

КЛИНИКО-ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

И. Дороженок, кандидат медицинских наук
Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
E-mail: idoro@bk.ru

Для лечения психических расстройств с помощью психотерапии в условиях соматического стационара и при амбулаторном наблюдении рекомендованы современные эффективные и безопасные препараты 1-го ряда, дифференцированно назначаемые при соматоформных, аффективных и тревожных расстройствах.

Ключевые слова: психосоматика, психотерапия, анксиолитики, Афобазол, тревожные расстройства, соматоформные расстройства, нозогенные реакции.

В клинической практике врачи ежедневно встречаются со случаями аффективных, невротических (конверсионно-ядиссоциативных, тревожных, обсессивно-компульсивных, астенических) расстройств, соматоформной психической патологии (преимущественно с тревожно-фобическими, сенсо-ипохондрическими, алгическими симптомокомплексами), а также психогенными (нозогенными) реакциями¹ на наличие соматического заболевания. То есть речь идет о широком спектре психических расстройств, накапливающихся в общемедицинской сети (рис. 1).

Психическая патология в общемедицинской сети представлена в рамках психосоматического континуума (рис. 2), на одном полюсе которого располагаются психические расстройства, реализующиеся в соматической сфере, на другом — нозогении и «психосоматические» заболевания [4].

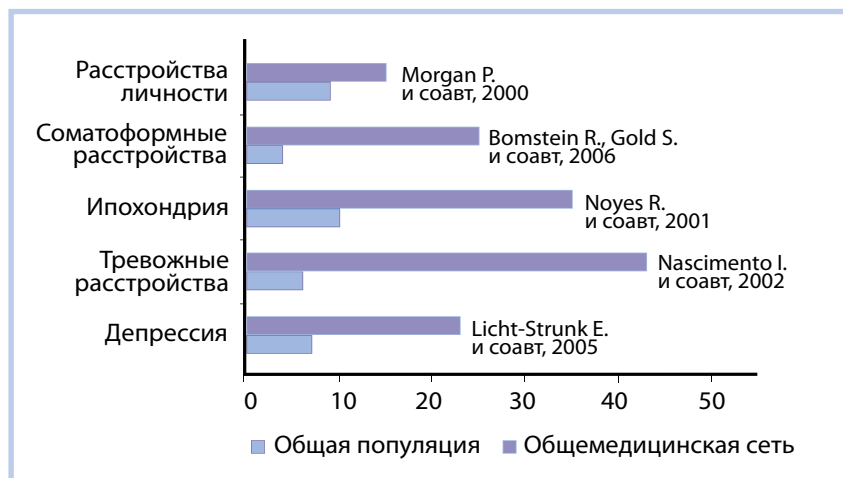


Рис. 1. Распространенность психических расстройств в популяции и общемедицинской сети

¹Нозогенные (психогенные) реакции обусловлены психотравмирующим воздействием соматического заболевания, связанным с субъективно тяжелыми проявлениями болезни, распространенными среди населения представлениями об опасности диагноза, ограничениями, налагаемыми соматическим страданием на бытовую и профессиональную деятельность. — *Примеч. автора.*

Органные невроты — один из вариантов психосоматической патологии, структуру которой определяют функциональные расстройства внутренних органов (систем) при участии пограничной психической и субклинической соматической патологии (рис. 3). Клинические проявления органных невротозов отличаются значительным полиморфизмом. В случаях с относительно изолированными нарушениями функций того или иного органа или системы выделяют отдельные варианты невротозов — кардионевроз (синдром Да Коста — СДК), дыхательный невроз (синдром гипервентиляции), невроз раздраженного пищевода, раздраженного желудка (гастроневроз), раздраженной кишки (неязвенная диспепсия), раздраженной толстой кишки (СРТК/СРК), невроз раздраженного мочевого пузыря и т.д. Наиболее распространенные варианты органных невротозов — кардионевроз, гипервентиляционный синдром (СГВ), СРТК, психогенный зуд (кожный органный невроз).

Симптоматика кардионевроза включает довольно длительные (не менее 1 мес) кардиалгии, ощущение усиленного сердцебиения, изменения ритма сердечных сокращений (преимущественно суправентрикулярные формы тахикардии и экстрасистолии). Гипервентиляционный синдром определяется пароксизмальными состояниями «удушья» (с ощущением неполноты вдоха, недостаточного прохождения воздуха через дыхательные пути), сочетающимися с симптомами тревоги. Дыхательные расстройства отличаются полиморфизмом: диспноэ с ощущением неполноты вдоха, чувством нехватки воздуха с желанием «наполнить легкие кислородом», пароксизмальным поперхиванием и зевотой. Основными проявлениями СРТК являются нарушения моторной функции толстой кишки и абдоминалгии. Нарушения моторики толстой кишки проявляются изменениями стула. Примерно у половины пациентов выявляется запор, а диарея и смешанные варианты (пережающая диарея и запор) распределяются примерно поровну. Вторым ведущим клиническим признаком СРТК является болевой синдром — абдоминалгии, обостряющиеся на фоне позывов на дефекацию и редуцирующиеся (полностью или частично) непосредственно после дефекации.

Сенсоипохондрия (кожный органный невроз) характеризуется рядом особенностей:

- функциональный зуд в отсутствие кожных высыпаний (в том числе артефактных «невротических эксфолиаций»);
- вариабельность субъективных характеристик зуда: «болезненное покалывание, будто от множества иголок», «покусывание», «ползание мурашек», «болезненные проколы, как при комарином укусе»;
- изменчивость, локализация и интенсивность зуда;
- ипохондрические опасения и нозофобии, а также диагностическая активность, ассоциированные с ключевым симптомом — зудом;
- преходящие проявления «псевдоаллергии» по типу вегетативной дисфункции: «нестойкая эритема, транзиторная уртикарная сыпь»;

- сочетанные соматизированные феномены: конверсионные (истералгии, телесные фантазии) и соматовегетативные (субклинические проявления кардио-, термоневроза, синдрома гипервентиляции и СРТК);
- соматоперцептивная акцентуация по типу невропатии с конституционально обусловленной гиперчувствительностью кожных покровов к условно патогенным воздействиям.

Говоря о кожном органном неврозе, необходимо отметить, что кожа является важнейшим органом рецепторно-опосредованного осознания собственного тела и способности воспринимать его контакт с окружающим, по сути представляя собой экран, состоящий из сенсорных рецепторов, объединенных воедино сетью соединительно-тканых и сосудистых структур. С учетом значения перцептивной функции кожи очевидно закономерное вовлечение этого органа в формирование ряда психических расстройств (табл. 1).

Невротические эксориации («психогенные эксориации») — компульсивные действия, сопровождающиеся самоповреждениями, которым нередко предшествуют сенсорные феномены, ощущения дискомфорта, жжения, зуда кожных покровов. Стремление к повторному расчесыванию, удалению несуществующей сыпи приводит к образованию на фоне прежде неизменной кожи лица, верхнего плечевого пояса, разгибательной поверхности плеч и предплечий свежих эксориаций, постепенно регрессирующих с образованием поверхностных или более глубоких рубцов. В отличие от проявлений патомимии невротические эксориации, как правило, эгодистонны. Пациенты не только осознают патологический характер obsessions, но и рассматривают собственные действия в качестве причины повреждений (рис. 4).

Ограниченная (*circumscripta*) ипохондрия — идиопатические алгии, сенесталгии с синдромом сверхценной одержимости. Охваченность патологическими телесными ощущениями (нестерпимая боль, жжение и др.), локализующимися в топографически ограниченной зоне (определенный участок кожи — наружный угол верхнего века, нижняя часть левой щеки), сопровождается непреодолимой потребностью к избавлению от мучительных ощущений любым путем, вплоть до самоповреждений, самоувечий. Пациенты могут наносить себе серьезные повреждения, в том числе требующие хирургической коррекции.

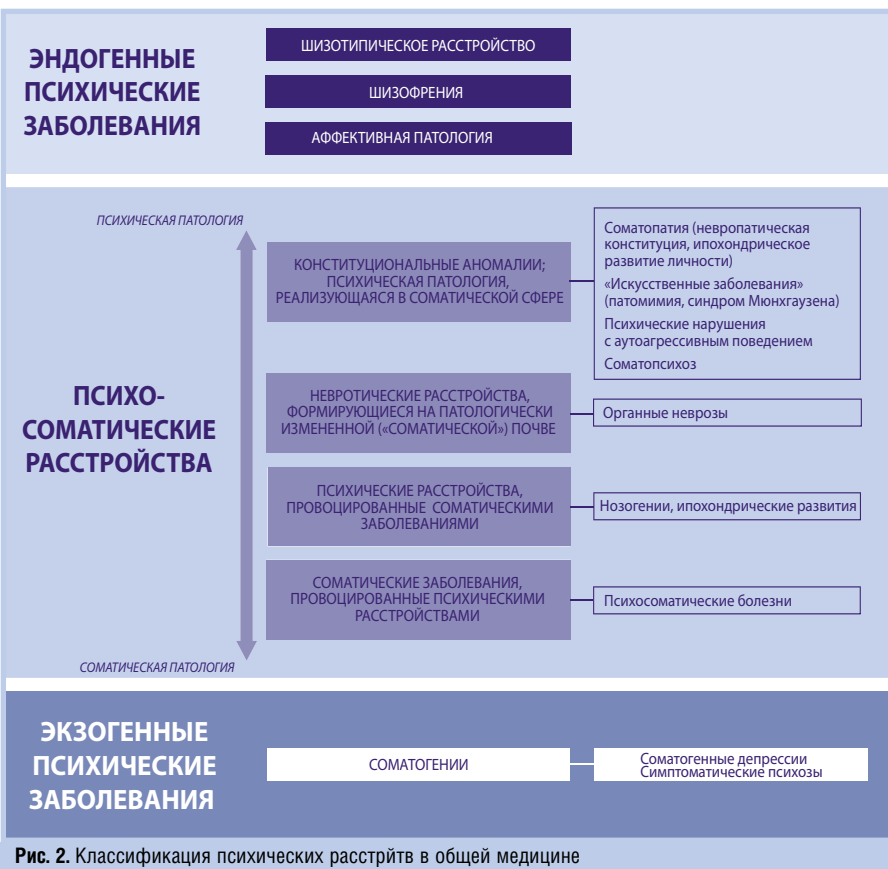


Рис. 2. Классификация психических расстройств в общей медицине

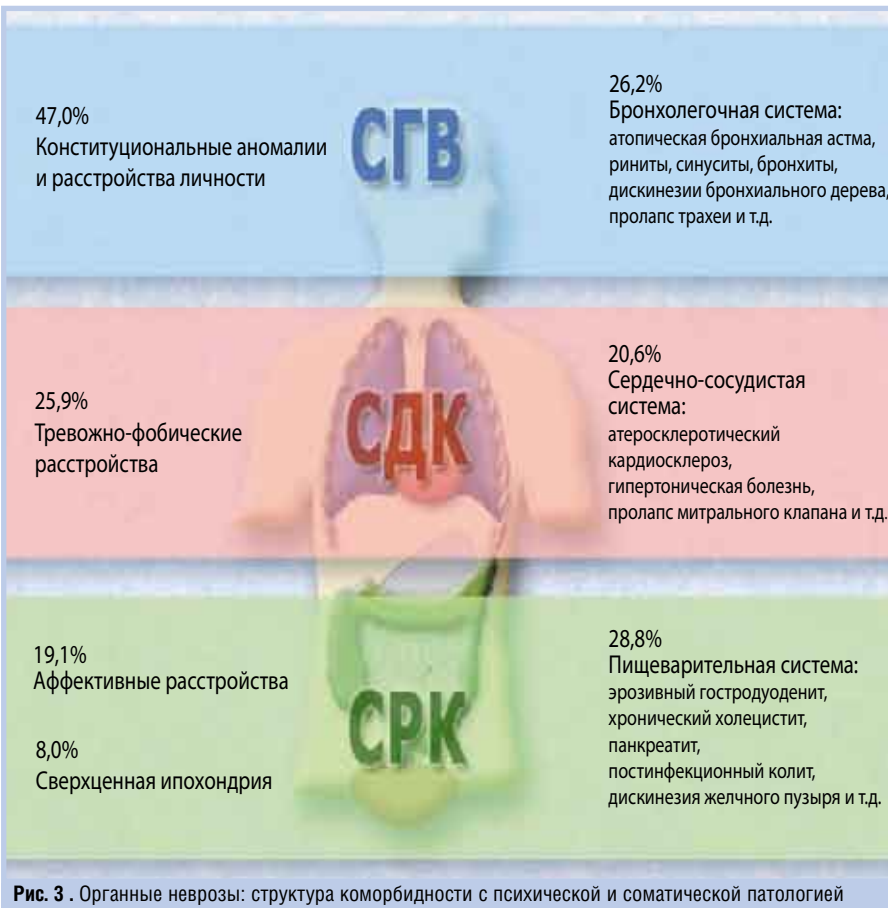


Рис. 3. Органные неврозы: структура коморбидности с психической и соматической патологией

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

Ведущим методом лечения психических расстройств в общемедицинской практике является **психофармакотерапия**. Наряду с медикаментами можно использовать фито- и психотерапию. Как показывает опыт оказания специализированной помощи данному контингенту больных, необходим дифференцированный клинический подход с учетом тяжести и сложности психопатологических расстройств [1]. Терапию ипохондрического бреда, выраженных форм соматоформных расстройств, эндогенных депрессий, биполярных

расстройств, непсихотических депрессий с высоким суицидальным риском показано проводить в условиях психиатрического стационара при консультативной помощи интерниста.

Психофармакотерапию можно успешно проводить в соматическом стационаре либо амбулаторно при консультативной помощи психиатра в случае неглубокой выраженности психической патологии: тревожные расстройства, органические невроты, нозогенные тревожно-депрессивные реакции на проявления соматического заболевания, непсихотические депрессии (при отсутствии суицидальных тенденций), коморбидные соматической патологии.

В настоящее время в психосоматике применяют преимущественно психотропные средства **1-го ряда** [5]: антидепрессанты новых поколений (табл. 2), анксиолитики, а также некоторые нейролептические средства («малые» нейролептики, современные атипичные антипсихотики) (табл. 3). В число препаратов 1-го ряда включены медикаменты, в наибольшей мере соответствующие требованиям общемедицинской сети: минимальная выраженность нежелательных нейротропных и соматотропных эффектов, которые могли бы нарушить функции внутренних органов, вызвать/усилить кожные аллергические реакции, а также реакции ЦНС; ограниченность признаков поведенческой токсичности; низкая вероятность нежелательных взаимодействий с соматотропными препаратами; безопасность при передозировке; простота использования (возможность назначения фиксированной дозы препарата или минимальная потребность в ее титрации).

К препаратам **2-го ряда** отнесены психотропные средства, показанные для применения в специализированных психиатрических медицинских учреждениях. Они дают выраженный психотропный эффект (антипсихотический, антидепрессивный, анксиолитический и др.), несмотря на повышающийся при этом риск побочного (как нейротропного, так и соматотропного) действия, а также неблагоприятных последствий взаимодействий с соматотропными средствами.

С большой осторожностью необходимо применять препараты 2-го ряда – трициклические и гетероциклические антидепрессанты: амитриптилин, имипрамин (мелипрамин), кломипрамин (анафранил), мапротилин (лудиомил); антипсихотики (хлорпромазин, галоперидол, клозапин), особенно у больных пожилого и старческого возраста в связи с опасностью возникновения

Таблица 1

Классификация психосоматических расстройств в дерматологии (А. Смулевич, 2010)

Психодерматологические синдромы	Характеристика зуда
Психические расстройства с преимущественной проекцией на кожные покровы (первичные психические нарушения): • ипохондрический бред (дерматозойный, дисморфический); • ипохондрия с аутодеструктивными тенденциями – патомимия (ограниченная ипохондрия, невротические эксфолиации, эксфолированные акне, трихотилломания, онихофагия); • сенсоипохондрия (кожный органический невроз)	Функциональный (соматический, «психогенный») зуд
Психические расстройства, спровоцированные дерматологической патологией (вторичные и коморбидные психические нарушения): • нозогенные реакции (депрессивные, тревожно-фобические, сенситивные); • патологические развития личности при хронических дерматозах	Амплифицированный зуд
Дерматологическая патология, спровоцированная психическими расстройствами (психосоматические болезни): атопический дерматит, пруриго, крапивница и т.д.	Дерматологический зуд

Таблица 2

Классификация антидепрессантов 1-го и 2-го (выделено цветом) ряда по механизму

Класс	Препараты
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСН)	<i>Неселективные:</i> ТЦА: имипрамин, кломипрамин, амитриптилин и др. <i>Селективные:</i> СИОЗСН – дулоксетин, милнаципран, венлафаксин
Ингибиторы моноаминоксидазы (ИМАО)	<i>Необратимые:</i> фенелзин, ниламид <i>Обратимые ИМАО типа А:</i> ИОМАО-А – моклобемид, пиразидол
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)	Пароксетин, сертралин, флувоксамин, флуоксетин, циталопрам, эсциталопрам
Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина (СИОЗН)	Ребоксетин, томоксетин
Ингибиторы обратного захвата серотонина/антагонисты серотонина (ИОЗСАС)	Тразодон
Селективные ингибиторы обратного захвата норадреналина/антагонисты норадреналина (СИОЗНАН)	Мапротилин , миансерин
Антагонисты пресинаптических α_2 -адренорецепторов и постсинаптических серотониновых рецепторов (ААСР)	Миртазапин
Селективные стимуляторы обратного захвата серотонина (ССОЗС)	Тианептин
Агонисты мелатонинергических (M ₁ и M ₂) рецепторов и антагонисты серотонинергических 5-HT _{2C} рецепторов	Агомелатин

спутанности (делириозные состояния, протекающие с нарушением сознания, дезориентировкой во времени, пространстве и собственном состоянии, изменениями цикла сон–бодрствование, расстройством внимания и памяти, вспышками психомоторного возбуждения, иллюзорно-галлюцинаторными феноменами), а также вследствие возможного развития тяжелых аллергических реакций.

Наибольшая вероятность развития побочных эффектов при терапии антидепрессантами возникает у пациентов с тяжелыми соматическими заболеваниями, а также у лиц пожилого возраста с повышенной чувствительностью к психотропным средствам. К основным побочным эффектам антидепрессантов относятся антихолинэргические нарушения ЦНС и вегетативной нервной системы, сердечно-сосудистой системы, осложнения со стороны органов кроветворения, обменно-эндокринные нарушения (изменения массы тела, дисфункции половой сферы, аллергические реакции). Побочные эффекты чаще появляются на начальных этапах лечения (в первые 2 нед) и сохраняются иногда на протяжении 3–4 нед терапии, а затем подвергаются обратному развитию. При стойких или выраженных нарушениях показано снижение доз, а при необходимости – прекращение терапии. К препаратам 1-го ряда среди транквилизаторов относятся анксиолитики/гипнотики:

- бензодиазепины: диазепам (валиум, релиум, реланиум, седуксен и др.); хлордиазепоксид (элениум, либриум); бромазепам (лексотан); лоразепам (лорафен, ативан, мерлит, трапекс); тофизопам (грандаксин); феназепам; клоназепам (ривотрил); клобазам (фризиум); нитразепам (эуноктин, радедорм); флуразепам (апо-флурезапам, далмадор, стауродорм); алпразолам (ксанакс, алзолам); триазолам (хальцион); мидазолам (дормикум);
- производные бензимидазола: афобазол;
- производные дифенилметана: гидроксизин (атаракс);
- производные бензоксазина: этифоксин (стрезам);
- гетероциклические производные: бупирон (буспар); зопиклон (имован); золпидем (ивадал).

Безопасность использования транквилизаторов в общемедицинской сети связана с большим разрывом между терапевтическими и летальными дозами, отсутствием неблагоприятных влияний на деятельность функциональных систем организма и интеракции с соматотропными препаратами. Транквилизаторы бензодиазепинового ряда наиболее показаны для снятия острых тревожных состояний (например, панических

атак). При длительном применении бензодиазепинов усиливается толерантность и учащается формирование лекарственной зависимости, поэтому курс лечения данными препаратами ограничивается несколькими неделями.

Развитие нежелательных явлений, в том числе поведенческой токсичности, при использовании бензодиазепинов, существенно ограничивает их применение в психосоматике.

Среди основных негативных эффектов бензодиазепинов:

- поведенческая токсичность: дневная сонливость; замедление когнитивных процессов; снижение

Таблица 3

Антипсихотические средства	
Препараты 1-го ряда	Препараты 2-го ряда
Производные фенотиазина: • алимемазин (тералиджен) • промазин (пропазин) • тиоридазин (сонапакс) • перфеназин (этаперазин)	Производные фенотиазина: • левомепромазин (тизерцин) • хлорпромазин (аминазин) • перициазин (неулепил) • пипотиазин (пипортил) • трифлуоперазин (трифтазин)
Производные тioxантена: • хлорпротиксен (труксал) • флулентиксол (флуанксол)	Производные бутирофенона: галоперидол (галдол)
Бензамиды: • сульпирид (эглонил) • тиаприд (тиапридал)	Атипичные антипсихотики: клозапин (лепонекс)
Атипичные антипсихотики: • оланзапин (зипрекса) • рисперидон (рисполепт) • кветиапин (сероквель) • зипразидон (зелдокс)	Препараты пролонгированного действия



Рис. 4. Невротические («психогенные») экскориаии

остроты реакции; снижение внимания; снижение памяти;

- затруднения при отмене терапии с опасностью развития: синдрома отмены; рецидива психопатологических расстройств; физической зависимости.

Альтернативой служит применение анксиолитиков других групп.

Появление в клинической практике принципиально нового отечественного транквилизатора Афобазола, который относится к производным меркаптобензимидазола и не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов, существенно расширяет возможности терапии психосоматических расстройств тревожного спектра.

ЧАСТНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕРАПИИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

При терапии соматоформных и ипохондрических расстройств в психосоматике традиционно используют антидепрессанты различной химической структуры как трициклические (в частности, доксепин), так и современные, относящиеся к СИОЗС (флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин) [8]. Однако эффективность монотерапии антидепрессантами при таких широко распространенных в психосоматике нарушениях, как невротические эксориации, в среднем не превышает 50%, что свидетельствует о необходимости использовать комбинированную терапию, включающую антидепрессант и антипсихотик. В наших исследованиях (в выборке было 85 пациентов) использовали различные антипсихотики, из которых к более широкому применению можно рекомендовать хлорпротиксен, сульпирид, алимемазин.

При терапии депрессий в общей медицине, включая депрессии с болевым синдромом, традиционно использовали трициклические антидепрессанты [7]. При достаточной высокой антидепрессивной активности (в среднем 60–70%) отмечен ряд побочных эффектов при приеме данных препаратов, которые у больных с психосоматической патологией, как правило, бывают непереносимы и приводят к отмене антидепрессанта. По результатам наших исследований (n=120), препаратами выбора в настоящее время являются антидепрессанты 1-го ряда, рекомендуемые для применения в общей медицинской практике: СИОЗС (флувоксамин, пароксетин, сертралин, циталопрам); антидепрессанты двойного действия (венлафаксин, милнаципран); ОИМАО-А (пиразидол) прежде всего благодаря благоприятному спектру клинических эффектов.

Следует помнить, что в отличие от тревожных расстройств (когда можно использовать психотропные препараты разных классов, обладающие анксиолитическим эффектом) терапию депрессий проводят только единственным классом препаратов — антидепрессантами, а транквилизаторы применяют лишь временно для купирования отдельных симптомов депрессии (тревоги и бессонницы). При лечении депрессий с субпсихотическими расстройствами (прежде всего в случае их коморбидности с шизофренией) в сочетании с антидепрессантами используют атипичные антипсихотические препараты (кветиапин, рисперидон) [1].

На клинических базах кафедры психиатрии и психосоматики ФППО Первого МГМУ им. И.М. Сеченова к настоящему времени накоплен обширный практический опыт по применению небензодиазепинового анксиолитика

Афобазола при монотерапии неглубоких ипохондрических, невротических и психогенных расстройств тревожного спектра, а также при комбинированной терапии тревожно-фобических, соматоформных, тревожно-депрессивных нарушений.

Так, Афобазол назначали в качестве монотерапии при психогенных (преимущественно нозогенных) тревожных, соматизированных, ипохондрических расстройствах у пациентов с дерматологической [2], кардиологической [3] и онкологической патологией [6].

Препарат принимали курсами длительностью 42 дня (6 нед) 3 раза в сутки независимо от приема пищи. Начальная доза Афобазола составляла 30 мг/сут, при неэффективности терапии допускалось увеличение дозы до 60 мг/сут.

Улучшение состояния при терапии Афобазолом отмечалось уже к концу 1-й недели и становилось существенно выраженным к середине 2-й недели исследования. Клинический эффект Афобазола заключался наряду с редукцией общего уровня тревоги в дезактуализации стрессогенных кататимных переживаний, снижении интенсивности тревожно-ипохондрических опасений, редукции соматовегетативных расстройств. Позитивным терапевтическим фактором явилось постепенно развивающееся мягкое активирующее действие препарата, способствующее нормализации когнитивных функций.

Препарат пациенты переносили хорошо. Связанных с приемом Афобазола нежелательных явлений, которые послужили бы причиной преждевременного прекращения терапии, не отмечалось. Все больные полностью завершили 6-недельный курс лечения, что является показателем высокой безопасности препарата, особенно в условиях сочетания с базисной терапией соматотропными средствами.

Представляем собственный практический опыт использования Афобазола в рамках комбинированной терапии психических расстройств в общей медицинской практике (62 наблюдения, длительность приема 6–12 нед).

При терапии выраженных психогенных тревожных реакций, провоцирующих обострение заболевания, стойкого улучшения состояния удалось добиться путем комбинации Афобазола (20–60 мг/сут) с сульпиридом (100–200 мг/сут), традиционно используемым при широком круге тревожных и соматоформных расстройств.

При тревожно-ипохондрических нозогенных реакциях происходит утрирование проявлений соматической патологии за счет соматизированной тревоги (стойкая фиксация на своем состоянии, регистрация малейших изменений самочувствия, тщательный анализ результатов терапевтических мероприятий, соматовегетативные нарушения с жалобами на мучительные, прежде всего алгические, телесные сенсации). В этом случае Афобазол принимали утром и днем (20–40 мг/сут) в сочетании с кветиапином (25–100 мг на ночь) — современным атипичным антипсихотиком, имеющим тропность к патологическим телесным сенсациям различной психопатологической структуры.

Нозогенные реакции с тревожно-фобической симптоматикой характеризуются доминированием навязчивых страхов (например, социофобии при фациальной локализации хронических дерматозов), связанных с болезненным восприятием соматического заболевания, идеями неполноценности, обостренной мнительностью и избегающим поведением. При терапии данных состояний наиболее

эффективной оказалась комбинация максимальных дозировок Афобазола (40–60 мг/сут) с СИОЗС: флювоксамином (150–200 мг/сут), пароксетином (20–40 мг/сут), циталопрамом (20–40 мг/сут), считающихся базисной терапией тревожно-фобических расстройств благодаря постепенно развивающемуся, но стойкому антифобическому эффекту.

Тревожно-депрессивные состояния, коморбидные соматическому заболеванию, характеризуются умеренно выраженной гипотимией (пониженное настроение, плаксивость, раздражительность, плохой сон), неверием в возможное улучшение, выздоровление, в эффективность лечения даже при благоприятных объективных данных. Тревожные опасения касаются развития возможных осложнений соматического заболевания, а также экстраполируются на вероятные неудачи в будущей жизни в связи с проявлениями болезни (трудности трудоустройства, карьерного роста, налаживания межличностных контактов). Наиболее эффективной терапевтической схемой оказалось применение Афобазола (20–40 мг/сут) в сочетании с антидепрессантами двойного действия – венлафаксином (75–150 мг/сут) и милнаципраном (50–150 мг/сут).

Помимо мягкого анксиолитического эффекта Афобазола, позволяющего даже при выраженных нарушениях тревожного круга назначать невысокие дозы антидепрессантов и антипсихотиков в режиме комбинированной терапии (не приводящей к развитию побочных эффектов, что крайне важно в условиях общемедицинской сети), необходимо отметить хорошую клиническую совместимость Афобазола с широким кругом используемых психотропных препаратов различных фармакологических классов.

Среди важных аспектов применения Афобазола в повседневной врачебной практике хотелось бы подчеркнуть, что препарат прежде всего назначают только для курсового лечения тревожных расстройств, длительностью от нескольких недель до нескольких месяцев (в среднем – 3–6 мес). В отличие от бензодиазепинов, которые способны быстро купировать острую пароксизмальную анксиозную симптоматику (но имеют массу неблагоприятных эффектов, затрудняющих их длительное применение), отчетливый клинический эффект Афобазола развивается к концу 1-й недели терапии и стойко сохраняется на протяжении всего курса лечения. При необходимости назначения Афобазола пациентам с выраженной тревогой и бессонницей (с прицелом на долгосрочный курс лечения) в течение первых дней терапии (как правило, 7–10 дней) возможна комбинированная схема с бензодиазепином (по типу «бензодиазепинового мостика») или гипнотическим препаратом с последующей монотерапией Афобазолом.

Таким образом, спектр психотропных препаратов, используемых в психосоматике, достаточно широк. При определении терапевтической тактики необходимо оценить структуру и тяжесть психопатологического расстройства для решения вопроса о месте проведения лечения (психиатрический/соматический стационар либо амбулаторно) и выбора класса психотропных средств (антипсихотики, антидепрессанты, анксиолитики). В условиях соматического стационара и амбулаторного наблюдения рекомендуются современные эффективные и безопасные препараты 1-го ряда, дифференцированно используемые в качестве базисной и симптоматической терапии при соматоформных, депрессивных и тревожных расстройствах.

Литература

1. Дороженко И. Ю. Психотропные средства в психосоматике (на модели психодерматологии)//Психические расстройства в общей медицине. – 2011; 1: 46–51.
2. Дороженко И. Ю., Терентьева М. А. Афобазол при терапии тревожных расстройств у больных дерматологического стационара//Русский медицинский журнал. – 2007; 15 (19): 1379–1382.
3. Медведев В. Э., Троснова А. П., Добровольский А. В. Психотропная терапия тревожных расстройств у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: применение Афобазола//Журн. неврол. психиатр. – 2007; 107 (7): 25–29.
4. Смулевич А. Б., Белоусова Т. А., Дороженко И. Ю. Депрессии при дерматологической патологии//Депрессии при соматических и психических заболеваниях – М.: МИА, 2007. – 151–155.
5. Смулевич А. Б., Львов А. Н. К проблеме классификации психических расстройств в дерматологии//Психич. расстройств. в общ. мед. – 2008; 1: 4–7.
6. Смулевич А. Б., Козырев В. Н. Интегрированная медицина – модель организации помощи больным с депрессивными расстройствами//Депрессии в общей медицине – М.: МИА, 2007. – С. 316–324.
7. Шафигуллин М. Р., Иванов С. В. Терапия тревожных нозогенных реакций у больных онкологического стационара (опыт применения афобазола)//Психические расстройства в общей медицине. – 2008; 3 (1): 37–40.
8. Gupta M., Gupta A. The Use of Psychotropic Drugs in Dermatology//Dermatol Clin. – 2000; 18: 711–725.
9. Koo J., Lee C. Psychocutaneous Medicine. 2003, 477 p.

PSYCHOSOMATIC DISORDERS: CLINICAL AND THERAPEUTIC ASPECTS

I. Dorozhenok, MD, PhD

*I.M. Sechenov First Moscow State Medical University;
Current effective and safe first-line drugs differentially used in somatoform, affective and anxiety disorders are recommended for the treatment of mental disorders through psychopharmacotherapy in somatic hospital and outpatient follow-up settings.*

Key words: psychosomatics, psychopharmacotherapy, anxiolytics, Afabazole, anxiety disorders, somatoform disorders, nosogenic reactions.