

Аналіз показників тривоги у чоловіків із сексуальними розладами на тлі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки

Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: оцінювання особливості плинну тривоги у чоловіків, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на узагальненні результатів комплексного обстеження і лікування 130 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та шлунка у стадії ремісії, які мають сексуальні розлади. Пацієнти були розподілені на три групи: основна, порівняльна та референтна. Була використана шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності С. Спілбергера та методика М. Курганського.

Результати. Було доведено, що рівень особистісної тривожності має тісний кореляційний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби.

Заключення. Наявність виразкової хвороби створює певну основу подальших психологічних напружень, що близькі за негативним впливом до розвитку статевих розладів. Для досліджених хворих притаманний високий рівень особистісної тривожності.

Ключові слова: виразкова хвороба шлунка та дванадцятипалої кишки, розлади статевої функції, психологічні розлади, тривога.

Психологічні розлади у хворих виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки зустрічаються у переважній більшості пацієнтів. Психосоматичні розлади вважають одним із провідних чинників розвитку різних соматичних захворювань. В їхньому числі є виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки та еректильна дисфункція. Ці стани, як окремо, так і разом, потребують психологічного оцінювання, психотерапевтичних підходів у лікуванні та профілактиці. Слід зазначити, що у більшості клінічних випадків причиною звернення відповідного контингенту хворих стають саме суб'єктивні прояви, які досить часто не співпадають із об'єктивним станом [1–10].

Відомо, що хронічне психоемоційне напруження посідає одне із ключових місць в етіології виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки. Разом з тим, клініцисти не завжди приділяють достатньої уваги розладам психічної сфери, у той час, як саме вони відіграють певну та важливу роль на різних етапах її перебігу [11–20]. Особливо це стосується певної категорії хворих, які виділяються за соціальними ознаками. Існує теорія розвитку виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки у хворих на тлі супутніх психологічних стресів. В окремих дослідженнях відсоток таких випадків досягає 32,5% [21–26]. В основі хронічних психоемоційних порушень важливу роль відіграє недостатність вітамінів та кофакторів, абсолютно необхідних для ензимів та повноцінної діяльності вегетативної нервової системи. Розлади останньої негативно впливають на функціонування вищих відділів нервової системи, тому створюються умови роз-

витку, як виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки, так і її ускладнень та наслідків психосоматичного характеру.

Психічні розлади, що розвиваються у хворих із тривалим перебігом гастроінтестинальних захворювань, найчастіше проявляються у вигляді тривожно-фобічних, змішаних тривожних та депресивних симптомів. Також спостерігають дезадаптацію з емоційними порушеннями різного ступеня вираженості та їхніх комбінацій.

Психологічні порушення, як наслідок будь-якої стресової ситуації, у тому числі плинну соматичних патологій, особливо з хронічним перебігом, негативно впливають перш за все на еректильну функцію. У свою чергу за її дисфункцією маскуються нечітко виражені симптоми недиагностованих патологій, до яких відносяться субдепресивні та астенічні прояви соматичного генезу. Тобто виникає реальне актуальне питання, суть якого полягає у потребі точної диференційної діагностики, яка б забезпечила визначення основного захворювання, супутнього та їхніх ускладнень. У той самий час психічні розлади можуть виконувати роль кожного з них. У даному випадку вони поєднують виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки і сексуальні розлади у чоловіків. Такі психологічні або психічні розлади є аргументом до оцінювання цього важливого медико-соціального питання допомоги хворим чоловікам, які мають поєднану патологію.

Мета дослідження: оцінювання особливості плинну тривоги у чоловіків, хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки, які мають сексуальні розлади.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Дослідження ґрунтується на узагальненні результатів комплексного обстеження і лікування 130 хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки та шлунка у стадії ремісії, які мають сексуальні розлади. Перших було 76 (58,5±4,3%), других – 54 (41,5±4,3%); $p < 0,05$. Ці хворі увійшли в основну групу. Групу порівняння склали 100 чоловіків, хворих на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки (66,0±4,7%) та виразкову хворобу шлунка (34,0±3,3%), що перебували також у стадії ремісії, проте не скаржились на сексуальні розлади. Створення цієї групи мотивовано потребою у визначенні особливостей змін якості життя, психологічного стану між пацієнтами із подібним соматичним захворюванням з наявністю або без сексуальних розладів. У референтну групу увійшли 20 практично здорових чоловіків. Усі групи були близькі за віком (середній вік пацієнтів основних груп – 35,3±1,2 року, контрольної – 31,9±2,3 року). Середній термін за тривалістю виразкової хвороби пацієнтів двох перших груп склав 6,7±0,9 року.

Для виконання поставленої мети була використана шкала самооцінки ситуативної та особистісної тривожності С. Спілбергера, яка дає можливість виявити рівень (низь-

Таблиця 1

Розподіл груп спостереження за рівнем особистісної тривожності згідно шкали С. Спілберґера

Група спостереження	Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	25	19,2 ^Δ	3,4	26	20,0 ^Δ	3,4	79	60,8 ^{Δ*}	4,2
Порівняльна	93	93,0	2,5	5	5,0	2,1	2	2,0	1,4
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

Примітка: * – різниця показників достовірна у строчці; p<0,05; Δ – різниця показників достовірна у стовпчику; p<0,05.

Таблиця 2

Середні значення оцінювання особистісної тривожності за шкалою С. Спілберґера у групах спостереження, бали (M±m)

Рівень	Група спостереження		
	Основна	Порівняльна	Референтна
Низький (0-30)	20,0±7,0	12,2±6,8	7,5±2,5
Середній (31-45)	37,8±4,6	34,4±3,0	-
Високий (≥46)	51,6±2,6	48,0±1,4	-

Таблиця 3

Розподіл груп спостереження за рівнем ситуативної тривожності згідно шкали С. Спілберґера

Група спостереження	Низький рівень			Середній рівень			Високий рівень		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Основна	37	28,5*	3,9	81	62,3 ^{Δ*}	4,2	12	9,2*	2,5
Порівняльна	63	63,0 ^Δ	4,9	31	31,0	4,9	6	6,0	2,3
Референтна	2	10,0	6,7	-	-	-	-	-	-

Примітка: * – різниця показників достовірна в стовпчику; p<0,05; Δ – різниця показників достовірна в строчці; p<0,05.

Таблиця 4

Середні значення оцінювання ситуативної тривожності за шкалою С. Спілберґера у групах спостереження, бали (M±m)

Рівень	Група спостереження		
	Основна	Порівняльна	Референтна
Низький (0-30)	18,8±5,8	15,5±7,4	-
Середній (31-45)	41,0±2,9	35,0±3,9	-
Високий (≥46)	53,0±3,9	52,7±4,1	-

кий, середній, важкий) того чи іншого варіанту тривожності, превалювання одного з них та має значення при акцентуації психотерапії. Крім того, у дослідженні була застосована методика М. Курганського для визначення психічних станів особистості. Слід зауважити, що під психічними станами в інтерпретації цієї методики мають на увазі цілісну картину психічного функціонування в обмежений проміжок часу. Вона складається із самооцінювання стану, за яким у багатьох випадках визначають такі традиційні розлади, як психічна активність, комфортність, напруження, рівень емоційного тону та інтересу. Комплексне оцінювання здійснювали за результатами підсумку окремих параметрів у балах (від 3 до 21 бала).

Виділяють наступні критерії розподілу даних:

- 3–8 балів – визначається високий ступінь психічної активності, інтересу, емоційного тону та комфортності;
- 9–15 балів – середній;
- 16–21 бал – низький.

При цьому ступінь вираженості напруження, навпаки, є високим при кількості балів від 16 до 21, тобто при поганому емоційному стані пацієнт має велику кількість балів.

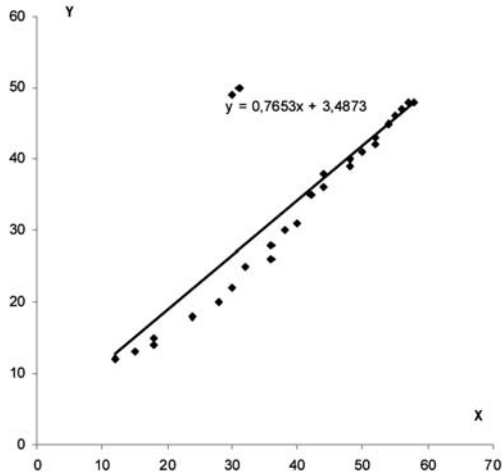
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Наявність високого відсотка психічної й соматичної тривоги у хворих основної групи визначало потребу поглибле-

ного вивчення даного явища. З цією метою була використана шкала С. Спілберґера, за якою можна уточнити характер тривожності (особистісну та ситуативну складові) (табл. 1–4).

Слід зазначити, що за результатами порівняльного аналізу було виявлено особливості і тенденції відносно зазначених варіантів тривожності. Доведено, що переважний більшість хворих основної групи (60,8±4,2%) був притаманний високий рівень особистісної тривожності. Практично однаково часто вона була низького та середнього рівнів (19,2±3,4% та 20,0±3,4%). З різним ступенем вираженості найчастіше проявлялась підвищеними переживаннями, внутрішнім хвилюванням, занепокоєнням щодо стану здоров'я, будь-якої конкретної події, що трапилася або повинна відбутися. З'являються психосоматичні симптоми, що не пов'язані безпосередньо з виразковою хворобою. Поліморфні соматичні симптоми пов'язують з відчуттям особистої вразливості, самозвинувачення та незадоволення собою або оточуючими. Підвищена стомлюваність, дратливість, незадоволення собою спричинюють виникнення конфліктних ситуацій або власної провини. Доведено, що рівень особистісної тривожності має тісний кореляційний зв'язок із тривалістю виразкової хвороби (r=0,98) (мал. 1).

Наведений вище розподіл у порівняльній групі відрізняється від основної перевагою серед перших (93,0±2,5%) наявністю особистісної тривожності низького

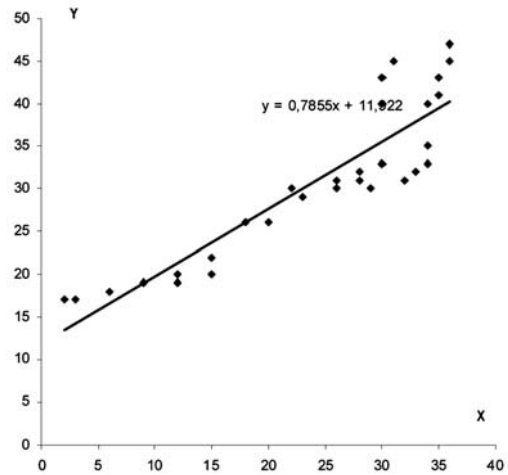


Мал. 1. Залежність рівня особистісної тривожності від тривалості виразкової хвороби

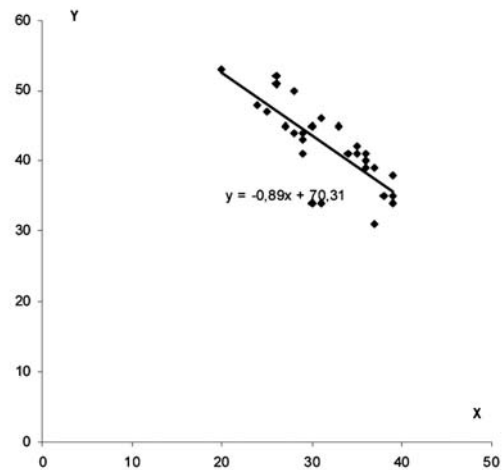
рівня. Два таких випадки зафіксували серед референтної групи. Зазначене вище підтверджує негативний вплив стану соматичного здоров'я, будь-яких негараздів у повсякденному житті на психоемоційний стан. Лабільність його у будь-яку мить може стати причиною розвитку інших патологічних процесів і найчастіше статевих розладів, як найбільш емоційно зумовлених. Для об'єктивізації наведених вище трьох рівнів самооцінки особистісної тривожності у табл. 4 наведені середні значення оцінки у балах у розрізі окремих груп спостереження.

Іншу картину спостерігали в основній групі відносно ситуативної оцінки власного стану тривожності. На відміну від попередньої, де переважав високий рівень, у даних випадках вірогідно частішим був середній рівень ($62,3 \pm 4,2\%$), низький – практично у третій частини ($28,5 \pm 3,9\%$) і лише до $10,0\%$ – високий. Отримані дані логічно підтверджують ситуацію, коли повсякденні негаразди, незадоволення власними вчинками, станом здоров'я, безнадійність в одержаних позитивних результатах лікування негативно позначаються на статевій функції, особливо у разі невдалих спроб у момент статевого акту. При цьому відзначали формування поведінки уникнення, усамітнення, різке зниження комунікабельності; у чоловіків складається замкнуте коло – на тлі сексуальної, еректильної дисфункції спостерігається також посилення неврівноваженості, дратливості, а після проблемних сексуальних стосунків хворі вказують на загострення апатії, тривожності, появи поліорганичних необґрунтованих скарг.

Необхідно зазначити, що ситуативна тривожність визначена й серед хворих групи порівняння. Проте середній її рівень був удвічі меншим, ніж в основній ($31,0 \pm 4,9\%$ проти $62,3 \pm 4,2\%$ відповідно) і настільки ж частіше низького ($63,0 \pm 4,9\%$ проти $28,5 \pm 3,9\%$ відповідно; $p < 0,05$). Наведені відомості можна розцінювати неоднозначно. З одного боку, наявність особистісної чи ситуативної тривожності, виявлених за шкалою самооцінки у хворих із соматичним захворюванням (виразкова хвороба дванадцятипалої кишки та виразкова хвороба шлунка), які самі по собі є невротизуючим фактором, не являються стовідсотковою причиною розвитку сексуальних розладів. Присутність тієї чи іншої тривожності у зазначеній категорії хворих слід розцінювати як передумову до виникнення різноманітних сексуальних дисфункцій. Її треба визначити, врахувати, провести профілактику на етапі диспансерізації, залучаючи до цього фахівців суміжних спеціальностей. З іншого боку, у випадках поєднання обох видів три-



Мал. 2. Залежність між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю сексуальних розладів



Мал. 3. Залежність рівня ситуативної тривожності від віку хворого

жожності, особливо високого й середнього рівнів вираженості, суттєво зростає ризик статевих розладів, що потребує особливого підходу до визначення мотивуючих факторів, точної диференціальної діагностики та відповідного лікування, успіх якого також залежить від наполегливості пацієнта, а також своєчасного звернення до лікаря. Наведене положення обґрунтоване результатами кореляційного аналізу, за яким доведено прямиий високий зв'язок між рівнем ситуативної тривожності та тривалістю статевих розладів ($r=0,95$) (мал. 2).

Водночас зворотній зв'язок достатньо високої сили отримано між першим явищем та віком хворих ($r=-0,97$) (мал. 3).

Останній факт є проявом певної установки чоловіків, що з віком статеве життя стає менш активним і вони не пред'являють підвищених вимог до власних можливостей. Конкретні величини усереднених значень ситуативної тривожності у розрізі груп спостереження наведені у табл. 4.

З метою уточнення даних за шкалою С. Спілберґера додатково проведено визначення психічного стану особистості за методикою М. Курганського (табл. 5).

Отримані результати виявилися подібними до тих, що характеризували особистісну тривожність за С. Спілберґером. Найбільша кількість хворих основної групи відзначала виражену напруженість, пригнічений емоційний стан, зниження інтересу до роботи, близьких. Тобто низький

Розподіл груп спостереження за психічним станом особистості за М. Курганським

Ступінь	Група спостереження								
	Основна			Порівняння			Референтна		
	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m	Абс. число	%	m
Високий (3-8 балів)	21	16,2	3,2	75	75,0*	3,0	19	95,0*	4,8
Середній (9-15 балів)	24	18,5	3,4	18	18,0	1,7	1	5,0	2,2
Низький або виражена напруженість (16-21 бал)	85	65,3*	4,1	7	7,0	2,5	-	-	-

Примітка. * – Різниця між показниками достовірна у стовпчику; $p < 0,05$.

Таблица 6

Середні значення оцінки психічного стану особистості за методикою М. Курганського у групах спостереження, бали; $M \pm m$

Група спостереження	Низький або виражена напруженість (16-21 бал)	Середній (19-15 балів)	Високий (3-8 балів)
Основна	18,8±1,8	11,7±2,0	4,9±1,7
Порівняння	17,2±71,2	9,8±1,1	4,0±1,2
Референтна	16,0	-	3,5±1,1

ступінь спостерігали при поганому емоційному стані. За таких умов можна з упевненістю вважати самооцінку хворих основної групи щодо сприйняття проблем із здоров'ям об'єктивізованою.

У групі порівняння у 75,0±3,0% був відзначений високий ступінь активності, інтересу, емоційного тону та комфортності. Разом з тим, частина тих, хто був віднесений до низького або напруженого ступеня та середнього за методикою М. Курганського, близька з тією, що за С. Спілбергером мала середній та високий рівень особистісної тривожності. У табл. 6 наведені середні значення оцінювання у балах психологічного стану особистості за методикою М. Курганського у розрізі груп спостереження, що об'єктивізують наведений вище розподіл за ступенем його порушення.

Особенности депрессивного состояния мужчин с сексуальными расстройствами на фоне язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
Ю.М. Гурженко, В.В. Сорока

Цель исследования: оценивание особенностей течения тревоги у мужчин, больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, которые имеют сексуальные расстройства.

Материалы и методы. Исследование основывается на обобщении результатов комплексного обследования и лечения 130 больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и желудка в стадии ремиссии, которые имеют сексуальные расстройства. Пациенты были разделены на три группы: основная, сравнительная и референтная. Была использована шкала самооценки ситуативной и личностной тревожности С. Спилбергера и методика М. Курганского.

Результаты. Было доказано, что уровень личностной тревожности имеет тесную корреляционную связь с продолжительностью язвенной болезни.

Заключение. Наличие язвенной болезни создает определенную основу дальнейших психологических напряжений, близких по отрицательному влиянию с развитием половых расстройств. У обследованных больных превалирует соматизированное характер депрессии.

Ключевые слова: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение половой функции, психологические расстройства, депрессия.

Усе зазначене вище надає впевненості в отриманих результатах, бо є здатним до забезпечення адекватного вибору передбаченої психологічної корекції для нівелювання негативного фону під час лікування статевих розладів.

ВИСНОВКИ

Таким чином, переважній більшості хворих основної групи (60,8±4,2%) притаманний високий рівень особистісної тривожності. Практично однаково часто вона була низького та середнього рівнів (19,2±3,4% та 20,0±3,4% відповідно). З різним ступенем вираженості найчастіше проявлялась підвищеним рівнем переживання, внутрішнім хвилюванням, занепокоєнням відносно стану здоров'я, будь-якої конкретної події, що трапилася чи повинна відбутися.

Features of depressed state of men with sexual disorders based on gastric ulcer and duodenal ulcer

Y. Gurzhenko, V. Soroka

The aim of the research: evaluation of the peculiarities of anxiety in male patients with gastric ulcer and duodenal ulcer, which are sexual disorders.

Materials and methods. The research is based on the generalization of the results of complex examination and treatment of 130 patients with peptic ulcer of duodenum and stomach in remission who have sexual disorders. The patients were divided into three groups: basic, comparative and referential. Was used C. Spielberger's self-evaluation scale of situational and personal anxiety and M. Kurgan's methodology.

Results. It has been proven that the level of personal anxiety has a close correlation with the duration of peptic ulcer disease.

Conclusion. The presence of peptic ulcer disease creates a certain basis for further psychological stress, similar to negative effect with the development of sexual disorders. Among the examined patients prevailed the somatized nature of depression.

Key words: gastric ulcer and duodenal ulcers, sexual function disorders, psychological disorders, and depression.

Сведения об авторах

Гурженко Юрий Николаевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (050) 668-08-08

Сорока Василий Васильевич – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко М.І. Клінічна андрологія: довідник лікаря-андролога / М.І. Бойко, С.П. Пасечніков, Є.В. Луцицький [та ін.]; за ред. М.І. Бойка. – Київ : Здоров'я України, 2013. – 219 с
2. Гиндикин В.Я. Личностная патология / В.Я. Гиндикин, В.А. Гурьева. – М.: Триада-Х, 1999. – 266 с.
3. Гусейнов Э.Ф.О. Удосконалення комплексного лікування хронічних запальних захворювань статеві системи у чоловіків за допомогою психологічного тренінгу: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06 – урологія / Эльнур Фаман Оглы Гусейнов. – К., 2014. – 25 с.
4. Карвасарский Б.Д. Психотерапия: учебник / Под ред Б.Д. Карвасарского. – Санкт Петербург, 2007. – 672 с.
5. Лукьянова Е.М. Психосоматический подход и психотерапевтическая помощь в педиатрии / Е.М. Лукьянова, С.И. Табачников, Т.Н. Пушкарева, Ю.Г. Антипкин, В.Ф. Лапшин // Дитяча та підліткова психіатрія. – 2003. – Т. 9, № 4 (35). – С. 99–103.
6. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика / И.Г. Малкина-Пых. – М.: Эскимо, 2008. – 1024 с.
7. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архив психіатрії. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 69–70.
8. Северова Е.А. Пограничные психические расстройства у больных с осложненными формами язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 – психиатрия / Е.А. Северова. – М., 2006. – 27 с.
9. Boersma K. Exposure-based cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome. A single-case experimental design across 13 subjects / K. Boersma, B. Ljytsson, H. Edebol-Carlman, M. Schrooten [et al] // Cogn Behav Ther. – 2016. – V. 10. – P. 1–16.
10. Despires J. Metabolic syndrome, endothelial dysfunction and erectile dysfunction: association and management / J. Despires, A.L. Burnett // Current Urology Reports. – 2013. – V. 6. – P. 70–75.
11. Логинов П.В. Стресс как фактор угнетения репродуктивной функции / П.В. Логинов, Д.Л. Теплый, А.А. Николаев. – Астрахань: ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ, 2012. – 140 с.
12. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология / В.Д. Менделевич. – М.: Мед Пресс, 2001. – 458 с.
13. Осипова А.А. Общая психокоррекция : учебное пособие / А.А. Осипова. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
14. Проховник О.А. Клинико-психологические аспекты семейно-сексуальных дисгармоний: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 – психиатрия / О.А. Проховник. – М., 2005. – 22 с.
15. Соколова М.Н. Психотерапия эректильной дисфункции. Лечение эректильной дисфункции / М.И. Соколова; Под. ред. проф. И.И. Горпинченко. – К.: Медицина, 2008. – С. 26–36.
16. Топалов Д.П. Психопрофилактика первичных сексуальных расстройств у мужчин: Автореф. дис. ... кед. мед. наук: 14.01.16 – психиатрия / Д.П. Топалов. – Харьков, 2002. – 25 с.
17. European Association of Urology. Guidelines on Male Sexual Dysfunction: Erectile Dysfunction and Premature Ejaculation, 2015. – 21 p.
18. Gulati K. Gender Based Differences in Stress-induced Gastric Ulcer Formation and its Regulation by Nitric Oxide (NO): An Experimental Study / K. Gulati, A. Chakraborti, A. Ray // Curr Pharm Des. – 2015. – V. 21 (23). – P. 3395–401.
19. Rajkumar R.P. Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study / R.P. Rajkumar, A.K. Kumaran // Compr Psychiatry. – 2015. – V. 60. – P. 114–8.
20. Van Oudenhove L. Determinants of symptoms in functional dyspepsia: gastric sensorimotor function, psychosocial factors or somatisation? / Van Oudenhove L., J. Vandenbergh, B. Geeraerts, R. Vos [et al.] // Gut. – 2008. – V. 57 (12). – P. 1666–73.
21. Карташова И.Г. Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике / И.Г. Карташова // Бюл. Сибирской медицин. – 2008. – № 3. – С. 43–50.
22. Кукурекин Ю.В. К вопросу о воздействии психосоматических заболеваний на сексуальное здоровье. Психологическая помощь / Е.Ю. Тарапура, Е.Ю. Кукурекина // Здоровье мужчины. – 2012. – № 2 (41). – С. 128–130.
23. Лукьянова Е.М. Психосоматический подход и психотерапевтическая помощь в педиатрии / Е.М. Лукьянова, С.И. Табачников, Т.Н. Пушкарева, Ю.Г. Антипкин, В.Ф. Лапшин // Дитяча та підліткова психіатрія. – 2003. – Т. 9, № 4 (35). – С. 99–103.
24. Мартиненко Н.В. Деадаптація безробітних з особистісними, соматоформними та сексуальними розладами та її психокорекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04 – мед. психологія / Н.В. Мартиненко. – 2008. – 23 с.
25. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Архив психіатрії. – 2003. – Т. 9, № 1 (32). – С. 69–70.
26. Levenstein S. Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of Helicobacter pylori infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs / S. Levenstein, S. Rosenstock, R.K. Jacobsen, T. Jorgensen [et al] // Clin Gastroenterol Hepatol. – 2015. – V. 13 (3). – P. 498–506.