

Тревога и страхи у детей и подростков

Л.С. ЧУТКО*, С.Ю. СУРУШКИНА, Т.И. АНИСИМОВА

ФГБНУ «Институт мозга человека им. Н.П. Бехтеревой», Санкт-Петербург

Anxiety and fear in children and adolescents

L.S. CHUTKO, S.YU. SURUSHKINA, T.I. ANISIMOVA

Bechtereva Institute of Human Brain, Russian Academy of Sciences, St. Petersburg

Представлен обзор научных публикаций, посвященных изучению эпидемиологии, этиологии, патогенеза, основных клинических проявлений и подходов к лечению тревожно-фобических расстройств у детей.

Ключевые слова: тревожно-фобическое расстройство у детей, ноофен.

The article presents an overview of scientific publications devoted to the study of epidemiology, etiology, pathogenesis, clinical manifestations and basic approaches to treatment of anxious-phobic disorders in children.

Keywords: anxious-phobic disorders in children, noofen.

Страхи являются ведущим проявлением тревожных расстройств у детей. Различные тревожные расстройства встречаются у 15–20% детей и подростков [1]. По данным С. Essau и J. Gabbidon [2], в различные периоды в детском и подростковом возрасте частота тревожных расстройств достигает 9–32%. По мнению А.Г. Головиной [3], распространенность данной патологии гораздо выше, однако лишь незначительная часть детей с психопатологическими симптомами, достигающими клинического уровня, получают медицинскую помощь.

Средневековый врач Ибн-Сина (Авиценна) писал, что у человека в отличие от животных страх связан не только с непосредственным восприятием угрозы, но и с предчувствием того, что должно случиться то, что повредит ему. По мнению К. Изарда [4], тревога состоит из множества эмоций, одной из составляющих которых и является страх. В отличие от страха, тревога обычно беспредметна, иррациональна и не имеет конкретного стимула. Разграничение тревоги и страха обычно базируется на критерии, введенном в психиатрию К. Ясперсом, в соответствии с которым тревога ощущается вне связи с каким-нибудь стимулом («свободно плавающая тревога»), тогда как страх соотносится с определенным стимулом и объектом. Известный детский психиатр Х. Ремшмидт [5] считает, что страхи вызывают изменения на трех уровнях: на уровне переживаний опасения, ущерба и т.д.; на уровне поведения: стратегия избегания (бегство, уклонение); на физиологическом уровне: учащенные сердцебиение и дыхание, потливость.

Вместе с тем необходимо помнить, что страхи у ребенка могут быть и «нормальным» проявлением адаптации. Если страх оказывает незначительное влияние на по-

вседневную жизнь ребенка или длится всего несколько недель, то он скорее всего является частью нормального развития. Но так как дети и окружающая их среда непрерывно меняются, страхи, нормальные для одного возраста, могут стать препятствием для развития навыков социального взаимодействия в другом [6]. Тревога, возникающая как ответ на неопределенную или угрожающую ситуацию, а также на дефицит информации, является нормальной приспособительной реакцией, мобилизующей организм на случай возникновения реальной угрозы или трудной ситуации. Ч. Дарвин писал, что способность к переживанию страха, являясь врожденной особенностью человека и животных, играет значительную роль в процессе естественного отбора. По его мнению, на протяжении жизни множества поколений этот адаптивный механизм совершенствовался, поскольку побеждал и выживал тот, кто оказывался наиболее искусным в избегании и преодолении опасности.

Развитие тревожных расстройств у детей происходит при взаимодействии биологических, психологических и средовых факторов. Факторы риска включают родительскую тревожность, личностные особенности ребенка с тенденцией к замкнутому стилю поведения, травматические (негативные) стрессовые события в жизни ребенка, а также стиль воспитания.

Следует отметить и роль наследственной отягощенности по тревожным расстройствам. Исследование, проведенное С. Last и соавт. [7], показало, что тревожных детей чаще воспитывают тревожные родители, чем их нетревожных сверстников. Наследственная отягощенность по тревожным расстройствам отмечается у 40–50% детей [8]. А. Caspi и соавт. [9] предполагают, что по наследству

передается пониженная стрессоустойчивость. По мнению Э.Л. Казанцевой [10], фобические расстройства у детей и подростков преимущественно развиваются на измененной биологической и/или социально-психологической «почве», непосредственно после дополнительных острых ситуационных или соматических вредностей.

Т. O'Connor и соавт. [11] и К. Bergman и соавт. [12] изучали воздействие антенатальной материнской тревоги на развитие ребенка. Выяснилось, что высокий уровень тревожности на 32-й неделе беременности удваивает риск возникновения у ребенка эмоциональных нарушений и гиперактивности и нарушения внимания в возрасте 47 и 81 мес у мальчиков и девочек. Тревожность на 18-й неделе также способствовала развитию поведенческих и эмоциональных нарушений, но только у девочек. Особое внимание роли стресса в перинатальном периоде в возникновении тревожных расстройств у детей уделяется также в работах К. Beesdo и соавт. [1] и R. Fine и соавт. [13].

B. Van der Bergh и A. Marcoen [14] предположили, что у детей тревожных матерей моноаминергические системы мозга (в том числе гипоталамо-гипофизарная и лимбическая) могут быть пренатально запрограммированы повреждающим воздействием гормонов, опосредующих тревогу, на 12–22-й неделях гестации.

Врожденный темперамент ребенка и стиль воспитания также являются механизмами, влияющими на связь между родительской и детской тревожностью [15]. Особое внимание уделяется торможению поведения (*behavioral inhibition*) [16]. Такие дети характеризуются выраженной неуверенностью при попадании в незнакомые социальные ситуации. Примерно 15–20% детей в популяции характеризуются подобным темпераментом [17].

По мнению W. Jacobs и L. Nadel [18], в основе появления фобий лежит сочетание незрелости нервной системы (особенно, гиппокампальных структур) и опыта переживания страха. Реакция страха, возникающая при появлении опасности, развивается, но личность еще не умеет правильно дифференцировать опасные и безопасные ситуации.

A. Etkin и T. Wager [19] отметили, что у пациентов с тревожными расстройствами имеет место патологическое перевозбуждение в миндалевидном теле и инсule. При тревоге активируется «круг страха», включающий миндалевидное тело, вентральные отделы префронтальной коры и передние отделы *singulate* коры [20]. Дефицит эмоциональной регуляции не позволяет преодолеть «нормальные» страхи или привыкнуть к ним. Дисабиутация (отсутствие привыкания) страхов обуславливает возвращение преодоленного страха.

Говоря о причинах развития тревожных расстройств у детей, необходимо на первое место поставить роль психотравмирующих факторов. В.В. Ковалев [21] выделял следующие виды психотравмирующих ситуаций в детском возрасте: шоковая, ситуационная кратковременная, хроническая психотравма и эмоциональная депривация.

Согласно теории Дж. Боулби [22], детско-материнская привязанность характеризуется наличием надежных и устойчивых отношений между ребенком и ухаживающими за ним взрослыми. По мнению автора, привязанность представляет собой поведенческую систему, которая определяется близостью матери и ее заботой о ребенке. Главным фактором, предупреждающим возникновение тревоги и страха, считается формирующееся ожида-

ние того, что в опасных ситуациях объект привязанности (чаще всего это мать) будет всегда рядом. Если ребенок приобрел этот фундамент безопасности, то он осмеливается в присутствии своего объекта привязанности исследовать окружающий его мир. Вера или неверие в объект привязанности формируется в зависимости от реального опыта, с раннего детства и до подросткового возраста и, по мнению Дж. Боулби, на всю жизнь сохраняется в своем своеобразии. Наиболее важная фаза — это период от 6-го месяца до 5-го года жизни. В этом возрасте, считает автор, важнейшая задача развития ребенка — формирование привязанности. Частые проявления поведения привязанности по отношению к родителям отчетливо ослабевают лишь с началом подросткового возраста. Если ребенку не дают испытать тепло, близость и непрерывные отношения с матерью или каким-то другим объектом привязанности, то нарушается гомеостаз. Дж. Боулби называет это состояние *депривацией*. Если в раннем детстве ребенок переживает неуверенность в том, что объект привязанности находится у него в распоряжении, то, по Дж. Боулби, формируется тревожное и неуверенное поведение привязанности. У детей, считающих окружающий мир ненадежным, недоступным, враждебным или угрожающим, могут впоследствии возникать сильная тревожность и формироваться поведенческие паттерны избегания. Признаками надежной привязанности являются следующие: 1) объект привязанности может лучше других успокоить ребенка; 2) ребенок обращается за утешением к объекту привязанности чаще, чем к другим взрослым; 3) в присутствии объекта привязанности ребенок реже испытывает страх [23].

По мнению Н. Sullivan [24], если у ребенка с самого начала будет создано чувство межличностной надежности, то оно не даст развиваться тревожности. Основным источником тревожности для ребенка является неодобрение со стороны значимых людей. При этом личность — адаптационное образование, которое во многом базируется на переживании тревожности.

Описывая проявления страхов, необходимо коснуться такого понятия, как фобия — навязчивое переживание страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. Такие страхи обостряются в определенных ситуациях, носят яркий, образный, чувственный характер. Обычно переносятся чрезвычайно мучительно из-за двойственного отношения к ним — продолжающегося переживания страха на фоне понимания его необоснованности. Больные рассматривают свои переживания как болезненную слабость, безволие, странность. Существенный признак фобий — выраженная борьба с ними [25]. С.Н. Давиденков [26] утверждал, что полная сохранность критики характерна лишь вне приступов. Следует отметить, что дети, в отличие от взрослых, не всегда критично относятся к содержанию фобий. Они часто бывают убеждены, что пугающий стимул грозит серьезной опасностью. В отличие от большинства взрослых, страдающих специфическими фобиями, дети зачастую не понимают, что их страхи чрезмерны и необоснованны.

Около 2–4% детей переживают специфические фобии в какой-то период своей жизни [27]. У детей со специфическими фобиями наблюдается чрезмерный, патологический страх перед чем-либо, что представляет собой ничтожную угрозу или опасность или же вообще их не представляет.

Тревожные дети отличаются сверхчувствительностью к угрожающим событиям и тенденцией к интерпретации двусмысленных ситуаций как угрожающих.

Большая часть детских фобий связана с естественными опасностями и пугающими стимулами, которые преследовали человечество на всем пути его развития. К ним относятся: змеи, темнота, хищники, высота, кровь, громкие звуки и незнакомые места. Фобии, связанные с животными, темнотой, насекомыми, кровью и травмами, обычно возникают в возрасте 7—9 лет, что делает их похожими на страхи, характерные для нормального развития. Однако клинические фобии имеют тенденцию сохраняться гораздо более продолжительное время, чем нормальные страхи, хотя и те, и другие со временем ослабевают. Наиболее распространенные страхи у младенцев, детей и подростков по Э. Мэш и Д. Вольф [6] перечислены в таблице.

Для страхов детей дошкольного возраста характерны простое конкретное содержание и сочетание с яркими, визуальными, пугающими образами. Наиболее частым страхом является боязнь темноты (никтофобия). Дети, которых пугает темнота, боясь спать в темной комнате и стремятся оставаться в родительской постели.

В младшем школьном возрасте часто отмечается страх одиночества (изолафобия). Данный страх можно отнести к проявлениям агорафобии. Термин «агорафобия» употребляется здесь в более широком смысле, чем при его изначальном введении, или как он до сих пор трактуется в некоторых странах. Теперь он включает страхи не только открытых пространств, но также близких к ним ситуаций, таких как наличие толпы и невозможность сразу же вернуться в безопасное место (обычно — домой).

При взрослении ребенка возникают опасения, связанные с состоянием здоровья и смертью [28]. Х. Ремшмидт [5] отмечает, что к возрасту завершения пубертата лидирующую позицию среди страхов начинают занимать опасения, связанные с социумом.

А.Г. Головина [3] пишет, что если в 60—70-е годы исследователи регистрировали высокую частоту таких феноменов, как страх перед космическим пространством, вторжением инопланетян, то к концу XX века они отмеча-

ются все реже и в последние годы практически не упоминаются и, наоборот, появились мистические страхи, порожденные потоком информации, культивирующей предрассудки и суеверия, поддерживающей склонность к «магическому мышлению» (страх домовых, духов, привидений, оборотней, вампиров).

Проведенное нами ранее исследование [29] показало, что психическое состояние детей с тревожно-фобическими расстройствами характеризуется коморбидными нарушениями внимания и памяти. Психофизиологическое исследование с помощью теста непрерывной деятельности TOVA (the Test of Variables of Attention) выявило у детей с фобиями достоверное повышение показателей невнимательности и, особенно, импульсивности по сравнению с детьми из контрольной группы. Кроме того, психологические исследования показали, что у детей с данной патологией показатели кратковременной слухоречевой и зрительной памяти достоверно ниже соответствующих показателей, наблюдаемых у их здоровых сверстников. На связь мнестических и тревожных расстройств у детей указывали также R. Vasa и соавт. [30]. Можно предположить, что в основе коморбидности фобических расстройств и когнитивных нарушений лежат изменения пластичности нервной системы.

Ведущую роль в терапии невротических страхов играют транквилизаторы (анксиолитики). В эту группу входят психофармакологические средства, уменьшающие проявления тревоги, эмоциональную напряженность, страхи. Учитывая побочные эффекты препаратов из группы бензодиазепинов, в последнее время для лечения тревожных расстройств более активно используются небензодиазепиновые транквилизаторы.

Наряду с ними широкое применение в лечении данной патологии получили так называемые транквилоноотропы, ярким представителем которых является ноофен (aminophenylbutyric acid). Отличительная особенность препарата ноофен заключается в том, что он обладает свойствами и транквилизирующего, и ноотропного препарата. Ноотропное свойство основано на антигипоксическом действии, улучшении ГАМКергической нейромедиаторной передачи, повышении энергетических ресур-

Страхи, возникающие в младенчестве, детстве и подростковом возрасте [6]

Возраст	Объект страха
0—6 мес	Потеря физической поддержки, громкие звуки
7—12 мес	Незнакомые люди; внезапное, неожиданное появление предметов или предметы угрожающего вида
1 год	Разлука с родителями, травма, гигиена, незнакомые люди
2 года	Громкие звуки, животные, темная комната, разлука с родителями, крупные предметы или машины, изменения окружающей обстановки
3 года	Маски, темнота, животные, разлука с родителями
4 года	Разлука с родителями, животные, темнота, шум
5 лет	Животные, «плохие» люди, темнота, разлука с родителями, физическая травма
6 лет	Сверхъестественные существа (например, привидения или ведьмы), физическая травма, гром и молния, темнота, засыпание в одиночестве, пребывание в одиночестве, разлука с родителями
7—8 лет	Сверхъестественные существа, темнота, события, показанные в программах новостей, пребывание в одиночестве, физическая травма
9—12 лет	Тесты и экзамены в школе, школьная успеваемость, физическая травма, внешность, гром и молния, смерть
Подростковый возраст	Личные отношения, внешность, школа, политические вопросы, будущее, животные, сверхъестественные явления, природные бедствия, безопасность

сов, активации метаболических процессов, улучшении функциональных особенностей нейронов. Необходимо учитывать, что ноофену (как производному фенилэтиламина) присущи дофаминмиметические свойства, которые усиливают его антиастеническое действие. Кроме ноотропного ноофен оказывает и умеренное транквилизирующее (анксиолитическое) действие, уменьшая напряженность, тревогу, страх, эмоциональную лабильность, слезливость, раздражительность, нормализует сон [34, 35].

Транквилизирующее действие ноофена связано с его способностью усиливать контролируемую функцию кортикальных структур над субкортикальными, в том числе и лимбическими, за счет патогенетического воздействия: улучшения ГАМКергической нейромедиаторной передачи [35]. Анксиолитическое действие препарата проявляется как в снижении тревожности, так и в уменьшении страха перед речью, что очень важно в лечении заикания. По мнению О.С. Чабана и Е.А. Хаустовой (2009), фармакологическое действие ноофена имеет дозозависимый характер: с увеличением дозы препарата увеличивается его транквилизирующая активность [36].

Сочетание данных эффектов является большим преимуществом ноофена, так как позволяет принимать лишь один препарат вместо двух с изолированным действием. Это особенно важно при использовании лекарственных средств у детей.

Ноофен выпускается в капсулах по 250 мг. Использование лекарственной формы в виде капсул позволяет повысить усвоение препарата и защитить слизистую оболочку желудка. Ноофен назначается детям от 8 до 14 лет — по 250 мг 2–3 раза/сут, старше 14 лет — по 250–500 мг 3 раза/сут в течение 4–6 нед.

С учетом того, что частыми спутниками тревожных расстройств у детей являются тики и заикание, очень важны результаты проведенных нами исследований, свидетельствующие о высокой клинической эффективности ноофена при лечении тиков как преходящих, так и хронических [37].

Кроме этого, применение ноофена позволило добиться уменьшения заикания. Улучшение было получено у большинства пациентов как с невротическим, так и с неврозоподобным вариантом данного расстройства. Повторные психологические исследования после окончания курса лечения выявили уменьшение показателей тревожности у 83% детей с заиканием. Необходимо отметить, что у пациентов с невротическим заиканием отмечалось уменьшение логофобии (страх перед речью).

Сравнительный анализ результатов электроэнцефалографического исследования показал, что после окончания курса ноофена отмечалась положительная динамика в виде возрастания представленности альфа-активности в затылочных областях, что свидетельствует об улучшении функционального состояния головного мозга [37].

Кроме этого, нами было показано, что применение ноофена позволяет значительно уменьшить проявления затяжных тревожно-фобических расстройств. Следует особенно отметить выраженное снижение проявлений вегетативной дисфункции после лечения. Результаты психофизиологических исследований позволили подтвердить клинические данные и свидетельствовали об уменьшении нейрокогнитивного дефицита после курса ноофена [38].

Важной особенностью препарата является низкая частота возникновения побочных эффектов. В редких случаях на фоне приема ноофена отмечалась преходящая дневная сонливость или, наоборот, регистрировалось повышение двигательной активности и появление трудностей при засыпании. Эти нежелательные симптомы могут появиться в начале курса и проходят через 2 недели в ходе лечения. Необходимо отметить, что данные проявления не приводят к прерыванию терапии. Других побочных явлений выявлено не было.

Таким образом, ноофен является высокоэффективным и безопасным средством лечения тревожных расстройств у детей и подростков.

ЛИТЕРАТУРА

1. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatr Clin North Am.* 2009;32(3):483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002.
2. Essau CA, Gabbidon J. *Epidemiology, comorbidity and mental health service utilization.* In: *The Wiley-Blackwell handbook of the treatment of childhood and adolescent anxiety eds.* Chichester: Wiley-Blackwell; 2013; 23-42. doi: 10.1002/9781118315088.
3. Головина А.Г. Фобии в детском и подростковом возрасте. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 2009;109:10:73-80.
4. Изард К. *Психология эмоций.* СПб.: Питер; 2007.
5. Ремшмидт Х. *Детская и подростковая психиатрия.* М.: ЭКСМО; 2001.
6. Мэш Э., Вольф Д. *Детская патопсихология: Нарушения психики ребенка.* Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак; 2003.
7. Last CG, Hersen M, Kazdin AE, Francis G, Grubb HJ. Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *Am J Psychiatry.* 1987;144(12):1580-1583. doi: 10.1176/ajp.144.12.1580.
8. Thapar A, McGuffin P. Are anxiety symptoms in childhood heritable? *J Child Psychol Psychiatry.* 1995;36(3):439-447. doi: 10.1111/j.1469-7610.1995.tb01301.x.
9. Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science.* 2003;301:386-389. doi: 10.1126/science.1083968.
10. Казанцева Э.Л. *Фобические расстройства у детей и подростков (условия развития, клико-динамические закономерности и прогноз):* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М. 2003. Доступно по <http://www.dissertat.com/content/fobicheskie-rasstroistva-u-detei-i-podrostkov-usloviyarazvitiya-kliniko-dinamicheskie-zakon>. Ссылка активна на 16.09.15.
11. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Glover V. Maternal anxiety and behavioral/emotional problems in children: A test of a programming hypothesis. *J Child Psychology Psychiatry.* 2003;44(7):1025-1036. doi: 10.1111/1469-7610.00187.
12. Bergman K, Sarkar P, O'Connor TG, Modi N, Glover V. Maternal stress during pregnancy predicts cognitive ability and fearfulness in infancy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(11):1454-1463. doi: 10.1097/chi.0b013e31814a62f6.
13. Fine R, Zhang J, Stevens HE. Prenatal stress and inhibitory neuron systems: implications for neuropsychiatric disorders. *Mol Psychiatry.* 2014;19(6):641-651. doi: 10.1038/mp.2014.35.
14. Van der Bergh B, Marcoen A. High antenatal maternal anxiety is related to ADHD symptoms, externalizing problems, and anxiety in 8- and 9-year-olds. *Child development.* 2004;75(4):1085-1097. doi: 10.1111/j.1467-8624.2004.00727.x.
15. Kopley HO, Ostrander R. Family characteristics of anxious ADHD children: preliminary results. *J Atten Disord.* 2007;10(3):317-323. doi:10.1177/1087054706288102.

16. Degnan KA, Almas AN, Fox NA. Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(4):497-517. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02228.x.
17. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Ann Rev Psychology*. 2005;56:235-262. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141532.
18. Jacobs WJ, Nadel L. Stress-induced recovery of fears and phobias. *Psychol Rev*. 1985;92(4):512-531. doi: 10.1037//0033-295x.92.4.512.
19. Etkin A, Wager TD. Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *Am J Psychiatry*. 2007;164(10):1476-1488. doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07030504.
20. McClure EB, Adler A, Monk CS, Cameron J, Smith S, Nelson EE, Leibenluft E, Ernst M, Pine DS. MRI predictors of treatment outcome in pediatric anxiety disorders. *Psychopharmacology (Berl)*. 2007;191(1):97-105. doi: 10.1007/s00213-006-0542-9.
21. Ковалев В.В. *Психиатрия детского возраста: Руководство для врачей*. М.: Медицина; 1979.
22. Боулби Дж. *Создание и разрушение эмоциональных связей*. М.: Акад проект; 2006.
23. Микиртумов Б.Е., Кошавцев А.Г., Гречаный С.В. *Клиническая психиатрия раннего детского возраста*. СПб.: Питер; 2001.
24. Sullivan HS. *The Interpersonal theory of psychiatry*. NY. 1953.
25. Карвасарский Б.Д. *Неврозы*. М.: Медицина; 1990.
26. Давиденков С.Н. *Неврозы*. Л.: Медгиз; 1963.
27. Essau C.A. Anxiety in children: When is it classed as a disorder that should be treated? *Expert Rev Neurotherapeutics*. 2007;7(8):909-911. doi: 10.1586/14737175.7.8.909.
28. Bell-Dolan DJ, Last CG, Strauss CC. Symptoms of anxiety disorders in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1990;29(5):759-765. doi: 10.1097/00004583-199009000-00014.
29. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Быкова Ю.Л., Юрьева Р.Г. Когнитивные нарушения у детей с тревожно-фобическими расстройствами. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2011;111:70-72.
30. Vasa RA, Roberson-Nay R, Klein RG, Mannuzza S, Moulton JL 3rd, Guardino M, Merikangas A, Carino AR, Pine DS. Memory deficits in children with and at risk for anxiety disorders. *Depress Anxiety*. 2007;24(2):85-94. doi: 10.1002/da.20193.
31. Громов Л.А., Дудко Е.Т. «Типичные» и «атипичные» транквилизаторы. *Вестник фармакологии и фармации*. 2003;10:11-17.
32. Марушкин Д.В., Раевская Л.Г. *Новые пути фармакотерапии неврозов у детей*. Волгоград. 2007.
33. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Анисимова Т.И., Бондарчук Ю.Л. Когнитивные нарушения у пациентов с генерализованным тревожным расстройством. *Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина*. 2013;3:11-14.
34. Свиницкий А.С., Воронков Е.Г. *Новая группа психотропных средств — транквилизаторы с ноотропным компонентом, их место в повседневной врачебной практике*. Киев. 2001.
35. Сыропятов О.Г., Дзеружинская Н.А., Яновский С.С. Место ноофена в лечении тревожных расстройств у пациентов в общей медицинской практике (аналитический обзор). *Украинский вестник психоневрологии*. 2004;12(1):90-93.
36. Чабан О.С., Хаустова Е.А. *Терапия пациентов с тревожными синдромами в рамках невротических и психосоматических расстройств. Современные подходы к терапии внутренних болезней*. Киев. 2009.
37. Сурушкина С.Ю., Чутко Л.С., Айтбеков К.А., Никишена И.С., Бондарчук Ю.Л. Тики и заикание: Коморбидность и подходы к терапии. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 2014;114:10:42-44.
38. Чутко Л.С., Сурушкина С.Ю., Яковенко Е.А., Никишена И.С., Бондарчук Ю.Л. Когнитивные и эмоциональные нарушения у пациентов с затяжными тревожно-фобическими расстройствами. *Терапевтический архив*. 2014; 12: 61-65.