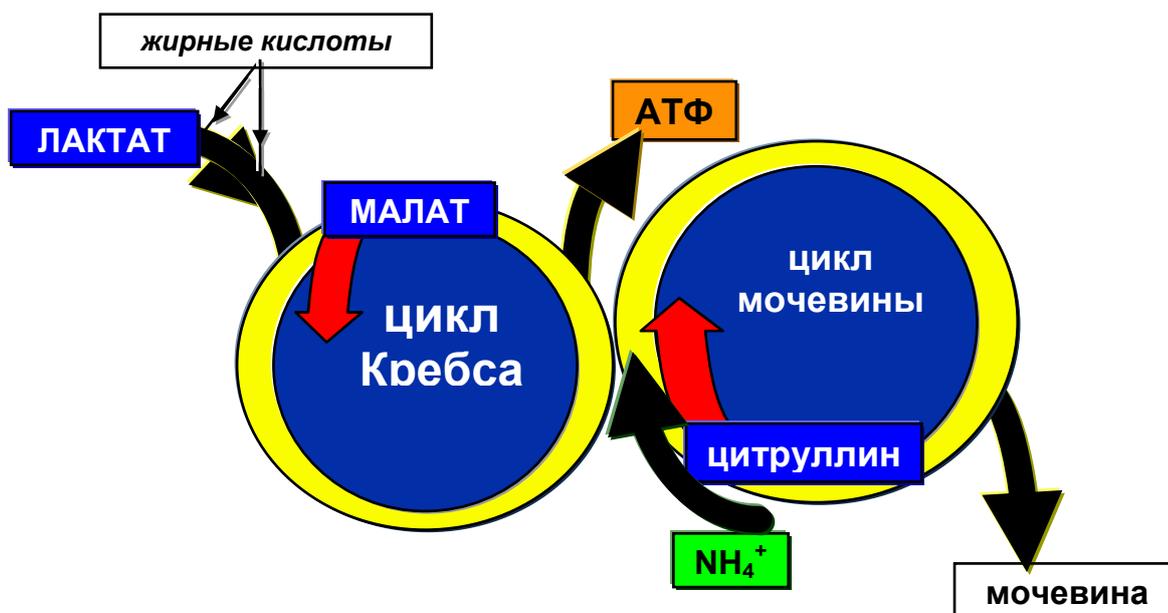


Рис. 3. Влияние цитруллина малата на синтез лактата и мочевины

СТИМОЛ® тонизирует, способствует нормализации обмена веществ, не вызывает психическую и физическую зависимость и эффекта отмены, хорошо переносится, практически не вызывает побочных реакций и, по – этому, является безопасным при применении у детей. Важным преимуществом цитруллина малата есть возможность его использования при сахарном диабете (рис.4).

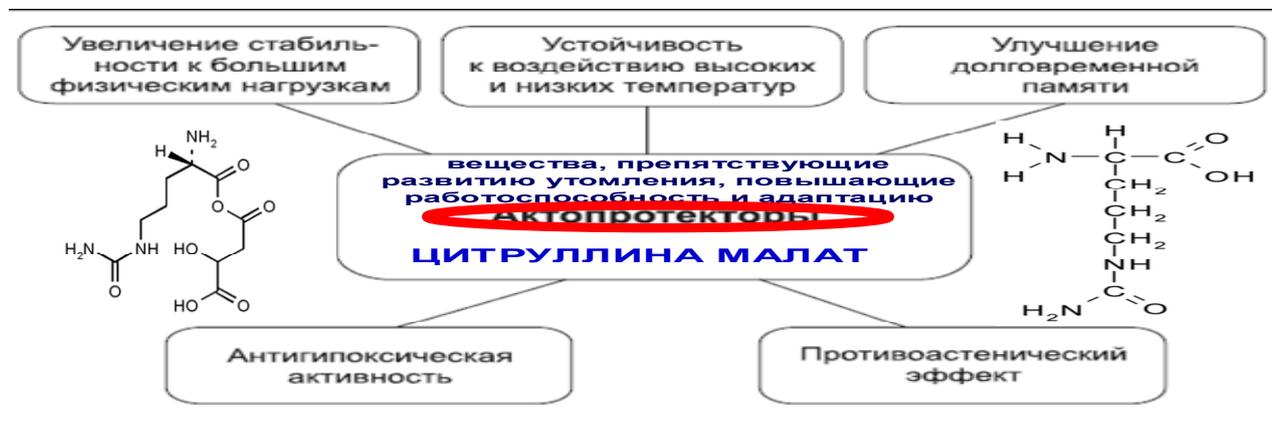


Рис.4. Эффекты актопротекторов (цитруллина малата) при астении.

Несмотря на значительные успехи в лечении ПСП, его эффективность не всегда достаточная, так как не у всех пациентов обеспечивается стойкая ремиссия. Это обуславливает необходимость поиска новых, более эффективных подходов, как к лечению ПСП, так и профилактике ее рецидивов и прогрессирования [4, 10].

Цель исследования: определить эффективность медико – психологической коррекции при лечении психосоматической патологии у детей и подростков.

Материалы и методы исследования

Обследовано 194 ребенка в возрасте от 7 до 17 лет (средний возраст $13,8 \pm 0,5$ лет) с БА и ЯБ двенадцатиперстной кишки (ДПК). Диагнозы верифицированы согласно МКБ–10. Психологическое тестирование проводилось по методикам Р. Кеттелла (выявление особенностей личности – Фактор А - "замкнутость - открытость"; фактор В - "интеллект"; фактор С - "эмоциональная лабильность – эмоциональная стойкость"; фактор Е - "подчиняемость - доминантность"; фактор F - "сдержанность - экспрессивность"; фактор G - "зависимость от чувств - высокая нормативность поведения"; фактор Н - "нерешительность - смелость"; фактор L - "доверчивость - подозрительность"; фактор М - "практичность - развитое воображение"; фактор N - "прямолинейность - дипломатичность"; фактор О - "уверенность в себе - тревожность"; фактор Q1 - "консерватизм - радикализм"; фактор Q2 - "конформизм - нонконформизм"; фактор Q3 - "низкий самоконтроль - высокий самоконтроль"; фактор Q4 - "розслабленность - напряженность"; фактор MD - "адекватность самооценки"), проективного рисунка "Мое будущее", "Добро и зло" с выбором цвета. Реактивная и личностная тревожность (РТ и ЛТ) оценивалось с помощью шкалы самооценки по методике Ч.Д.Спилбергера – Ханина (до 31 балла – уровень тревожности низкий, 31 – 45 баллов – умеренный, более 45 – высокий).

Для уточнения характера и степени сосудистых изменений изучали состояние церебральной гемодинамики методом реоэнцефалографии (РЭГ) по общепринятой методике. Для определения состояния нейроактивности определяли спектрально–когерентные характеристики электроэнцефалограмм (ЭЭГ) с картированием зон головного мозга. У всех больных проводилась запись

фоновых ЭЭГ от передних и задних лобных, центральных, теменных, затылочных и височных областей мозга по общепринятой международной системе. Исследовали реакции биопотенциалов мозга при проведении функциональных проб: открытия – закрытия глаз, гипервентиляция в течение 3 мин. и дискретная светостимуляция. Анализировали спектры мощности в полосе частот от 1 до 30 Гц с частотой опроса 100 Гц, для 60 – секундных интервалов безартефактных ЭЭГ (10 эпох анализа по 6 с. каждая).

Определялась ориентировочная реакция (ОР) на ЭЭГ – соотношение латентных периодов реакций синхронизации (замена быстрых и нерегулярных колебаний биопотенциалов более медленной и упорядоченной во времени волновой активностью большей амплитуды) и десинхронизации при применении пробы с закрытием – открытием глаз.

Обследованные пациенты распределены на 4 репрезентативные группы, в зависимости от используемого варианта терапии: контрольная группа (К) – 50 пациентов, получавших базисную терапию основного заболевания согласно утвержденных МЗ Украины протоколов, а также 3 лечебных группы: Л1 – 43 ребенка, которым проводили психокоррекцию на фоне базисной терапии, вторая лечебная группа (Л2) – 50 больных, получавших на фоне базисной терапии метаболическое средство (актопротектор СТИМОЛ®) и группа Л3 – 51 пациент, в базисную терапию которых включены психокоррекционные средства и СТИМОЛ®. Препарат назначался по 1–2 пакетика 2 – 3 раза в сутки в течение 14 дней. Индивидуальная психологическая коррекция проводилась с использованием предложенной авторской методики. Перед началом сеанса психотерапии ребенку предлагалось представить свое будущее – гармоничное, радостное, без болезней, а потом нарисовать (то есть отобразить символом) понятия: "Мое будущее", "Добро и зло" и к каждому отображенному объекту подобрать цветовую ассоциацию. В лечебном комплексе такой сеанс проводился трижды (1, 7 и 14 день). Результаты эффективности лечения оценивались по динамике психологических показателей (тесты Спилбергера–Ханина, Р.Кеттела, клинико – анамнестических, нейрофизиологических (ЭЭГ с картированием зон головного

мозга) данных. Для оценки клинической эффективности терапии использован метод Макеева С.М. (1985) с определением интегрального показателя патологии (ИПП) и коэффициента сравнительной эффективности терапии. Статистическая обработка результатов осуществлялась методом вариационной статистики с использованием пакета программ Math CAD с вычислением среднего арифметического (M), среднего квадратического отклонения (σ) и средних ошибок (m). Для оценки отличий показателей в сравниваемых группах использовался t-критерий Стьюдента. Отличия считали достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение.

Клиническая картина характеризовалась полиморфизмом жалоб и клинических синдромов. Основными синдромами у детей с ПСП были болевой абдоминальный (91,7%), диспептический (58,4%), синдром хронической интоксикации (38,7%) и астено-невротический (95,9%). Астено-невротический синдром проявлялся раздражительностью, капризностью, повышенной утомляемостью, расстройствами сна и слезливостью.

Анализ данных психологического обследования позволил установить : высокие уровни личностной и реактивной тревожности (тест Спилбергера-Ханина), низкие показатели самооценки и высокие показатели тревожности и эмоциональной лабильности (тест Р.Кеттела), низкую трудоспособность и высокие показатели отклонения от автогенной нормы (проективным тест «Добро» та «Зло» и «Мое будущее» с выбором цвета).

Использование нейрофизиологического исследования функционального состояния головного мозга (спектрально-топографический анализ ЭЭГ и РЭГ) позволил выявить сниженный уровень активности процессов в подкорковых структурах - перевозбуждение, функциональную блокаду таламо – кортикальных связей и нарушение перфузии головного мозга.

После окончания стационарного лечения (2 недели при БА и 3 недели при ЯБ ДПК) выявлены следующие результаты психологического тестирования (табл.1).

Таблица 1 - Динамика реактивной и личностной тревожности по данным теста Спилбергера – Ханина до и после терапии детей с ПСП (n=194)

	Среднее значение показателя, баллы					достоверность
	До терапии	после терапии				
		К (n=50)	Л1 (n=43)	Л2 (n=50)	Л3 (n=51)	
РТ	54,32±1,5	45,25±1,5	34,42±1,5	38,12±1,5*	31,14±0,5*	p < 0,05
ЛТ	50,01±1,2	49,34±1,2	38,93±1,2	39,14±1,2*	33,12±0,5*	p < 0,05

Примечание: *- разница достоверна между данными контрольной и лечебными группами

В динамике лечения наблюдалось достоверное снижение реактивной и личностной тревожности с высокого уровня к среднему у детей 1, 2 и 3 лечебных групп, которые получали усовершенствованную терапию, в отличие от группы контроля, где сохранялся исходный уровень обоих видов тревожности. Наиболее результативным оказалось комплексное использование психотерапевтических методов и коррекции метаболических нарушений актопротектором стимулом.

Таблица 2. - Показатели индивидуально – психологических особенностей детей с ПСП по методике Р.Кеттела (M±m).

Показатель	До лечения	После лечения				P
		К (n=50)	Л1 (n=43)	Л2 (n=50)	Л3 (n=51)	
MD	5,9±0,2	5,9±0,2	5,9±0,2	6,4±0,2	6,6±0,2	>0,01
A	5,4±0,2	5,4±0,2	5,4±0,2	5,6±0,2	5,6±0,2	>0,1
B	4,7±0,2	4,7±0,1	4,7±0,1	4,8±0,3	4,8±0,1	>0,1
C	4,8±0,3	4,9±0,1	5,9±0,2	7,1±0,3*	7,2±0,2*	<0,05
E	4,6±0,2	4,6±0,2	4,7±0,2	4,9±0,1	5,0±0,2	>0,1
F	5,5±0,2	5,5±0,3	5,6±0,2	5,7±0,2	5,8±0,2	>0,1
G	8,2±0,2	8,3±0,2	8,4±0,3	8,7±0,1	8,7±0,2	>0,1
H	4,2±0,2	4,3±0,1	4,8±0,2	6,9±0,2*	7,0±0,2*	<0,001
I	5,9±0,2	5,9±0,3	5,8±0,3	5,5±0,1	5,5±0,2	>0,1
L	7,2±0,2	7,2±0,1	6,2±0,3	5,2±0,2*	5,5±0,2*	<0,001
M	6,1±0,2	6,2±0,1	6,1±0,1	6,1±0,3	6,2±0,2	>0,1
N	6,7±0,2	6,8±0,1	6,7±0,1	6,3±0,1	6,1±0,2	>0,1
O	9,3±0,1	9,2±0,1	9,1±0,3	6,3±0,1*	6,0±0,1*	<0,001

Q1	5,5±0,2	5,5±0,3	5,5±0,1	5,6±0,1	5,7±0,2	>0,1
Q2	7,1±0,2	6,8±0,2	6,1±0,2	5,1±0,3*	5,2±0,2*	<0,01
Q3	6,2±0,3	6,3±0,2	6,5±0,3	6,8±0,3	6,9±0,2	>0,1
Q4	7,2±0,3	7,0±0,1	6,5±0,3	6,1±0,3	5,0±0,1*	<0,01

Примечание: *- разница достоверна между данными контрольной и лечебных групп

Результаты психологического тестирования представлены на рис.5. (слева) и рис.6. (справа).

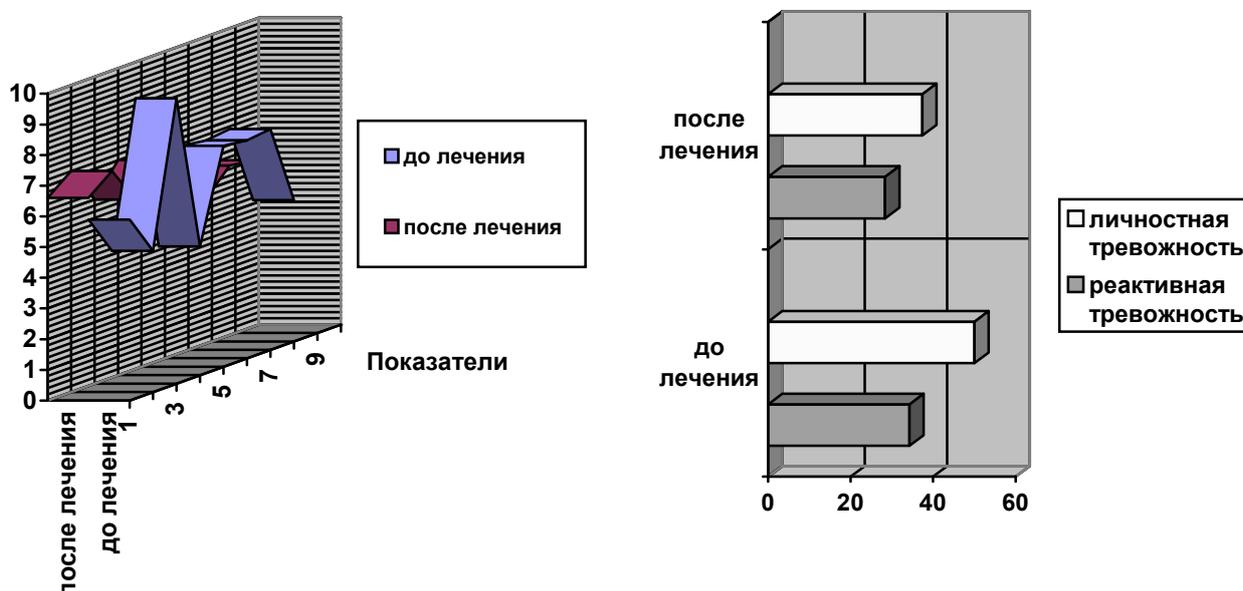


Рис.5. Показатели теста Спилбергера – Ханина до и после терапии в Л3 – группе (слева): 1 – адекватность самооценки-заниженная самооценка; 2 – эмоциональная лабильность-эмоциональная стойкость; 3 - уверенность в себе – тревожность; 4 - нерешительность – смелость; 5 - доверчивость – подозрительность; 6 – конформизм – нонконформизм; 7 – расслабленность – напряженность; 8 - подчиняемость – доминантность.

Рис.6. Показатели теста Р. Кеттела до и после терапии в Л3 – группе (справа)

При исследовании эмоционально – волевой сферы у детей из Л2 и Л3 – групп (табл.2) прослеживается уменьшение обострения таких черт, как эмоциональная

неустойчивость, тревожность, неуверенность в себе, боязливость. Об этом свидетельствует уменьшение среднего значения фактора О – от $9,3\pm 0,1$ до $6,0\pm 0,1$ ($p < 0,001$) и увеличение фактора С – от $4,8\pm 0,3$ до $7,2\pm 0,2$ ($p < 0,001$). Достоверно снизилось среднее значение фактора Q4 (с $7,2\pm 0,3$ до $5,0\pm 0,1$ ($p < 0,01$), что объективизирует уменьшение напряженности, нетерпеливости, чрезмерного волнения и фрустрированности. При анализе коммуникативных свойств и межличностных отношений, выявлено, что средние показатели фактора Н и Е при лечении достоверно увеличились (с $4,2\pm 0,2$ до $7,0\pm 0,2$ и с $4,6\pm 0,2$ до $5,9\pm 0,2$ соответственно ($p < 0,001$). При этом достоверно снижается фактор L (с $7,2\pm 0,2$ до $5,0\pm 0,1$ ($p < 0,001$), что свидетельствует об уменьшении сложностей во взаимоотношениях со сверстниками, учителями, родителями. Т.е. интересы детей и подростков становятся более обращены на окружение.

На рис. 5 представлено достоверное снижение показателей личностной тревожности после лечения. Реактивная тревожность тоже несколько снизилась, что указывает на дезактуализацию прошлой психотравмы и исчезновение признаков "актуального невроза" при нахождении личности "здесь и сейчас".

Количественный анализ цветоассоциативных ответов показал (таб. 3), что после проведенного лечения работоспособность у больных Л1, Л2 и Л3 - групп достоверно повысилась и равнялась $51,3\pm 2,3$; $52,4\pm 2,1$; $53,5\pm 4,3$ соответственно в отличии от $35,7\pm 4,1$ у.е. до лечения ($p < 0,05$), в то время, как в группе контроля существенно не изменилась ($45,8\pm 3,3$ у.е.)

Таблица 3. - Показатели проективного теста "Добро и Зло" с выбором цвета в обследованных (n=194)

Показатель	Среднее значение показателя "M±m"					P
	До лечения	После лечения				
		К (n=50)	Л1 (n=43)	Л2 (n=50)	Л3 (n=51)	
Активность	$45,1\pm 4,7$	$46,2\pm 1,5$	$49,2\pm 1,5$	$49,7\pm 2,1$	$50,1\pm 4,1$	$>0,05$
Работоспособность	$35,7\pm 4,1$	$45,8\pm 3,3$	$51,3\pm 2,3^*$	$52,4\pm 2,1^*$	$53,5\pm 4,3^*$	$<0,05$
Отклонение от аутогенной нормы	$55,1\pm 4,2$	$53,1\pm 4,2$	$40,1\pm 4,2^*$	$39,9\pm 2,1^*$	$39,7\pm 3,1^*$	$<0,05$

Примечание: *- разница достоверна между данными контрольной и лечебных групп

До лечения отклонение от аутогенной нормы у пациентов с ПСП было высоким ($55,05 \pm 4,2$ у.е.). После лечения этот показатель достоверно снизился в группах Л3, Л2 и Л1 ($39,7 \pm 3,1$; $39,9 \pm 2,1$ и $40,1 \pm 4,2$ у.е. соответственно) ($p < 0,05$). Таким образом, усовершенствованное лечение способствовало гармонизации и повышению стабильности личности, особенно, в Л3 – группе.

Известно, что психофизиологическое состояние человека отображается на ЭЭГ активацией отдельных участков коры больших полушарий и зависит от пульсового кровенаполнения. Данные нейрофизиологических исследований приведены в таблице 4.

Таблица 4. - Нейрофизиологические показатели у детей с ПСП в динамике лечения (n=194)

Р	показатель	До лечения	После лечения			
			К (n=50)	Л1 (n=43)	Л2 (n=51)	Л3 (n=)
<0,05	ОР	$0,82 \pm 0,03$	$0,83 \pm 0,12$	$0,92 \pm 0,02$	$1,13 \pm 0,03^*$	$1,23 \pm 0,06^*$
<0,05	А (Ом)	$0,08 \pm 0,01$	$0,08 \pm 0,01$	$0,09 \pm 0,01$	$0,11 \pm 0,02^*$	$0,12 \pm 0,02^*$

Примечание: *- разница достоверна между данными контрольной и лечебных групп

Как видно из табл.4, ориентировочная реакция до лечения (соотношение латентных периодов реакций синхронизации и десинхронизации при применении пробы с закрытием – открытием глаз) была низкой (меньше 1) – $0,82 \pm 0,03$ у.е., что указывает на малую адаптационную возможность и сниженный уровень активности процессов в подкорковых структурах (перевозбуждение и функциональная блокада таламо – кортикальных связей). Повышение ОР ($1,13 \pm 0,03$ и $1,23 \pm 0,06$ у.е.) ($p < 0,05$). у детей, получавших метаболическую терапию актопротектором Стимолом (группы Л2 и Л3) указывает на улучшение таламо – кортикальных связей (происходит синхронизация – замена быстрых и нерегулярных колебаний биопотенциалов более медленной и упорядоченной во времени волновой активностью большей амплитуды), снятие перевозбуждения и

функциональной блокады, с более выраженным эффектом при включении психокоррекции.

Достоверное уменьшение амплитуды пульсового кровенаполнения ($0,08 \pm 0,01$ Ом) до лечения, указывает на несколько сниженную, дизрегуляторно обусловленную, перфузию головного мозга. Повышение цифр, после применения метаболической и метаболически – психологической коррекции, указывает на улучшение условий работы головного мозга за счет нормализации его перфузии ($0,11 \pm 0,02$ и $0,12 \pm 0,02$ Ом) ($p < 0,05$). .

Для определения клинической эффективности разных терапевтических комплексов использован метод бальной оценки динамики клинических проявлений заболевания (таб.5). На основе бальных оценок клинического обследования вычисляли величину интегрального показателя патологии (ИПП) для лечебных и контрольной групп. До лечения ИПП1 в 1, 2, 3 лечебных и контрольной группах были $6,5 \pm 0,6$; $6,5 \pm 0,4$; $6,6 \pm 0,6$ и $7,0 \pm 0,3$ баллов ($p > 0,05$) соответственно. ИПП2 после лечения был $2,9 \pm 0,1$; $2,3 \pm 0,4$; $2,9 \pm 0,3$ и $4,9 \pm 0,1$ баллов ($p < 0,05$).

Таблица 5. Оценка клинической эффективности лечения детей (в баллах)

Группы детей (n=194)	До лечения	После лечения		К
		ИПП1	ИПП2	
Л1 (n=43)	$6,5 \pm 0,6$	$2,9 \pm 0,1^{*,**}$	3,6	1,54
Л2 (n=50)	$6,5 \pm 0,4$	$2,3 \pm 0,4^{*,**}$	4,2	1,64
Л3 (n=51)	$6,6 \pm 0,6$	$2,9 \pm 0,3^{*,**}$	4,7	1,86
К (n=50)	$7,0 \pm 0,3$	$4,9 \pm 0,1$	2,1	

* - разница достоверна между данными до и после лечения ($p < 0,05$)

** - разница достоверна между данными лечебных и контрольной групп ($p < 0,05$).

Полученные данные свидетельствуют о достоверном уменьшении ИПП после лечения во всех лечебных группах, но более значительные результаты отмечаются в Л3 – группе, пациенты которой получали метаболический препарат Стимол и психотерапию, что подтверждает более значительную эффективность усовершенствованной нами терапии.

Для количественной оценки динамики клинических проявлений у больных вычислялся показатель степени улучшения клинической картины (S) и интегральный коэффициент эффективности терапии в лечебных и контрольной группах (K), который составил 1,54, 1,64 и 1,86 соответственно в Л1, Л2 и Л3 – группах.

Полученные данные свидетельствуют, что у детей, в базисное лечение которых были включены сеансы психотерапии, препарат метаболического ряда Стимол и их комбинация, динамика обратных изменений основных клинических проявлений заболевания происходила в 1,54, 1,64 и 1,86 раза быстрее, чем у пациентов, которые получали только базисную терапию.

Выводы:

1. У детей и подростков с ПСП (ЯБ ДПК и БА) выявлена эмоциональная неустойчивость, высокая реактивная и личностная тревожность, неуверенность в себе, боязливость, осложнения во взаимоотношениях со сверстниками, учителями и родителями, сниженная работоспособность, нарушение таламо – кортикальных связей и перфузии головного мозга.

2. У всех больных ПСП сопровождается проявлениями астении в виде раздражительности, капризности, повышенной утомляемости, расстройств сна и слезливости.

3. Использование психокоррекционных воздействий при ПСП приводит к улучшению условий работы головного мозга за счет нормализации его перфузии, к улучшению таламо – кортикальных связей за счет снятия перевозбуждения и функциональной блокады.

4. Включение актопротектора – препарата метаболического ряда Стимол устраняет признаки астении выявленные у обследованных больных.

5. Комплексное использование препарата метаболического ряда Стимол и психологических методов коррекции психосоматической патологии у детей и подростков ускоряет регресс клинических проявлений астении и повышает эффективность лечения в 1,86 раз.

Литература:

1. Антропов Ю.Ф. Психосоматические расстройства и патологические привычные действия у детей и подростков. – М.: Медицина, 1999. – 98 с.
2. Арон И.С. Психосоматические аспекты личности детей, страдающих соматическими заболеваниями. //Казанский медицинский журнал. – 2000. – №2. – С.133 – 139.
3. Волосовец А.П., Крамарев С.А., Кривопустов С.П., Мороз Т.С. Патогенетическая терапия астенического синдрома при вирусных заболеваниях. //Здоровье Украины. – 2006. – №17. – С.2.
4. Мозгова Г.П. Психосоматичні захворювання у дітей: Монографія, Київ. – 247с.
5. Мозгова Г.П., Синьов В.М., Бекетова Г.В. Патент на корисну модель № 22346 “Спосіб корекції стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків з психосоматичною патологією” від 25.02.2009
6. Мозгова Г.П., Синьов В.М., Бекетова Г.П. Патент на корисну модель № 22347 “Спосіб діагностики стійких стереотипів психоемоційного реагування дітей та підлітків” від 25.02.2009
7. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста //СПб.: Спец. лит., 1996. – 454с.
8. Максимова Н.Ю., Милютин Е.Л. Курс лекций по детской патопсихологии. // Учебное пособие. – Ростов на Дону.: Феникс, 2000. – 576с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Издательский Дом “БАХРАХ-М”. – 2000. – 667с.
10. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи). // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т.2.