

## СИСТЕМНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ИСТЕРИЧЕСКОГО НЕВРОЗА У ЖЕНЩИН

### THE SYSTEMIC APPROACH OF TREATMENT OF A HYSTERICAL NEUROSIS AT WOMEN

*N. Tkachenko*

#### Annotation

It is reports the results of the integral therapy of 885 women at the age of 18 – 75 years, suffering from hysterical neurosis. The average age of patients – 43,9±0,76 years. The main methods of treatment was acupuncture. Besides moxa, massage, psychotherapy, musical therapy, colour therapy, psychopharmacotherapy, homeopathic therapy and enotherapy have been used. The treatment was in a daytime psychotherapeutic hospital. Duration of treatment lasted 15 everyday seances. Results of treatment: clinical recovery – 93,6 %, considerable improvement – 6,4 %, the absolute restoration of social-labour adaptation – 100,0 %. The economy effectiveness of treatment – 2,5 millions roubles annually on one doctor.

**Keywords:** hysterical neurosis, treatment, woman, acupuncture, clinical, economy effectiveness.

*Ткаченко Николай Тимофеевич*

*К.мед.н., врач–психотерапевт  
высшей квалификационной категории,  
муниципальное бюджетное учреждение  
здравоохранения, "Темрюкская  
центральная районная больница  
Краснодарского края"*

#### Аннотация

В статье сообщается о системном анализе с позиций энергоинформационной парадигмы интегральной терапии 885 женщин в возрасте 18–75 лет, страдавших истерическим неврозом. Средний возраст больных – 43,9±0,76 лет. Основным методом лечения была акупунктура. Кроме того, использовалась психотерапия, мокса, массаж, музыкальная терапия, цветовая терапия, психофармакотерапия, гомеопатическая терапия. Лечение проводилось в дневном психотерапевтическом стационаре. Длительность лечения – 15 ежедневных сеансов. Результат лечения: клиническое выздоровление – 93,6 %, значительное улучшение – 6,4 %, полное восстановления социально-трудовой адаптации – 100,0 %. Экономическая эффективность лечения – 2,6 миллиона рублей ежегодно на одного врача.

#### Ключевые слова:

Истерический невроз, лечение, женщина, акупунктура, клиническая и экономическая эффективность.

Синдромальный подход к изучению и лечению психической патологии – это один из главных аспектов глубокого кризиса современной психиатрии [8, 14]. Созданная Е. Крепелин нозологическая классификация психических расстройств строго следовала принципам медицинской модели соматических заболеваний, т.е. с определённой этиологией, динамикой, и исходом для каждой психической патологии [9]. Нозологическим принципом руководствовались многие поколения зарубежных и отечественных психиатров: Е. Крепелин, Е. Блейлер, С. Паскаль, С.С. Корсаков, В.Х. Кандинский, В.М. Бехтерев, П.Б. Ганнушкин, А.В. Снежневский и др. Поэтому многие отечественные и зарубежные психиатры подвергают резкой критике ICD – 10 и МКБ – 10, как несоответствующей объективным реалиям в современной психиатрии и высказываются за возврат к нозологическому принципу [31].

Для лечения различных пограничных психических расстройств (ППР) используется в большинстве случаев только фармакотерапия иногда с психотерапией. Задача такой терапии – устранить симптом "мишень". Однако, большой проблемой в лечении психических расстройств,

особенно депрессии, является несоблюдение лечебных рекомендаций, терапевтическая резистентность к лекарственному лечению, составляющая 30 – 66,7 % [5, 10], а также побочные эффекты при психофармакотерапии, которые наблюдаются в 24 – 87,8 % случаев [1, 33]. При лечении бензодиазепиновыми анксиолитиками только 27 % больных лечатся менее 1 месяца, а около 25 % – 12 месяцев и более [22].

Длительное применение бензодиазепинов вызывает лекарственную зависимость в 5–100 % случаев [22].

Однако, многолетний опыт научно-исследовательского психоневрологического института имени В.М. Бехтерева показал очень низкую эффективность психотерапии с фармакотерапией в лечении неврозов, составляющих самую большую и самую трудную в лечении патологию в структуре ППР [30].

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе нет обобщённых данных эффективности лечения невротических, депрессивных, соматоформных и других расстройств, входящих в структуру ППР.

Таким образом, большая распространённость истерического невроза в популяции, низкая эффективность лечения его даже в ведущих клиниках России, резистентность к терапии и побочные эффекты, уход от нозологического принципа в диагностике психических расстройств и замена его синдромальным, где истерии нет места, обусловили актуальность данной проблемы и явились основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: разработка наиболее адекватной, научно обоснованной организационной формы и метода лечения истерического невроза у женщин.

#### Материалы и методы исследования

Объектом настоящего исследования явились 885 женщин в возрасте от 18 до 75 лет, страдавших истерическим неврозом, обследованных нами во время лечения в дневном психотерапевтическом стационаре муниципального учреждения здравоохранения "Темрюкская центральная районная больница Краснодарского края" в 1995–2014 гг. Средний возраст больных составил 43,9 0,8 года, средняя длительность заболевания – 8,9 0,2 года, а средний срок первичного обращения к врачу–психотерапевту – 5,4 0,3 года.

В работе использовались клинико–динамический, ка–тамнестический, математико–статистический методы, метод оценки непосредственных результатов лечения неврозов научно–исследовательского Психоневрологического института имени В.М. Бехтерева [30] в модификации В.Г. Косенко с соавт. [15] и "Тематическая карта–анкета медико–социального, клинического, психологического и сексологического обследования больных истерическим неврозом", разработанная на кафедре психиатрии ФПК и ППС Кубанского государственного медицинского университета. В диагностических целях, кроме общеклинического исследования, всем больным проводилась пульсовая диагностика. Полученные данные исследования подвергнуты математической статистической обработке (компьютерная программа "Статистика") с использованием параметрических и непараметрических методов. Учитывались результаты с уровнем значимости не ниже 95 % ( $P < 0,05$ ).

Методом случайного распределения больные разделены на 2 группы: основную и контрольную. Основную группу составили 785 больных истерическим неврозом, которым проводилось комплексное лечение по авторскому методу, а в контрольную группу вошли 100 больных, лечившихся только фармакотерапией и психотерапией.

В дневном психотерапевтическом стационаре боль–

ным основной группы проводилась интегральная терапия по авторскому методу: психотерапия (рациональная, личностно–ориентированная, когнитивная, поведенческая, гипносуггестивная, семейная и сексуальная); аутогенная тренировка по Шульцу, неосознанная аудиальная психокоррекция "Бименталь" [3]; рефлексотерапия (акупунктура, тепловая и световая инфракрасная пунктура, магнитолазеропунктура, электропунктура, поверхностная многоигльчатая акупунктура); точечный и глубокий массаж шейно–воротниковой зоны, массаж волосистой части головы, спины, пояснично–крестцовой и ягодичных областей, чередуя через день с глубоким массажем живота и точечным массажем передней грудной стенки; цветовая и музыкальная терапия, психофармакотерапия, гомеопатическая терапия, [24, 25, 26, 27, 28].

Во взаимоотношениях врача с больными устанавливался комплаенс и психотерапевтический контакт в форме "руководство–партнерство с сопереживающим отношением", который, по данным В.А. Ташлыкова [23], является оптимальной формой контакта с больными истерическим неврозом.

Организационной формой при лечении больных истерическим неврозом избран дневной психотерапевтический стационар районной поликлиники [24]. Такая форма лечения позволяла больным не прерывать общения с семьей; выполнять домашнюю хозяйственную работу с возрастающей нагрузкой, этим отвлекаться от болезни и в кратчайшие сроки восстанавливать социально–трудовую адаптацию; иметь возможность длительного, спокойного ночного сна; соблюдать рекомендованный лечащим врачом режим дня; вести регулярную и максимально частую половую жизнь с мужем или заниматься мастурбацией до получения оргазма, что в обоих случаях является высокоэффективным лечебным средством [4, 6, 7, 12, 13, 32].

В день осмотра или в ближайшие дни с супругами проводим семейную и сексуальную психотерапию, при которой обсуждаем вопрос о гармонизации межличностных отношений; выявляем ролевые функции каждого из супругов; обсуждаем вопрос о значении правильного ролевого поведения для нормализации межличностных отношений; разъясняем роль частой, в идеале ежедневной половой жизни супругов для гармонизации семейных отношений, нормального психологического климата в семье, нервно–психического и физического здоровья супругов и быстрого выздоровления больного неврозом. Рекомендуем ежедневную половую жизнь с обязательным оргазмом у жены и без эякуляции у мужа.

Больной назначаем феназепам в дозе 0,5 мг 3 раза в день, а на ночь в дозе 1,0 мг и amitриптилин в дозе 6,25 мг 3 раза в день, а на ночь – 12,5 мг. Дозы феназепама

и амитриптилина со 2-й недели лечения снижаем, а с начала 3-й недели оба препарата отменяем. При депрессивном и фобическом синдромах дозу феназепам и амитриптилина на ночь повышаем вдвое. Одновременно назначаем гомеопатические средства по показаниям: Игнация 6, Нукс вомика 6, Платинум металликум 6, Аурум металликум 6, Иодиум 6 по 5–7 крупинок 3 раза в день под язык натошак.

Больную укладываем на мягкую кушетку, многоигольчатый молоточком производим поверхностную акупунктуру и электропунктуру аппаратом ЧЭНС –2 по 5 мин., поверхностный массаж головы, точечный и глубокий массаж шейно-воротниковой зоны, спины, пояснично-крестцовой и ягодичных областей, через день чередуя с глубоким массажем живота и точечным массажем передней грудной стенки по 20 минут. Ежедневно производим пульсовую диагностику для определения функционального состояния главных акупунктурных меридианов и выбора точек акупунктуры.

Нами установлено, что при истерическом неврозе акупунктурные меридианы сердца, легких, перикарда, почек печени, тонкой и толстой кишок, мочевого пузыря, "тройного обогревателя" находятся в энергетической "пустоте" ( $P < 0,001$ ). Пульс меридиана желчного пузыря значительно ослаблен, пульсы меридианов желудка и поджелудочной железы – умеренно ослаблены. Тонизированием акупунктурой энергетически наиболее ослабленных меридианов нами проводилась большим патогенетическая терапия.

#### *Акупунктуру производим:*

в 1-й, 6-й и 11-й дни лечения в точки RP-2, VC-4, VC-21, IG-3, AT-22, AT-100 тонизирующим методом, а в точки VB-21, AT-34, AT-55 седативным;

во 2-й, 7-й и 12-й дни – в точки F-8, VC-3, R-12, VC-17, VC-19, IG-11, AT-101 тонизирующим методом, а в точки BM-28, AT-13, AT-51 седативным;

в 3-й, 8-й и 13-й дни – в точки R-7, VC4, VC-16, VC-21, AT-23, TR-3, AT-100 тонизирующим методом, а в точки VB-21, VG-17, AT-28, AT-55 седативным;

в 4-й, 9-й и 14-й дни – в точки V-67, VC-2, R-13, VC-17, VC-19, MC-9, AT-13, AT-95 тонизирующим методом, а в точки BM-28, AT-51 седативным;

в 5-й, 10-й и 15-й дни – точки MC-6, VC-4, VC-14, VC-16, VC-21, RP-6, AT-100 тонизирующим методом, а в точки VB-21, AT-34, AT-55 – седативным.

При наличии диффузного токсического зоба в ткань щитовидной железы по всей её поверхности ежедневно вводим серебряные иглы на всю её толщину с уклоном к трахеи и расстоянием между иглами 0,8 – 1,0 см.

Кроме того воздействуем седативным методом на точки VC-22, E-10, BM 117, через день чередуя с точка-

ми VC-23, E-9, GI-11, BM-22 [27]. Длительность сеанса акупунктуры 20 минут.

После акупунктуры в те же корпоральные точки производим тепловую пунктуру аппаратом ПТП-01 стабильным методом для седативного действия по 5 минут и ключущим методом по 2 минуты для тонизирования, затем применяем инфракрасную световую пунктуру аппаратом АИКП-01 в те же точки седативным методом по 2 минуты на каждую точку и тонизирующим методом по 30 секунд.

#### *Далее воздействуем аппаратом магнитолазеропунктуры "Волна" тонизирующим методом по 2 минуты:*

в 1-й, 6-й и 11-й дни – на точки V-14, VG-11;

во 2-й, 7-й и 12-й дни – на точки V-15, VG-14;

в 3-й, 8-й и 13-й дни – на точки V-13, VG-13;

в 4-й, 9-й и 14-й дни – на точки V-23, VG-11;

в 5-й, 10-й и 15-й дни – на точки V-26, BM-75.

При интенсивной головной боли применяем акупунктуру, тепловую пунктуру и инфракрасную световую пунктуру в точки VG-20, VB-19, VB-20, V-10, BM-9, AT-96 тонизирующим методом, а в точки AT-13, AT-33, AT-34, AT-39, AT-55 седативным методом. Длительность сеанса – 20–30 минут. Одновременно дополнительно однократно назначаем феназепам в дозе 1–1,5 мг и амитриптилин в дозе 12,5 мг.

При боли в пояснично-крестцовой области производим тонизирующим методом акупунктуру, термопунктуру, инфракрасную световую пунктуру и магнитолазеропунктуру в точки V-62, IG-3, BM-75, а также в болезненные точки, выявляемые при умеренном нажатии на них пальцем на следующие точки: V-30, V-31, V-32, V-33, V-28, V-27, V-26, V-25, V-24, V-23, VG-2, VG-3, VB-25, AT-95, AT-38, AT-40, AT-54, AT-55, AT-58 и акупунктуру седативным методом в точки AT-34, AT-26 а.

При депрессии лечение дополняем тонизирующим воздействием в точки VC-7, VC-14, VC-15, VG-18, VG-19, VG-20, а при страхе – в точки VG-12, VG-14, VG-24, C-9, MC-9 тонизирующим методом.

Одновременно с массажем и акупунктурой используем очки с синим и зеленым светофильтрами в течение 30 минут для цветовой терапии.

Весь сеанс лечения проводим на фоне тихой, спокойной духовной музыки и музыки из произведений В.А. Моцарта. Также используем неосознанную аудиосуггестию [3]. Заканчиваем сеанс лечения гипносуггестивной психотерапией длительностью 30 минут, чередующейся через день с аутотренингом, также с использованием спокойной музыки. Лечение производится 5 раз в неделю по 5,5–6 часов. Курс лечения – 15 сеансов.

Результаты исследования  
и их обсуждение

В исследуемой выборке наибольшее количество больных пришлось на возрастную группу от 41 до 50 лет (27,4%), что соответствует данным В.Я. Семке [21]. Средний возраст больных данной выборки составил 43,9 0,8 года. Данные нашего исследования и ведущего специалиста в России по проблеме истерии академика В.Я. Семке [21] опровергли утверждение S.B. Guse [33], что истерическим неврозом страдают преимущественно женщины до 30 лет.

Непосредственные результаты лечения истерического невроза представлены в **табл. 1**.

Из таблицы 1 следует, что непосредственные результаты лечения истерического невроза у женщин авторским методом интегральной терапии по критерию степени симптоматического улучшения были высокие: клиническое выздоровление составило 93,6 %; значительное улучшение – 6,4 %. По критерию степени социально-трудовой адаптации непосредственные результаты лечения в основной группе также высокие: полное восстановление социально-трудовой адаптации наблюдалось у 100,0 % больных.

В контрольной группе при использовании фармакотерапии вместе с психотерапией ни у одной больной не было клинического выздоровления. У 16% больных наступило значительное улучшение, у 67 % – незначительное улучшение, у 17 % больных не было положительного эффекта. По критерию степени социально-трудовой адаптации полного восстановления адаптации не было ни у одной больной; лёгкая дезадаптация выявлена у

16,0 % больных, умеренная дезадаптация – у 67,0 % больных, а у 17,0 % больных наблюдалась значительная дезадаптация.

Таким образом высокий положительный результат лечения и социально-трудовой адаптации в непосред-

ственном периоде в основной группе составил 100,0 %, что достоверно выше, чем в контрольной ( $P < 0,001$ ).

Сравнение финансовых затрат при лечении больных пограничной психической патологией методами психотерапии и фармакотерапии в Краснодарской краевой клинической психиатрической больнице (КККПБ) и при лечении истерического невроза авторским методом в Темрюкской ЦРБ показало, что средняя стоимость лечения одной больной за один день в Темрюкской ЦРБ в 11,8 раза меньше, чем в КККПБ. Средняя длительность курса лечения одной больной в Темрюкской ЦРБ в 2,9 раза меньше, чем в КККПБ. Средняя стоимость 1-го курса лечения в Темрюкской ЦРБ в 35,4 раза меньше, чем в КККПБ.

Таким образом, комплексный авторский метод лечения истерического невроза у женщин является высокоэффективным. Экономическая эффективность от использования малозатратных технологий лечения одной больной истерическим неврозом за 1 год в Темрюкской ЦРБ составила 13234,2 рубля, т.е. позволило сократить расходы за один курс на одного больного, по сравнению с КККПБ в 35,4 раза и сократить сроки лечения в 2,9 раза. В 2014 году экономическая эффективность за год составила 2657384,6 рубля на одного врача.

Отдаленные результаты лечения истерического невроза у 745 больных в сроки от 1 года до 3 лет приведены в **табл. 2**.

Из таблицы 2 следует, что в основной группе отдаленные результаты лечения истерического невроза по критерию симптоматического улучшения повысились за счёт увеличения случаев клинического выздоровления на 2,1 %. В группе больных со значительным улучшением у 5 больных (0,7 %) наступила частичная декомпенсация из-за неблагоприятных семейно-брачных отношений. В целом в основной группе высокий терапевтический эффект и полная социально-трудовая адаптации наблюдалась у 99,3 % больных, что достоверно выше, чем в контрольной

Таблица 1.

Непосредственные результаты лечения истерического невроза.

Результаты лечения	Основная группа		Контрольная группа	
	п	%	п	%
Клиническое выздоровление	735	93,6	0	0,0
Значительное улучшение	50	6,4	16	16,0
Улучшение	0	0	67	67,0
Без перемен	0	0	17	17,0
<i>Всего</i>	785	100,0	100	100,0

Таблица 2.

Непосредственные результаты лечения истерического невроза.

Результаты лечения	Основная группа		Контрольная группа	
	Количество	%	Количество	%
Клиническое выздоровление	713	95,7	0	0,0
Значительное улучшение	27	3,6	15	15,6
Улучшение	5	0,7	53	55,2
Без перемен	0	0,0	19	29,2
<i>Всего</i>	745	100,0	96	100,0

группе (15,6 %;  $P < 0,001$  %). Таким образом, эффективность интегральной терапии истерического невроза у женщин по авторскому методу достоверно выше фармакотерапии с психотерапией как в непосредственном, так и в отдалённом периодах. На высокую эффективность лечения истерического невроза у женщин в непосредственном периоде не повлияли такие сильные психотравмирующие факторы как тяжелое материальное положение, медицинский аборт, развод. Это есть свидетельство высокой надёжности данного метода лечения.

А.П. Фёдоров [30] в своей докторской диссертации на материале отделения неврозов и психотерапии Психоневрологического института им.

В.М. Бехтерева убедительно показал, что фармакотерапия с различными методами психотерапии при лечении 468 больных затяжными неврозами имеют низкую эффективность. Непосредственные результаты лечения в этом головном учреждении России по лечению неврозов составили: клиническое выздоровление – 0,0%; значительное улучшение – 17,3%, улучшение – 67,6%, без перемен – 15,1%.

Таким образом, данные нашего исследования подтверждают вывод А.П. Фёдорова о низкой эффективности фармакотерапии с психотерапией в лечении затяжных неврозов и свидетельствуют о высокой эффективности и надёжности интегративной терапии авторским методом истерического невроза у женщин.

Психотерапия является фундаментом в любом комплексном лечении невротических расстройств, действуя непосредственно на нервную систему или опосредованно через другие виды лечения.

Однако основным методом лечения в предложенном нами способе является акупунктура, эффективность которой при лечении истерического невроза у женщин даже в изолированном виде в нашем исполнении составляет 97–99 %.

Высокий терапевтический эффект акупунктуры при лечении истерического невроза обеспечивается потому, что она оказывает следующие лечебные действия: болеутоляющее, седативное, антидепрессивное, нормализующее влияние на ЦНС и сердце, антиаллергическое, противовоспалительное; повышение иммунитета; антиспастическое преимущественно на гладкую мышечную ткань, в том числе и на матку; нормализующее влияние на вегетативную и эндокринную, артериальную и венозную системы; стимулирует выработку эндорфинов и энкефалинов в головном и спинном мозге, серотонина, кортикотропина и кортизона в сыворотке крови; нормализует выработку многих компонентов медиаторного обмена (влияние на систему дофамина и ацетилхолина), нормализует углеводный обмен, уровень мочевины, холестерина, соотношение триглицеридов и фосфатов, образование некоторых видов нейрогуморальных веществ, реологические свойства крови и свертывающей системы [2, 16, 18, 19, 20]. Таким образом, по механизму действия акупунктура является безвредной, высокоэффективной патогенетической терапией.

#### Выводы

1. Фармакотерапия и психотерапия с фармакотерапией являются малоэффективным способом лечения истерического невроза у женщин.
2. Предложенный авторский метод интегральной терапии с использованием различных методов психотерапии, акупунктуры, тепловой, световой инфракрасной и магнитолазеропунктуры, массажа, музыкальной и цветовой терапии, психофармакотерапии, гомеопатической терапии является высокоэффективным, краткосрочным, малозатратным и надёжным. Он обеспечивает клиническое выздоровление у 93,6 % больных и значительное улучшение – в 6,4 % случаев, полное восстановление социально-трудовой адаптации в 100,0 % случаев в течение 15 ежедневных сеансов лечения.
3. Авторский способ комплексного лечения неврозов является методом выбора.
4. Данный способ лечения является высокоэффек-

тивным. Ежегодная клинико-экономическая эффективность от использования этого метода составляет 2657384,6 рубля на одного врача-психотерапевта.

5. Оптимальной организационной формой лечения истерического невроза у женщин является дневной психотерапевтический стационар на 8 коек.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аведисова А.С., Бородин В.И., Ахапкин Р.В. Анализ предикторов переносности тимоаналептической терапии // Рос. психиат. журн. – 2004. – № 5. – С. 24–29.
2. Бабиченко Н.А., Мачерет Е.Л. Саногенетические эффекты иглорефлексотерапии в аспекте патогенеза гипертонической болезни // Врач. дело. – 1999. – № 7 – 8. – С. 27–30.
3. Безносюк Е.В., Кучинов А.И., Юртов О.В. Психотерапия методом неосо-знаваемой аудиосуггестии при пограничных психических расстройствах // Рос. мед. журн. – 2004. – № 6. – С. 39–44.
4. Берн Э. Секс в человеческой любви: Пер. с англ. – Москва, 1997. – 351 с.
5. Вейн А.М., Воробьева О.В. Неврологические маски депрессии (эффективность тиапетина) // Журн. неврол. и психиат. – 2000. – № 6. – С. 21–23.
6. Гэри Ф. Келли. Основы современной сексологии: пер. с англ. – СПб: Питер, 2000. – 890 с.
7. Дерягин Г.Б., Сидоров П.И., Соловьёв А.Г. Мастурбация: реальный секс с виртуальным партнёром // Рос. психиат. журн. – 2002. – № 2. – С. 76–80.
8. Димов А.С., Максимов Н.И. Общеврачебные аспекты качества диагностики // Клиническая медицина. – 2008. – № 6. – С. 73 – 76.
9. Жариков Н.М., Gebhart J. Классификация психических болезней // Руководство по психиатрии. – М., 1988. – Т. I. – С. 180–201.
10. Ильина Н.А. Опыт применения велаксина (венлафаксина) при тревожных депрессиях // Журн. неврол. и психиат. – 2008. – № 3. – С. 1–5.
11. Карвасарский Б.Д. Неврозы. – М., 1990. – 572 с.
12. Кислинг Б. Целительные свойства секса: пер. с англ. – СПб: Питер, 1997. – 245 с.
13. Козловская Л.И. Любовь и сексуальность // Руководство по сексологии. – СПб: Питер, 2001. – С. 109–124.
14. Коновалов В.В. Совсем другая медицина. – СПб, 2002. – 352 с.
15. Косенко В.Г., Рамхен И.Ф., Ткаченко Н.Т. Адаптационные критерии для больных с пограничными психическими расстройствами // Кубан. науч. мед. вестн. – 2000. – № 1. – С. 39–40.
16. Кочетков В.Д., Даллакян И.Г., Михайлова А.А., Белицкая Р.А., Афанасьева В.К., Литвинова И.И. Рефлексотерапия астенических состояний при неврозах // Журн. невропатол. и психиат. – 1988. – Вып. 2. – С. 102–106.
17. Либих С.С. Нормальная сексология // Руководство по сексологии. – СПб: Питер, 2001. – С. 97–108.
18. Мачерет Е.Л., Самосюк И.З., Лысенко В.П., Коркушко А.О. Рефлексотерапия в комплексном лечении функциональных заболеваний нервной системы – Киев, 1991. – 37 с.
19. Некрасова Е.С. Рефлексотерапия в системе лечения больных с ипохондрическим синдромом: автореф. дис...канд. мед. наук. – Ленинград. – 1982.–18с.
20. Молостов В.Д. Иглотерапия. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2000. – 477 с.
21. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. – 223 с.
22. Смулевич А.Б., Дробижев М.Ю., Иванов С.В. Транквилизаторы – производные бензодиазепина в психиатрии и общей медицине. – М., 1999.
23. Ташлыков В.А. Психология лечебного процесса. – Л.: Медицина, 1984. – 192 с.
24. Ткаченко Н.Т. Опыт организации лечения неврозов в дневном психотерапевтическом стационаре районной поликлиники // Кубан. научн. мед. вестн. – 2000. – Спецвыпуск. – С. 35–36.
25. Ткаченко Н.Т. Патент на изобретение Российской Федерации № 2178287; г. Москва. 20 января 2002 г. "Способ комплексного лечения неврозов у взрослых".
26. Ткаченко Н.Т. Патент на изобретение Российской Федерации № 2202331; г. Москва. 20 апреля 2003 г. "Способ комплексного лечения вегетативно-сосудистых кризов у взрослых больных, страдающих неврозами".
27. Ткаченко Н.Т. Патент на изобретение Российской Федерации № 2203020; г. Москва. 27 апреля 2003 г. "Способ комплексного лечения диффузного токсического зоба".
28. Ткаченко Н.Т. Патент РФ на изобретение № 2321387, г. Москва. 10 апреля 2008 г. "Способ лечения хронической ежедневной головной боли".
29. Ткаченко Н.Т. Патент РФ на изобретение № 2327443, г. Москва. 27 июня 2008 г. "Способ лечения депрессии непсихотического уровня".
30. Фёдоров А.П. Застыжные неврозы и их психотерапия: автореф. дис.... д-ра мед. наук. – СПб, 1995. – 39 с.
31. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. О классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований // Журн. неврол. и психиат. им. С.С. Корсакова. – 2011. – Т. 111. – № 9. – С. 88–89.
32. Coleman E. Masturbation as means of achieving sexual health // J. Psychol. and Hum. Sex. – 2002. Vol.14. – № 2 – 3. – P. 5–16.
33. Guse S.B. The diagnosis of hysteria: what are we trying to do // Am. J. Psychiatry. – 1967. – Vol. 124. – P. 491–498.
34. Novotny V., Faltus F. Лечение большой депрессии коаксиллом и флуоксетином: 6-недельное рандомизированное двойное слепое исследование // Журн. психиат. и психофармакотерапия. – 2008. – № 3. – С. 49–51.