

4. Furl N. Face recognition algorithms and the other-race effect: computational mechanisms for a developmental contact hypothesis / N. Furl, J. Phillips, A. J. O'Toole // *Cognitive Science*. – 2002. – V. 26. – P. 797-815.
5. Kuhl P. K. Linguistic experience alters phonetic perception in infants by 6 months of age / P. K. Kuhl, K. H. Williams, F. Lacerdo // *Science*. – 1992. – V. 255. – P. 606-608.
6. Levin D. Race as a visual feature: Using visual search and perceptual discrimination tasks to understand face categories and the cross-race recognition deficit // *Journal of Experimental Psychology*. – 2000. – V. 129. – P. 559-574.
7. MacLin O. H. *The ambiguous-race face illusion* / O. H. MacLin, R. S. Malpass // *Perception*. – 2003. – V. 32. – P. 249-252.
8. Meissner C. A. Examining the Cross-Race Effect in Lineup Identification Using Caucasian and First Nations Samples / C. A. Meissner, L. B. Jackiw, K. D. Arbutnott, J. L. Marcon, J. E. Pfeifer // *Canadian Journal of Behavioural Science*. – 2008. – V. 40. – No. 1. – P. 52-57.
9. Meissner C. A. Memory for Own- and Other-race Faces: A Dual-process Approach / C. A. Meissner, J. Brigham, D. Butz // *Applied Cognitive Psychology*. – 2005. – V.19. – P. 545-567.
10. Meissner C. A. Thirty years of investigating the own-race bias in memory for faces: a meta-analytic review / C. A. Meissner, J. Brigham // *Psychology, Public Policy, and Law*. – 2001. – Vol. 7. – No. 1. – P. 3-35.
11. Sporer S.L. Recognizing faces of other ethnic groups: an integration of theories / S.L. Sporer // *Psychology, Public Policy, and Law*. – 2001. – V. 7. – P. 36-97.

Отримано 15.03.2013 р.

УДК 159.972

Шевченко С.І.[°]

Запорізький національний технічний університет, Інститут управління та права, гуманітарно-правовий факультет, старший викладач

ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ: ПСИХОСОМАТИЧНИЙ АСПЕКТ

У статті розглянуто психосоматичний аспект актуальної нині проблеми, пов'язаної з поширенням захворювань шкіри. Проаналізовано роль психологічної складової, розглянуто психосоматичні механізми виникнення та розвитку таких розповсюджених шкірних захворювань, як нейродерміт та псоріаз. Окреслено проблематику психологічних досліджень у даному предметному полі.

Ключові слова: шкіра, шкірні захворювання, психосоматика, нейродерміт, псоріаз

В статье рассмотрен психосоматический аспект актуальной сегодня проблемы, связанной с распространением заболеваний кожи. Проанализирована роль психологической составляющей, рассмотрены психосоматические механизмы возникновения и развития таких распространенных кожных заболеваний, как нейродермит и псориаз. Определена проблематика психологических исследований в данном предметном поле.

Ключевые слова: кожа, кожные заболевания, психосоматика, нейродермит, псориаз

The psychosomatic aspect of the actual current problem associated with the spread of skin diseases is regarded in article. The role of the psychological component is analyzed, psychosomatic mechanisms of occurrence and development of such common skin diseases such as atopic dermatitis and psoriasis are considered. The problems of psychological research in this object field were identified.

Keywords: skin, skin diseases, psychosomatics, atopic dermatitis, psoriasis

Актуальність. Захворювання шкіри сьогодні належать до розповсюджених медичних проблем. Кількість таких захворювань постійно зростає, незважаючи на розвиток медичної галузі. Загальноновизнаним є, що означений спектр проблем має розглядатися на стику медицини та психології: багато авторів вказують та психологічну складову виникнення та прогресування подібних захворювань [1, 2, 4, 5, 7].

Традиційна медицина пропонує лише симптоматичне лікування шкірних захворювань, хоча у такий спосіб здійснюється боротьба із наслідками, а не з причинами проблеми. Фактори ж, які впливають на появу та перебіг захворювань, залишаються поза полем розгляду медиків.

Метою даної статті є аналіз ролі психологічної складової у виникненні та перебігу шкірних захворювань.

На сьогоднішній день виділяють три великі групи хвороб шкіри [4]:

1. Алергічні хвороби шкіри, пов'язані з непереносимістю лікарських препаратів, харчових продуктів, незвичайними реакціями на хімічні речовини побутового та професійного оточення (наприклад, синтетичний одяг, косметика тощо). Фахівці наводять дані про те, що розповсюдженість алергічних захворювань становить 10 % населення Землі, причому ця частка збільшується. Причинами цих захворювань є потрапляння в організм алергенів, що викликають алергічні реакції. Найчастішими алергічними захворюваннями шкіри є дерматити, екзема, нейродерміти, кропивниця.

2. Інфекційні та паразитарні хвороби шкіри, пов'язані з різними збудниками – вірусами, бактеріями, патогенними мікрогрибами тощо. Для розвитку такого захворювання недостатньо наявності збудника, значну роль відіграють зниження імунітету, травми шкіряного покриву і т. д.

3. Хвороби шкіри невідомої етіології: їх причини виникнення до кінця не вияснені.

Серед великої кількості захворювань шкіри для психологів найбільший інтерес становлять псоріаз та нейродерміт. Такий особливий інтерес пов'язаний з кількома причинами. Перш за все, ці захворювання є надзвичайно поширеними, часто виявляють важкий перебіг. Крім того, у виникненні та перебігу цих хвороб практики та науковці зазначають важливу роль психологічної складової.

Псоріаз - неінфекційне хронічне захворювання, що вражає в основному шкіру. У наш час більшість вчених вбачає автоімунну природу цього захворювання. Псоріаз викликає утворення надмірно сухих, червоних, піднятих над поверхнею шкіри плям. Однак деякі хворі на псоріаз не мають ніяких видимих уражень шкіри. Викликані псоріазом плями називаються псоріатичними бляшками.

Нейродерміт – хронічне запальне захворювання шкіри, провідними симптомами якого є висипання на шкірі, постійний та інтенсивний свербіж, що виникають на тлі різних невротичних розладів, до яких належать підвищена або знижена збудливість, вразливість, емоційна лабільність, астенія, безсоння, різноманітні порушення вегетативної нервової системи.

Якою ж є роль психологічної складової у виникненні цих захворювань? Для відповіді на це питання необхідно нагадати механізм впливу психогенних факторів на виникнення та наступну динаміку соматичних захворювань.

Численні дослідження підтверджують, що думки людини певним чином впливають на основні органи за допомогою трьох систем: нервової, ендокринної та імунної.

Нервова система пронизує все наше тіло подібно до павутини. Вона складається з центральної (головний, спинний мозок) і периферичної (вегетативної) систем. У вегетативній нервовій системі є дві гілки: збудження і розслаблення. Симпатична нервова система відповідає за процеси збудження, приводить людину в стан готовності до зіткнення з викликом чи небезпекою. Нервові закінчення виділяють медіатори, що стимулюють наднирники до виділення гормонів - адреналіну і норадреналіну, які, у свою чергу, підвищують частоту серцевих скорочень і частоту дихання та діють на процес травлення за допомогою виділення кислоти в шлунку [3].

Коли «увімкнена» симпатична нервова система, то парасимпатична «вимкнена». Парасимпатичні нервові закінчення виділяють медіатори, що знижують пульс і частоту дихання. Парасимпатичні реакції пов'язані з комфортом, розслабленням, сном.

Ендокринна система складається з ряду органів, що виділяють гормони - речовини, що регулюють ріст, рівень активності і статеве життя. Ендокринна система зв'язує наші думки з реальними відчуттями і діями. Крім того, вона виділяє гормони, відомі під назвами ендорфін і енкефалін, що змінюють нашу реакцію на стрес і біль, які діють на наш настрій, апетит і на деякі процеси навчання і запам'ятовування. Гіпофіз, що знаходиться в основі мозку, являє собою центр управління всією ендокринною системою. Наднирники виділяють гормони – кортикостероїди, багато з яких діють на кшталт симпатичної нервової системи і готують наше тіло до дій.

Імунна система є третьою основною системою, вплив якої поширюється на все тіло людини. Вона підтримує здоров'я, захищаючи організм від зовнішніх (наприклад, бактерії і віруси) і внутрішніх (наприклад, пухлинні клітини) антигенів.

Нервова, ендокринна та імунна системи переплетені між собою. Вони обмінюються інформацією за допомогою медіаторів, що складаються з білка – нейропептида.

Імунна система вбиває мікроорганізми, що вторглися, але вона являє собою дещо більше, ніж «армію», що блукає організмом з кров'яним потоком в пошуках порушень порядку. Вона діє, розділяючи «я» і не «я». Вона видаляє все те, що не відноситься до «я», наприклад пухлини, бактерії, віруси чи кров несумісної групи. Вона робить на фізіологічному рівні те, що людина здійснює на психологічному рівні, коли встановлює межі між собою та іншими людьми.

Імунна система зазвичай «знає», що атакувати, а що залишити в спокої. Наприклад, вона не чіпає численні бактерії, що живуть в кишечнику і сприяють травленню. Але, коли виникають збої у її роботі, вона перестає реагувати достатньо активно на зовнішні антигени (бактерії і віруси), ми починаємо хворіти. Іноді інфекція буває настільки сильною, що імунна система, працюючи як зазвичай, не може з нею впоратися.

Коли, навпаки, імунна система реагує занадто різко на зовнішні антигени, виникає алергія, в тому числі, і нейродерміт – ознака зайво жорсткої реакції на речовину, що не представляє собою особливої небезпеки. Цей фізіологічний

процес нагадує занадто чутливу людину, що гостро сприймає будь-які насправді необразливі зауваження. У такому разі реакція імунної системи виявляється більш небезпечною, ніж дії зовнішніх антигенів.

Нервова, ендокринна та імунна системи діють разом, відображаючи наші думки на рівні фізіологічних реакцій. Часто дії нервової та ендокринної систем мають помітні прояви, які виникають негайно. Наприклад, якщо людина уявляє надто привабливий для неї об'єкт, серце починає битися прискорено, і вона отримує швидкий зворотний зв'язок, тому при цьому легко встановити причинно-наслідковий зв'язок. Однак зв'язок між різними подіями виявляється не настільки очевидним, коли справа стосується імунної системи. Людина не отримує безпосереднього зворотного зв'язку про те, як уявні картини і емоційні стани діють на імунну систему, і все ж такий вплив існує, тому що нервова та імунна системи передають інформацію одним і тим же каналом за допомогою одних і тих же нейропептидів. Існують механізми, що встановлюють взаємну залежність між імунною системою і нашими думками та емоціями [4].

Сильні емоційні переживання справляють вплив на функціонування різних органів та систем. Дерматологам відома роль емоційного стресу в розвитку багатьох шкірних захворювань. Л. Кірн ще у 1878 р. звернув увагу на прояви свербіжів та кропив'янки у багатьох хворих з циркулярними розладами настрою і висловив думку про те, що і шкірні, і психічні симптоми є проявами одного й того ж психосоматичного страждання, що охоплює весь організм.

У період сильного емоційного стресу приплив крові направлений до тих органів, які організм розцінює як найбільш важливі, без участі яких людина не могла б впоратися зі стресом. У той же час відбувається відтік крові від органів, які організм вважає менш важливими. До таких «другорядних» органів відноситься шкіра. Шкіра – найбільший орган нашого тіла, до того ж найбільш чутливий. Коли ми переживаємо стрес, шкіра відчуває гостру потребу в кисні, від чого набуває нездорового жовтуватого чи блілого відтінку.

Стрес може викликати або посилювати шкірні захворювання, зокрема екзему, псоріаз, призводити до появи бородавок, герпетичної лихоманки і пухирів, але найбільш поширені три реакції шкіри на стрес: висип, свербіж і акне (вугрі).

У стані стресу в кров потрапляють гістаміни, від чого можуть з'явитися висип або дрібні прищипи. У деяких випадках висип непомітна, але шкіра стає дуже чутливою, з'являється свербіж.

Хоча висип і свербіж – досить поширені реакції шкіри на стрес, більшість людей в цьому стані страждають від вугрової висипки (акне). Стрес є своєрідним тригером, що запускає механізми, що стимулюють в організмі підвищену активність сальних залоз. Надлишок шкірного сала закупорює пори і викликає подразнення шкіри, що і призводить до появи акне.

При стресі в кров надходить адреналін. Тривалі негаразди ще більш збільшують його вміст в організмі. Не знаходячи природного виходу, він впливає на процес звуження судин, в результаті чого погіршується доступ крові до клітин шкіри – вона стає сухішою і чутливою.

Може наступити такий момент, коли організм відмовляється переробляти наслідки адреналінової інтоксикації і ставить бар'єр. У такому разі він негативно реагує на подразник, що викликав хронічний викид гормону в кров. Ще один

гормон – кортизон – значно уповільнює процес регенерації шкіри, припиняючи синтез колагенових волокон.

Аналізуючи сучасні погляди на психологічну проблематику, що лежить в основі виникнення та розвитку захворювань, І. Малкіна-Пих доходить висновку, що хвороби є продуктом неусвідомленого внутрішнього конфлікту і, таким чином, являють собою неусвідомлений вибір самої людини. При цьому психосоматичні захворювання завжди мають «вторинну вигоду», неусвідомлювану самим хворим. Іншими словами, хвороба зручна для підсвідомості, яка таким «дитячим» чином допомагає людині виправдовувати свої помилки, проступки або бездіяльність, або «карає» її (повторюючи нав'язні у дитинстві закиди старших), чи мстить (повторюючи нав'язні ж, але в більш зрілому віці, негативні установки оточуючих).

Визначення подібних розладів як психосоматичних підкреслює, що людина сама, активно, хоча й значною мірою несвідомо, соматизує, буквально «отілеснює» свої невідреаговані емоції. Психологічні проблеми спочатку «застряють» в тілі у вигляді дискомфортних відчуттів, а потім внаслідок викликаних цим застряванням збоїв нормальної регуляції їх роботи виходять з ладу ті чи інші системи організму. Простіше кажучи, коли людина не виражає свої емоції зовні, вона «заморожує» їх у вигляді тілесних відчуттів.

Шкіра відображає як фізичний, так і психологічний стан людини. Кожна клітина буквально «стискається», реагуючи на негативну емоцію, і «розкривається», радіючи, коли людина добре себе почуває у психологічному відношенні. Вчені інколи називають шкіру «другим мозком», адже вона володіє величезною кількістю нервових і сенсорних закінчень. Відомо, що епідерма, мозок і нервова система розвиваються у людського зародка одночасно і з однієї клітини, і протягом усього нашого життя зберігається нерозривний зв'язок між центральною нервовою системою і нашою шкірою. Метафорично кажучи, вони ведуть безперервний діалог між собою за допомогою нейронів: ми червоніємо від збентеження або гніву, бліднемо від больового чи психологічного шоку, у нас зволожуються долоні, коли ми нервуємо.

Тому можна впевнено говорити про те, що шкіра є показником не тільки фізичного, а й душевного, емоційного стану людини. Її можна розглядати як психосоматичний орган людини.

Шкіру можна назвати дзеркалом психічних процесів. Не випадково її певні ділянки особливо реагують під час емоційних сплесків. Саме зовнішній вигляд шкірних покривів особливо багато значить для людини. За кольором і станом шкіри ми визначаємо, молода людина чи стара, втомлена чи бадьора, чи червоніє від сорому, чи блідне від переляку, чи потіє від страху і т. д. Вегетативні процеси, зміна спокою і збудження відбуваються у шкірі у вигляді зміни кровообігу, потіння, скорочення (наприклад, поява «гусячої шкіри»).

Поряд з фізіологічними функціями шкіри можна відзначити її психологічні функції [4]:

- 1) Функція кордону між людиною і довкіллям, між «Я» і «не-Я».
- 2) Функція контакту, мосту до навколишнього середовища.
- 3) Функція вираження емоцій: хвилювань, побоювань, страху, радості, сорому.

4) Естетична функція;

5) Функція органа чуття, що забезпечує відчуття тепла, холоду, болю, печіння і т. д.

Також зазначається, що одне з центральних місць в психології шкіри займає сприйняття болю. Тому з шкірою можуть бути тісно пов'язані мазохістські нахили.

При екземі і нейродерміті садо-мазохістські і ексгібіціоністські нахили специфічним чином пов'язані з шкірними симптомами. У цих випадках демонстрація тіла, точніше – шкіри, з метою добитися уваги, любові і прихильності (ексгібіціонізм) використовується як зброя у суперництві і збуджує малоусвідомлюване почуття провини. За законом відплати, покарання має бути пропорційне «злочину»; шкіра, що служить інструментом ексгібіціонізму, стає місцем хворобливого страждання.

У цих захворюваннях велике етіологічне значення має розчісування. У психоаналітичному ракурсі розгляду важливим фактором розчісування бачаться ворожі імпульси, які через почуття провини відхиляються від своєї первісної мети і направляються проти власної персони.

Психосоматика вже давно визнає за певним типом особистості схильність до певних захворювань. До групи ризику шкірних захворювань входять, насамперед, люди зі слабкою нервовою системою. Це люди нерішучі, невпевнені в собі, їм нелегко дається будь-який вибір. Вони схильні до побоювань, пасивні, образливі.

Загальною відмінною рисою цих людей є «надзвичайна потреба в ласці». Фрустрація цієї потреби викликає агресивність, яка гальмується. Розчісування шкіри приносить задоволення, що у такий сурогатний спосіб замінює потребу в ласці; крім того, розчісування являє собою агресію людини, спрямовану проти самої себе [5].

Характерною для хворих є їх ідентифікація з іншими людьми, виражена потреба у близьких стосунках. Подібну структуру стосунків фахівці у цій галузі назвали «алергічними стосунками», оскільки вона є типовими для важких алергіків [4].

При цьому ділова, коректна і підкреслено доросла манера поведінки може приховувати надмірну беззахисність і виражену потребу в постійному захисті, турботливій опіці - ще одну установку, що найчастіше зустрічається у важких алергіків. У людей з шкірними захворюваннями яскраво виражені емоційна невпевненість і надмірна залежність від матері. Характерним є одночасне переживання агресивних спонукань і потреби в близькості. Психоаналітики вбачають в основі таких особливостей стосунків порушення першого переживання шкірної чутливості у відносинах з матір'ю, тому надалі шкіра або слизові начебто стають сценою, на якій розігруються внутрішні конфлікти. Було з'ясовано, що до 98% дітей з нейродермітом росли без матері або перебували у конфліктних стосунках з нею. Порушені відносини мати-дитина погіршують існуючий дерматоз. Діти з нейродермітом часто перебувають у конфлікті з неухважною, нестриманою і неадекватною матір'ю.

Пацієнти із захворюваннями шкіри часто характеризуються вираженою пасивністю, особливо в міжособистісних контактах, із труднощами самоствердження. Найбільш частим емоційним симптомом є страх; досить

поширені депресивні та суїцидальні тенденції. Також авторами відзначається знижена стійкість до стресів і нестабільна «Я-концепція» [2].

Хворим із шкірним патологічним процесом також властиві перебільшене почуття фізичної та соціальної неповноцінності, загострена сприйнятливність до реакцій оточуючих, які посилюють емоційну напруженість пацієнтів, їх підозрлість і настороженість [7]

Численні дослідження безуспішно намагалися ідентифікувати специфічний профіль індивідуальності пацієнтів з псоріазом, однак ідентифіковані лише кілька емоційних особливостей і реакцій. У них виявлений підвищений рівень агресії, неспокою і депресії, наявність нав'язливих ідей і емоційних проблем. В історії таких сімей часто відзначаються розлучення батьків, психіатрична хвороба і хвороби шкіри. Такі особливості діагностувалися вже навіть у немовлят з нейродермітом: їх часто описують дратівливими, вимогливими, нещасними і такими, що вимагають більшого, ніж середньостатистичні немовлята, шкірного контакту.

Більшість пацієнтів з нейродермітом мають такі характеристики: почуття неповноцінності і неадекватності, придушена ворожість до батьків, емоційна нестійкість, статеві труднощі з мазохистськими тенденціями і шкірним еротизмом, при цьому – досить високий рівень інтелекту. У всіх дослідженнях було відзначено, що більшість пацієнтів з нейродермітом мають деяку форму емоційного розладу і демонструють «суперечливий» профіль індивідуальності.

При експериментально-психологічних дослідженнях таких пацієнтів виявлені пристрасть до символів, конкретність і своєрідність мислення, низька самооцінка, високий рівень домагань, невпевненість в собі, незадоволеність собою, емоційна холодність. Для них характерні суперечливість натури, запальність, висока тривожність, неврівноваженість, емоційна незрілість, періодична схильність до смутку, песимізму, образливості, ранимості. Характерні також конфлікти з батьками, труднощі у відносинах з начальством, особами протилежної статі, а також порушення у сексуальній сфері. При цьому у них достатньо гарні стосунки з друзями та колегами по роботі чи навчанні [1].

Таким чином, хоча однакової структури характеру у хворих на шкірні захворювання, як і при інших психосоматичних захворюваннях, не виявлено, все ж можна знайти типологічно певні риси подібності, зокрема, усіма авторами відзначається проблема контактів.

Переважною сферою переробки конфліктів є сфера тіло/відчуття [4, 6]. У цьому пацієнт з шкірними захворюваннями розвиває особливі, добре диференційовані, хоча, і суперечливі здібності. З одного боку, його «психологічна шкіра», товста, може здаватися, що він ні на що не звертає уваги. З іншого боку, деякі речі він «відчуває на власній шкірі», щось «під'юджує» його, йому хочеться «вилізти зі шкіри геть», хоча він так і не може «змінити шкіру». При такій значимості тілесної сфери інші сфери виявляються недорозвиненими.

Здібності у сфері професія / діяльність належним чином не розвиваються або повністю блоковані.

У сфері контактів можуть виникати труднощі внаслідок суперечливих установок до спілкування: потреба в прихильності при одночасному страху повної

близькості (страх «влізити в чужу шкіру»). Через недостатню відкритість і тенденції догоджати, пригнічуючи агресію, швидко з'являється фрустрація.

Якщо проаналізувати історію життя пацієнта з шкірним захворюванням, то, з одного боку, можна виявити ранній дефіцит у сфері тіла і відчуттів. Тепло і захищеність, які здебільшого передаються при тісному фізичному контакті, тобто через шкіру, часто недостатні. Мати часто описується хворими як така, що відкидає, або холодна, батько – як людина, у якої постійно не вистачає часу і терпіння. З іншого боку, може виявлятися перебільшена ніжність з боку одного з батьків. У вихованні велике значення відводиться чистоті в широкому сенсі цього слова («чиста совість, чисті думки»). У відносинах між батьками дитина спостерігає або відсутність ніжності, або її надлишок. Як позитивні переживання, так і гнів приховуються від дітей. До інших людей батьки ставляться стримано, недружелюбно або, навпаки, підкреслено дружньо. Велику роль у формуванні моделей поведінки відіграє очікувана думка та оцінка оточуючих. Установки батьків з питань сенсу життя і віри багатьом хворим невідомі («про це не говорилося»), або вони згадували окремі тверді правила.

Висновки. Дослідження психосоматичного аспекту шкірних захворювань є актуальним та перспективним завданням психологічної науки. При існуванні сьогодні численних цікавих поглядів та гіпотез стосовно психологічної складової у виникненні та розвитку цих захворювань багато питань залишаються поки що без відповіді. Зокрема, якщо не існує єдиного психологічного профілю цієї категорії пацієнтів, то, можливо, завдання може бути вирішене через класифікацію причин захворювання та побудову відповідного набору профілів. Однак найважливішим залишається завдання розробки та впровадження психотерапевтичних та психокорекційних програм, здатних змінити патологічні патерни поведінки та емоційного реагування і допомогти хворим у знаходженні чи відновленні здорового способу побудови стосунків із соціальним оточенням.

Список використаних джерел

1. Иванова И. Н. Психологические аспекты атопического дерматита / И.Н.Иванова, А. А. Антоньев // Вестник дерматологии и венерологии. – 1991. – № 2. – С. 38-42.
2. Любан-Плоцца В. Психосоматический больной на приеме у врача / Любан-Плоцца В., Пельдингер В., Крегер Ф. / Пер. с нем. – СПб.: НИПИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – 245с.
3. Мак-Дермотт Я. НЛП и здоровье. Использование НЛП для улучшения здоровья и благополучия / Я. Мак-Дермотт, Дж. О'Коннор – Челябинск : Библиотека А. Миллера, 1998. – 240 с.
4. Малкина-Пых И. Г. Болезни кожи. Освободиться и забыть. Навсегда / И.Г.Малкина-Пых. – М.: Эксмо, 2007. – 224 с.
5. Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина / В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
6. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия / Н. Пезешкиан / Пер. с нем. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2009. – 464 с. – Серия «позитивная психотерапия».
7. Тополянский В. Д. Психосоматические расстройства / В.Д. Тополянский, М.В. Струковская. – М. : Медицина, 1986. – 384 с.