КОЛЕСНИКОВ СЕРГЕЙ ДМИТРИЕВИЧ
научный сотрудник научно-исследовательской лаборатории психологического сопровождения подростков с девиантным поведением специального предприятия по работе с трудными подростками ООО «Новое поколение», г. Санкт-Петербург

KOLESNIKOV S.
scientific associate of the research laboratory of psychological support of teenagers with deviant behavior of the specialized enterprise directed to work with difficult teenagers LC "New Generation", Saint-Petersburg

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ

MODERN APPROACH TO PSYCHOTHERAPY OF POSTTRAUMATIC STRESS-INDUCED INJURIES

АННОТАЦИЯ: Данная статья посвящена рассмотрению проблемы коррекции функционального состояния (ФС) у лиц с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Изложены различные подходы к определению ФС. Даны варианты классификации ФС. Рассмотрены возможные варианты возникновения состояний динамического рассогласования, вызванные с острыми психогенными травмами и проявляющихся в пограничных реактивных расстройствах психики (посттравматических стрессовых расстройствах). В статье описаны психотерапевтические методы коррекции и оптимизации расстройств ФС

ABSTRACT: The article is devoted to consideration of the problem of correction of functional state (FS) at patients with posttraumatic stress-induced injuries. It describes different approaches to the definition of FS. The article presents the variety of FS classification. It reviews various ways of appearance of dynamic disorders, caused by acute psychogenic injuries and manifesting in borderline reactive disorders of psychics (posttraumatic stress-induced injuries). The article describes psychotherapeutic methods of correction and optimization of FS disorders.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: функциональное состояние, состояние динамического рассогласования, системная реакция организма, посттравматическое стрессовое расстройство, психотерапия.

KEY WORDS: functional state, dynamic disorder, bodily reaction, posttraumatic stress-induced injury, psychotherapy.

Одной из актуальных проблем современного общества является поиск средств и методов, оптимизирующих функциональное состояние работников, вынужденных выполнять свои функциональные обязанности в сложных, провоцирующих состояние острого стресса, условиях деятельности. Хотя сам термин «функциональное состояние» используется в психологической и физиологической литературе уже давно, лишь относительно недавно он получил достаточно четкую трактовку [2].

Описывая функциональное состояние как целостную реакцию организма, в качестве основных элементарных структур или звеньев его выделяются функции и процессы физиологического, психологического и поведенческого уровня [2, 5,12].

Углубленное внимание к механизмам формирования ответной системной реакции, каковой является функциональное состояние, позволяет выделить два основных класса: состояние адекватной мобилизации, которое характеризуется оптимальным соответствием структуры системного ответа комплексу воздействующих факторов. И состояние динамического рассогласования (экстремальное состояние).

Экстремальные состояния любого вида, прежде всего, характеризуются отсутствием адекватности ответной реакции на предъявляемые стимулы. Их возникновение определяется спецификой и динамикой воздействующих факторов [2,4,5,12]. По сути дела именно это обстоятельство и лежит в основе выделения класса состояний, называемых состоянием динамического рассогласования. По своей природе экстремальные состояния, характеризующиеся динамическим рассогласованием ФС, призваны обеспечивать ответные реакции организма при действии факторов, выходящих за границы

нормы (в абсолютном или относительном смысле) по характеру и направленности на решение разных поведенческих задач (сохранение жизнедеятельности организма или достижение цели выполняемой деятельности в усложнившихся условиях) все экстремальные состояния делятся на две группы: реакции тревоги разной степени (слабой, средней и крайней) [2, с. 116].

В клинике под пограничным, реактивным стрессовым расстройством (один из вариантов реактивного расстройства) понимается посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), которое впервые было выделено в качестве самостоятельной клинической формы и включено в классификационный психиатрический стандарт DSM-III американскими исследователями в 1980 году после анализа обширных наблюдений психических расстройств у ветеранов войны во Вьетнаме, и до недавнего времени этот диагноз как нозологическая разновидность в группе «тревожных расстройств» существовал только в США. В 1995 году ПТСР в трактовке, в основном, по критериям DSM были введены и в десятую редакцию Международного классификатора болезней МКБ-10, являющегося основным диагностическим стандартом в европейских странах, включая и Россию [1,3,7].

Посттравматический стресс, характеристики которого соответствуют клинической картине ПТСР, возникает как затяжная или отсроченная реакция на экстремальные ситуации, сопряженные с серьёзной угрозой жизни или здоровью, приводит к динамическому рассогласованию функционального состояния. Ведущим критерием ПТСР по МКБ-10 является подверженность больного как краткому, так и длительному воздействию стрессорного события или ситуации исключительно угрожающего или катастрофического характера, что способно вызвать общий дистресс почти у любого индивидуума (критерий А). Общие закономерности клинической динамики ПТСР не зависят от того, какие конкретно травматические события (война, стихийное бедствие, террористический акт, изнасилование т. д.) послужили причиной тех или иных психологических изменений или психических расстройств. Главное, чтобы события эти носили экстраординарный характер, т. е. выходили за пределы обычных человеческих переживаний и вызывали интенсивный страх за свою жизнь, чувства беспомощности и ужаса [11,14,16].

Клиническая характеристика ПТСР представлена тремя группами симптомов: симптомы повторного переживания, симптомы избегания и симптомы физиологической гиперактивности [18,22].

Первая группа симптомов включает в себя навязчивые воспоминания, повторяющиеся кошмарные сновидения, интенсивные негативные переживания при столкновении с чем-то, напоминающим или символизирующим пережитое травматическое событие. С точки зрения ФС данные симптомы характеризуются наличием застойной доминанты в регуляторном звене системы.

Вторая группа симптомов выражается в том, что травматический опыт внутренне как бы вытесняется из психической жизни пострадавшего. Этот человек стремится не попадать в те ситуации, которые могли бы всколыхнуть воспоминания о пережитом, он упорно избегает всего, что прямо или косвенно может быть связано с пережитой психотравмой, которая подвергается частичной амнезии. В функциональном состоянии происходит распад системы жизнеобеспечения со своеобразным ретроактивным торможением.

Третья группа симптомов проявляется в нарушениях сна, повышенной раздражительности, вспышках гнева, деконцентрации внимания, подчас немотивированной сверхбдительности и повышенной готовности к «реакции бегства». ФС определяется как плата за деятельность в виде истощения не только регуляционных, но и энергетических резервов.

По данным Н.В. Тарабриной, процент распространённости ПТСР среди населения колеблется в диапазоне от 1 до 14% с вариативностью, связанной с методами обследования и особенностями популяции, причем в 1990-е годы показатели частоты возникновения ПТСР отчетливо возросли. Эти тенденции сохраняются и в наше время [16].

Психотерапия как «лечение посредством общения» (Мясищев В.Н., 1973) местом своего приложения имеет самые разнообразные психические расстройства, в том числе и те, которые являются следствием воздействия на человека событий экстремального характера [14,18-20].

Общие подходы к психотерапии расстройств функционального состояния основаны на базисных положениях, согласно которым психотерапия работает на подкрепление защитных факторов, поскольку именно она целенаправленно ведет к переосмыслению происшедших событий и усилению механизмов адаптации. Ключевым моментом психотерапии пациента с динамическим рассогласованием функционального состояния (ПТСР) является интеграция того чуждого, неприемлемого, ужасающего и непостижимого, что с ним случилось, в его «образ Я», в его представление о себе. Психотерапия должна обращаться к двум фундаментальным аспектам ПТСР: снижению уровня тревоги и восстановлению чувства личностной целостности и контроля над происходящим [14,18,21]. Основное правило психотерапевтической работы пациента с ПТСР со стороны психолога – принимать тот темп работы пациента и самораскрытия пострадавшего, который предлагает он сам. В ряде случаев возникает необходимость информирования ближайшего окружения пациента по вопросам особенностей проводимой с последним психотерапии, а именно - разъяснение, почему врач активно вторгается в область воспоминаний и воспроизведения травматического опыта в то время как окружающие, как правило, невольно поддерживают свойственные пациенту «избегающие» стратегии поведения [16,22].

После того как человек подвергся воздействию травматических событий, его мысли и чувства могут быть болезненными и не совсем понятными ему самому, а реакции на обычные ситуации - необычными и пугающими. В.А. Конторовичем разработаны и подтверждены в практической деятельности

следующие принципы психотерапии расстройств функционального состояния при ПТСР [16].

Принцип нормализации является первым принципом терапии. Основной акцент делается на том, что нормальный индивид, столкнувшись с ненормальными обстоятельствами, переживает экстраординарные чувства. Началом терапии, таким образом, становиться обсуждение переживаемых чувств и объяснение их нормальности.

Второй принцип, на котором должна базироваться терапия расстройств функционального состояния при ПТСР, - принцип партнерства и повышения достоинства личности. Люди, страдающие ПТСР, ранимы, сензитивны, склонны к самообвинению, чувству бессилия или повышенной агрессивности. Особенно это касается жертв сексуального насилия (необходимо учитывать, что мужчины переносят это гораздо болезненней). Подобный стиль реагирования вызывает отторжение окружающих, усиливая ощущение собственной неадекватности и вины, приводит к снижению самооценки. Поэтому установление отношений сотрудничества и является таким необходимым.

Третий принцип - принцип индивидуальности. Каждый человек проходит свой собственный путь восстановления после стресса. И это также важно учитывать в процессе терапии [1,11,14,16,19].

Любой психотерапевтический процесс при ПТСР может быть условно разделен на три стадии:

1. Установление «безопасной атмосферы», т. е. установление доверительного, неформального контакта, дающего психологу право на «получение доступа» к тщательно охраняемому пациентом от посторонних вмешательств травматическому материалу.

2. Работа с конкретным травматическим материалом, т. е. с воспоминаниями, переживаниями, с отрешенностью, избеганием, отчужденностью и т. п.

3. Помощь пациенту в его личностном «отделении» от перенесенной травмы, в его постепенном включении в обыденную жизнь.

Существует много методов, которые эффективно используются в процессе коррекции и психотерапии расстройств функционального состояния при ПТСР. Все методы условно можно разделить на четыре категории [1,3,5,16]:

1. Образовательные. Включают в себя обсуждение книг и статей, знакомство с основными концепциями физиологии и психологии. Например, только простое знакомство с клинической симптоматикой ПТСР помогает людям осознать то, что их переживания и трудности не уникальны, «нормальны» в сложившейся ситуации.

2. Вторая группа методов находится в области холистического (целостного) отношения к здоровью. Здоровый образ жизни с достаточной физической активностью, правильным питанием, отказом от злоупотребления алкоголем и употребления наркотиков создает основу для быстрого и эффективного восстановления после травмирующих событий.

3. Третья категория включает методы, которые увеличивают социальную поддержку и социальную интеграцию. Семейная и групповая психотерапия, развитие сети самопомощи, формирование и поддержка общественных организаций необходимы для социальной реабилитации.

4. Четвертая категория - это собственно психотерапия. Она включает в себя работу с горем, страхами, психосоматикой, травмирующими воспоминаниями и т. д. и направлена на «переработку» проблемы и совладание с симптомами.

Чарльз Фиглер из Центра психического здоровья во Флориде, на которого ссылается автор вышеизложенной классификации, разослал специалистам аналогичных центров, занимающимся психической травмой, опросник, в котором было необходимо отметить тот тип терапии ПТСР, который они находят наиболее эффективным и чаще используют в своей практике. Всего было разослано около 1000 анкет. Проанализировав полученные данные, Фиглер пришел к выводу, что чаще всего специалисты при работе с ПТСР предпочитают следующие методы терапии:

- десенсибилизация и переработка движений глаз (ДПДГ);
- визуально-кинестетическая диссоциация;
- ослабление (или редукция) травматического инцидента;
- терапия мысленного поля (ТМП).

Психотерапевтические методы при ПТСР И.Г. Малкина-Пых [16], по степени их практической распространенности, классифицирует следующим образом:

1. Рациональная психотерапия – психотерапия, в процессе которой клиенту разъясняют причины и механизмы ПТСР.

2. Методы психической саморегуляции для снятия симптомов напряжения и тревоги - аутотренинг, прогрессивная мышечная релаксация, активная визуализация положительных образов.

3. Когнитивная психотерапия используется для переосмысления дезадаптивных мыслей и изменения негативных установок.

4. Личностно-ориентированная терапия позволяет изменить отношение пострадавшего к психотравмирующей ситуации и принять ответственность если не за нее, то за свое отношение к ней.

5. Позитивная терапия, гештальтподход основаны на представлении, что существуют не только проблемы и болезни, но и способы и возможности их преодоления, присущие каждому человеку.

Конкретная форма психотерапии, как указывает автор вышеизложенной классификации, остается предметом выбора большинства больных, переживших психотравму. Самые различные уровни психотерапевтических техник могут оказаться эффективным форматом работы: выслушивание, консультирование, краткосрочная динамическая психотерапия.

Особое место в психотерапии расстройств функционального состояния при ПТСР занимает «психологический дебрифинг» как метод работы с групповой психической травмой и как форма кризисной интервенции с особой организацией и чёткой струк-турированностью в группах людей, совместно переживших катастрофу или трагическое событие. В руководстве по терапии ПТСР Фоа Эдна

указывается, что дебрифинг стресса критического инцидента (ДСКИ) был впервые описан Митчеллом (Mitchell, 1983) как метод групповой психологической помощи для амбулаторной работы с индивидами [1,16], испытывающими травматическое воздействие во время исполнения служебных обязанностей. Дебрифинг был отнесен к формам кризисной помощи; при этом отмечалось его отличие от психотерапии и, следовательно, подчеркивалась разница в философских основаниях дебрифинга и психотерапии (дебрифинг не нацелен на лечение психопатологических симптомов). ДСКИ и другие модели дебрифинга представляют собой слабоструктурированные процедуры, направленные на снижение первоначального дисстресса и превенцию отсроченных психологических нарушений, в частности – ПТСР. Дебрифинг заключается в оказании поддержки индивиду в эмоциональном отреагировании путем нормализации эмоциональных реакций, а также в подготовке к переживанию травматических событий в будущем. Кроме того, в цели дебрифинга входит выявление людей, нуждающихся в помощи, оказание этой помощи на раннем посттравматическом этапе. Считается, что любой человек, переживший травматическое событие, может проходить процедуру дебрифинга независимо от наличия или отсутствия у него психопатологических симптомов. При этом очевидно, что состояние многих участников дебрифинга отвечает либо критериям острого стрессового расстройства, либо ПТСР, а также может включать симптомы тревожности и депрессии [14,16].

Среди других многочисленных психотерапевтических методов лечения ПТСР наибольшее распространение получили следующие:

1. Метод десенсибилизации и проработки травмы движениями глаз.
2. Когнитивно-бихевиоральная терапия.
3. Гештальт-терапия.
4. Символ-драма.
5. Семейная психотерапия.
6. Ослабление травматического инцидента.

Каждый из перечисленных методов имеет свои определенные цели и особенности психотерапевтических техник, изложенные в ряде пособий и руководств [1,7,11,14,19].

1. Метод десенсибилизации и переработки с помощью движений глаз (ДПДГ).

ДПДГ может применяться при ПТСР как самостоятельный метод психотерапии либо как один этапов комплексного лечебного воздействия. Выделяются 4 основные цели воздействия для ДПДГ: воспоминания о реальной экстраординарной психотравме; другие тягостные навязчивые воспоминания, не связанные с психотравмой; кошмарные сновидения; ассоциативные переживания, вызванные нейтральными раздражителями. ДПДГ с успехом используется при проведении психотерапии у участников боевых действий, жертв насилия, а также при фобиях, панических и диссоциативных расстройствах. Предполагается, что движения глаз или другие стимулы, используемые при ДПДГ, запускают процессы, которые активизируют ускоренную переработку травматического опыта по аналогии с той, что в норме происходит на стадии сна с быстрым движением глазных яблок (БДГ- сна).

2. Когнитивно-бихевиоральная терапия [14].

Общепризнанно, что когнитивно-бихевиоральная психотерапия (КБТ) при коррекции ПТСР является наиболее эффективной. Её главной целью является формирование и укрепление способности к адекватным действиям, к приобретению навыков, позволяющих повысить самоконтроль. В центре внимания КБТ находятся особенности поведения человека, доставляющие страдания ему самому или людям из его ближайшего окружения. Как указывает В.Г. Ромек, КБТ может быть названа любая форма основанного на экспериментальных данных и контролируемого обучения новым, более эффективным и здоровым формам поведения с целью изменения (модификации) или устранения болезненных, доставляющих страдания поведенческих форм. Многие особенности поведения, которые раньше считались «болезнями», с позиций КБТ рассматриваются как «жизненные проблемы» или «поведенческие трудности».

В круг методов КБТ некоторые авторы (В.Е. Саламатов и др.) относят и нейролингвистическое программирование, одним из базисных положений которого является утверждение, что человек несет в себе в той или иной степени скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Главными задачами НЛП-терапии является обеспечение доступа пациента к этим скрытым ресурсам, извлечение их из подсознания и вывод на сознательный уровень с последующим обучением пациента (клиента) тому, как ими пользоваться. Эти задачи решаются с помощью таких техник, как «интеграция якорей», «визуально-кинестетическая диссоциация», «шестишаговый рефрейминг», техника «взмаха» и др.

3. Гештальт-терапия [18,19].

Гештальт-подход, традиционно рассматриваемый как один из эффективных методов терапии тревожных, фобических и депрессивных расстройств, обычно используется в групповых методах работы, однако считается, что его использование при коррекции ПТСР боле эффективно в рамках индивидуальной психотерапии. Неспособность человека, перенесшего экстраординарную психотравму, ориентироваться в длительной жизненной перспективе (планирование карьеры, рождение детей, создание семьи и т. д.) рассматривается при этом подходе как проявление ПТСР, т. е. речь идет о неспособности пострадавшего выделять существенные потребности (фигуры) из общего фона; его истинные потребности оказываются и остаются за гранью осознания и могут подчас заменяться потребностями других людей. В процессе гештальт-терапии ПТСР акцент ставится не на понимании (интерпретации) клиента, не на попытках научить его определенным схемам поведения, а на переживании и максимальном расширении жизненного пространства и свободы выбора. Этот метод, основанный на осознании клиентом своего жизненного (в том числе - и трагического) опыта по принципу «здесь и теперь», побуждает человека лучше узнать себя и принять таковым, какой он есть на самом деле - со своими психотравмами, негативным опытом, вытесненны-

ми конфликтами и т. д. Целью гештальт-терапии является восстановление естественного, нормального контакта пострадавшего с окружающим миром, который при ПТСР чаще нарушается по защитным механизмам (т. н. «сопротивлениям») ретрофлексии («удержание в себе»), проекции («отказ от личной ответственности»), интроекции («проглатывание без переваривания», позиция жертвы) и дефлекции («избегания контактов»). К основным процедурам гештальт-терапии при ПТСР относятся расширение осознания, принятие ответственности, преодоление сопротивления, интеграция противоположностей и усиление внимания к чувствам.

4. Символ-драма [11,16].

Кататимно-имагинативная психотерапия («символ-драма»), разработанная Гансом Лейнером в 1996 году, называется также «методом сновидений наяву». Основу метода составляет свободное фантазирование в форме образов («картин») на заданную психотерапевтом тему, когда лежащий в расслабленном состоянии на кушетке клиент вызывает у себя с помощью врача похожие на сновидения образы – имагинации. Вся система метода кататимного переживания образов (КПО) разделена на три ступени, для которых отобраны соответствующие мотивы, представляющие широкое поле для символического проецирования индивидуального материала. К стандартным мотивам относятся мотив луга, мотив ручья, мотивы горы и дома. Особый мотив – «заглянуть в мрак леса» - дает возможность доступа к бессознательному материалу и применяется на высшей ступни КПО.

При психотерапии лиц, страдающих ПТСР, метод КПО позволяет решить следующие задачи:

- снижение психоэмоционального напряжения;
- формирование позитивного фона настроения, получение доступа к ресурсному состоянию;
- достижение релаксации, что, в свою очередь, усиливает яркость представляемых образов, а это способствует еще более глубокому расслаблению;
- постепенное осознание истоков проблем, причинно-следственной связи между особенностями личности и симптомами;
- проработка аффективных и инстинктивных желаний, вытесненных больным;
- обращение к проблемам раннего периода жизни и их проработка, так как, по мнению многих авторов, проблемы раннего детства в дальнейшем увеличивают риск возникновения ПТСР.

5. Семейная психотерапия [11].

Значительная распространенность в семьях лиц с боевыми и небоевыми ПТСР, супружеских конфликтов, разводов, злоупотребления алкоголем, наркомании и т. д. обусловливают важность проведения семейной психотерапии (СП) как модификации отношений в системе семьи с помощью психокоррекционных и психотерапевтических методов. Основной задачей СП является ликвидация неадекватных форм реагирования, общения и поведения, обусловленных особенностями личности с проявлениями ПТСР.

Любые формы СП начинаются с установления т.н. «семейного диагноза» - определения типологии нарушений с учетом личностных свойств членов семьи и характеристик патологии одного из них. Следует всегда помнить, что основным теоретическим базисом СП является принцип системности семейных отношений, под которым понимается взаимодетерминированность отдельных личностей и межличностных отношений. Согласно этому принципу любая семья представляет собой замкнутый и постоянно воспроизводимый гомеостатический цикл, образуемый, с одной стороны, характером взаимодействия и стилем общения семьи, а с другой - их личностными особенностями.

6. Ослабление травматического инцидента (ОТИ) [16].

Этот метод относится к наиболее простым и достаточно эффективным способам коррекции ПТСР. Его целью является достижение когнитивной переоценки травматического события. Акцент делается на нейтральности терапевта: клиенты в этом методе являются как бы обозревателями, психотерапевт - фасилитатор, а сам процесс называется «просмотр». Техника ОТИ состоит в просмотре, визуализации, повторном проживании пережитой травмы, при этом процесс должен идти без прерываний, интерпретаций и одобрений. Общение с клиентом носит достаточно схематичный и чётко определенный характер; при любой реакции клиента психотерапевт должен оставаться нейтральным и невозмутимым. Основная задача ОТИ - добиться у клиента отчётливого воспоминания травматического события, и путём повторного многократного прохождения через него, достичь когнитивной переоценки события.

Помимо вышеперечисленных методов, в практике психотерапии ПТСР используются различные методы психодинамической и групповой психотерапии, техника «вскрывающих интервенций», тренинг преодоления тревоги, арттерапия, гипноз и многие другие психотерапевтические способы воздействия на пострадавших в чрезвычайных ситуациях [19-22].

Как считает Б.С. Положий, в настоящее время общепризнано, что психотерапевтические методы (когнитивные, психодинамические, поведенческие и интегративные) занимают ведущее место в комплексном лечении больных с ПТСР. Основными принципами психотерапии при этом являются комплексность мероприятий, дифференцированность (в зависимости от стадии и клинического варианта заболевания) и протяженность во времени - длительная работа до достижения выздоровления или стойкого клинического улучшения.

Следует акцентировать внимание на том обстоятельстве, что в настоящее время, по данным Всемирной психиатрической ассоциации (2005 г.), ПТСР рассматривается как отнюдь не единственное и, вероятно, не наиболее распространённое расстройство, связанное с травмой [14]. У пострадавших в чрезвычайных ситуациях повышен риск возникновения депрессий, генерализованого тревожного расстройства, панического расстройства и усиления злоупотребления психоактивными

веществами. В целом психолого-психиатрические последствия травм объединяются в две большие группы: собственно психические расстройства и психологические и поведенческие реакции, что предполагает возрастание роли психотерапевтической помощи в лечебно-реабилитационной работе с этим контингентом лиц.

В этих условиях для профилактики и коррекции функциональных нарушений возможность использования немедикаментозных средств оптимизации функционального состояния вызывает значительный интерес и требует более глубокого исследования с целью их дальнейшего внедрения в практическую деятельность.

1. *Абрамов В.А.* Психические расстройства у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС (клинические, психологические и психосоциальные аспекты). Сообщение 2 // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2001. — № 1. — С. 3–17.

2. *Акулиничев И.Т., Баевский Р.М.* Вопросы оценки состояния и деятельности членов экипажа в условиях длительного космического полета. Авиация и космонавтика. 2005. № 7. С. 33-35.

3. *Андерсен Б., Старк Ф.-М., Гросс Я.* Социальный стресс, личность и экотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций на Чернобыльскую аварию в Гамбурге // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 8, № 2. — С. 6–14.

4. *Бернштейн Н.А.* О перспективах математики в биокибернетике (Статья-предисловие). Черныш В.И., Напалков А.В. Математический аппарат биологической кибернетики. М., 2006. С. 3-30.

5. *Баевский Р.М.* Прогнозирование состояния на грани нормы и патологии. — М., 1999.

6. *Гелльгорн Э.* Регуляторные функции автономной нервной системы. Их значение для физиологии, психологии и нейропсихиатрии. М.: Гос. изд-во иностран. лит., 1998, 416 с.

7. *Джишкариани М.Д.* Травматический стресс у выживших на войне // Социальная и клиническая психиатрия. — 2000. — Т. 10, № 4. — С. 28–31.

8. *Ениколопов С.Н.* Психотерапия при посттравматических стрессовых расстройствах // Российский психиатрический журнал. - 1998. - № 3. - С. 50-56.

9. *Косилов С.А.* Очерки физиологии труда. М.: Медицина, 1995, 379 с.

10. *Лейнер Х.* Кататимное переживание образов: Основная ступень**;** Введение в психотерапию с использованием техники сновидений наяву; Семинар: Пер. с нем. - М.: Эйдос, 1996. - 253 с.

11. *Леви Л.* Некоторые принципы психофизиологических исследований и источники ошибок. Эмоциональный стресс. Под ред. Л. Леви. СПб.: Медицина, 1999. С. 88-108.

12. *Малкина-Пых И.Г.* Психологическая помощь в кризисных ситуациях – М.:Сова, 2008 г. , 928

13. *Нечипоренко В.В., Литвинов С.В., Рудой И.С. и др.* К вопросу формирования радиационной психосоматической болезни // Организационные, клинические и психологические аспекты психосоматической медицины: Материалы научно-практической конференции. — СПб, 1996. — С. 20–21.

14. *Овсянников Ф.В.* Избранные произведения. М.: Медгиз, 1955, 400 с.

15. *Парин В.В., Баевский Р.М., Геллер Е.С.* Процессы управления в живом организме. В.В. Парин (Ред.) Философские вопросы в биокибернетике. М.: Наука, 1989. С. 65-73.

16. *Пезешкиан Н.* Психосоматика и позитивная психотерапия. — М., 2007.

17. *Седерберг У.* Нейрофизиологические аспекты стресса. Эмоциональный стресс. Под ред. Л.Леви. Л.: Медицина, 1970. С. 116-128.

18. *Тарабрина Н.В., Миско Е.А.* Исследование жизненной перспективы у лиц, перенёсших военный стресс // Социальная реабилитация населения, пострадавшего от экологических и техногенных катастроф: Материалы V международной конференции. — Минск, 2006. — С. 183.

19. *Франкенхойзер М.* Некоторые аспекты исследований в физиологической психологии. Эмоциональный стресс. Под ред. Л. Леви. СПб.: Медицина, 2007. С. 24-36.

20. *Хохлов Л.К.* Посттравматические стрессовые расстройства и проблема коморбидности // Социальная и клиническая психиатрия. — 1998. — Т. 8, № 2. — С. 116–122.

21. *Шогам А.Н.* // Труды Харьковского института неврологии и психиатрии. — Харьков, 1966.

22. *Swahn E.* The care of patients with ischaemic heart disease from a gender perspective// Eur Heart J., Vol. 19, Desember 2007. P. 1758-1765.

23. *Sullivan A., Holdright D., Wright C., Sparrow J.L., Cunningham D., Fox K.M.* Chest pain in women: clinical investigative, and prognostic features// B. M. G. 2008; 308: 883-886.

24. *Shaw L.J., Miller D., Romeis J.C., Kargl D., Younis L.T, Chaitman B.R.* Gender differences in the noninvasive evaluation and management of patients with suspected coronary artery disease// Ann. Intern. Med. 2008; 120: 559-566.