

ЗНАЧИМОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С ПСОРИАЗОМ

Р.Х.Махмутов

Ферганский медицинский институт общественного здоровья

Резюме: Значимость диагностики психических расстройств у больных с псориазом

Ключевые слова: дерматозы, психические расстройства, методы коррекции.

Хулоса: Хар хил дерматозларда рухий бузилишларни аниқлаш учун, информатив психологик тестлар такдим этилмоқда.

Калит сузлари: дерматозлар, рухий бузилишлар, такомиллаштириш усуллари.

Summary: The importance of diagnosing mental disorders in patients with psoriasis

Key words: dermatoses, mental disorders, correction methods.

В последние годы значительно повышается частота социально-значимых дерматозов (псориаз, витилиго, алопеция и др.), причем одним из провоцирующих факторов в развитии и течении которых занимают психо-эмоциональные перенапряжения. С другой стороны, длительно существующий и торпидно-протекающий кожно-патологический процесс способен приводить к развитию депрессивных состояний, что отрицательно сказывается на качестве жизни данных пациентов [1,9,11,12,13].

Значительный уровень заболеваемости хроническими дерматозами на нынешнем этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, в результате чего нередко возникает феномен «ножниц» между возможностями биологической природы человека и условиями жизни. Исходя из этого, ряд хронических дерматозов нередко относят к группе так называемых болезней цивилизации [1,2,10,12,15].

Роль психического фактора в этиологии и патогенезе кожных заболеваний давно подчеркивается исследователями, но до сих пор при лечении часто учитываются только физиологические параметры. В этом случае проводимая терапия далеко не всегда эффективна, поскольку применение медикаментов, физических процедур оказывается недостаточным, влияя на следствие, а не на причину: остаются неизменными психосоматические отношения пациента, его поведенческие реакции, ведущие к внутриличностному конфликту и симптоматика появляется вновь, улучшение бывает временным [3,4,12,20].

Следует отметить, что учение о тесной взаимосвязи самочувствия с психическим состоянием индивида, о соматическом резонансе психических процессов в виде переходящих или хронизирующихся функциональных нарушениях внутренних органов проходит красной нитью через всю историю медицины. [1,11,12,13]. Существует большой спектр психосоматических заболеваний, в число которых входят и кожные заболевания [7]. Психические расстройства, отличающиеся полиморфизмом клинических проявлений, наблюдаются у трети пациентов дерматологических клиник. По мнению авторитетных немецких дерматологов около 20% всех страдающих хроническими дерматологическими заболеваниями обнаруживают те или иные психопатологические нарушения. В среднем эпидемиологические значения сочетания дерматологической и психической патологии составляют около 30-40%. [12,20]. Среди психических расстройств в дерматологической практике значительное место занимает аффективная патология [5].

Депрессивные расстройства в настоящее время являются самыми распространенными проявлениями психической патологии у больных с различными кожными заболеваниями. Депрессии наблюдаются у 1/3 (32%) больных кожно-венерологических диспансеров. В целом ряде случаев аффективные расстройства формируют тесные, реализующиеся на симптоматологическом уровне, коморбидные связи с проявлениями кожной патологии. Депрессии являются одним из факторов хронизации зудящих дерматозов. Даже незначительно выраженная депрессия существенно утяжеляет течение кожного заболевания, продлевает сроки пребывания больных в стационаре, негативно влияет на качество жизни пациентов [2,6,14,20].

Важность этой проблемы заключается в том, что большинство кожных больных, страдающих депрессией не воспринимают свои симптомы как проявление психических расстройств, в основном предъявляя соматические жалобы, поэтому больные, как правило, не попадают в поле зрения психиатров, психотерапевтов и не получают адекватной терапии [2,7,18].

Отмечаемый в последние десятилетия значительный рост интереса к изучению широкого круга депрессивных расстройств можно связать с их большей выявляемостью и расширением возможностей дифференцированной терапии [7]. Хорошо известно, что, наряду с изменением ряда важнейших биологических показателей, при депрессии большее значение приобретают расстройства сна. Это находит отражение в современных классификациях. В МКБ-10 из соматических симптомов нарушение сна выносится на первое место. Согласно данным литературы, нарушения цикла сон-бодрствование при депрессии достигает 85-100% [2,6,8,17].

При хронических кожных заболеваниях могут встречаться соматизированные, маскированные или ларвированные депрессии, которые характеризуются доминированием в клинической картине соматических и вегетативных симптомов. При этом характерная депрессивная симптоматика присутствует в стертном виде или отсутствует вовсе. По данным некоторых авторов, в общемедицинской практике маскированные или соматизированные депрессии встречаются примерно у 10-30% всех пациентов с хроническими заболеваниями [18].

В связи с этим с целью выявления и подтверждения тех или иных психических расстройств, их специфики, влияния на течение дерматоза наряду с исследованием психического статуса с успехом применяют методы психологического тестирования с помощью определённых психологических шкал [11,12,13].

Сегодня дерматологи всего мира используют большое количество самых различных индексов и шкал для оценки тяжести клинического состояния и выраженности симптоматики дерматологического больного, которые позволяют существенным образом повысить точность клинических оценок, показаний к лечению и эффективности терапии [5]. Одни из этих индексов разработаны специально для конкретного заболевания: PASI – для псориаза, SCORAD – для атопического дерматита. Другие обладают более универсальными свойствами и могут быть применимы к разным дерматозам. Примером может служить дерматологический индекс шкалы симптомов (ДИШС), популярный среди российских дерматологов [3,10].

На базе межклинического психосоматического отделения ММА им. И.М. Сеченова [11] обследовано с применением психопатологического, клинико-статистического и экспериментально-психологического методов 78 больных (62 женщины и 16 мужчин) среднего возраста с хроническими дерматозами (с псориазом – 29 человек, с экземой – 20, с атопическим дерматитом – 7, с себорейным дерматитом – 10, с розацеа – 12) и

коморбидной депрессией. Исследование кожного статуса проводили с использованием универсальной шкалы – индекса клинических симптомов (ИКС), специальных шкал оценки дерматологического статуса при псориазе (PASI), атопическом дерматите (SCORAD), угревой болезни (международная клиническая оценочная классификация), а также опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ). Для оценки эффективности и безопасности психофармакотерапии психических расстройств в дерматологической клинике также были использованы следующие оценочные шкалы: шкала клинического впечатления (GGI), шкалу оценки депрессии (HAMD-21) и тревоги (HAMA) Гамильтона, шкала Yale-Brown для определения obsessions и compulsions (Y-BOCS), опросник дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ), форму нежелательных явлений. В ходе исследования выделены психические расстройства: провоцируемые хроническими дерматозами (атопический дерматит, псориаз, угревая болезнь), нозогенные реакции (депрессивные, социофобические, сенситивные) и ипохондрические развития (по типу невротической ипохондрии, маскированной ипохондрии, сверхценной ипохондрии красоты, отрицания болезни). Установлено, что среди непсихотических аффективных расстройств, преобладали психогенные депрессии преимущественно лёгкой и средней тяжести [4,5].

При обследовании больных с различными дерматозами были использованы следующие психологические тесты: экспресс-диагностика невроза по К. Хеку и Х. Хессу; выявление уровня невротизации по Л.И. Вассерману; определение уровня тревожности по Дж. Тейлору. Основные исследуемые критерии – показатели уровня тревожности, невротизации и проявления невроза. Было установлено, что показатели уровня тревожности, невротизации и состояния невроза у женщин более высокие, чем у мужчин, что свидетельствует об особенностях отношения женщин к дерматологическому заболеванию. Данные диагностического обследования были в последующем использованы при проведении психотерапевтической коррекции у больных хроническими дерматозами, которая была направлена на снятие негативных эмоциональных состояний, проявлений симптомов невроза и неврозоподобных состояний [14,15].

Методика самооценки, диагностики типов отношения к болезни Кэттелла также является информативным. Было определено, что самые низкие оценки у больных с различными дерматозами отмечались в триаде: “Здоровье” – “Внешность” – “Настроение”. Методикой диагностики типов отношения к болезни в период обострения выявлено, что основными типами отношения к болезни были сенситивный, неврастенический и меланхолический (чаще в смешанном и диффузном варианте), характеризующиеся выраженной личностной дезадаптацией, что соответствует клинической картине депрессивных расстройств. В период стойкой ремиссии гармоничного типа у дерматологических больных практически не было обнаружено. Примененная методика Кэттелла позволила выделить такие личностные особенности дерматологических больных, как ранимость, впечатлительность, чувство собственной неполноценности, эмоциональную неустойчивость с преобладанием пониженного настроения, высокий уровень тревоги и напряжения. У больных с хроническими дерматозами и тяжелым рецидивирующим течением депрессивные невротические состояния нередко переходили в невротическое развитие личности (21%), преимущественно сенситивного, депрессивного и эксплозивного типов. Полученные данные явились основой для дифференцированного подбора, наряду с дерматологическим лечением, психофармакологических и психотерапевтических методов коррекции депрессивных расстройств у больных с кожными заболеваниями. При этом учитывались стадии кожного заболевания, этапы

развития и структура депрессивных расстройств, а также преморбидные особенности личности [8,10,14,15].

Важное значение имеет изучение качества жизни дерматологических больных, для изучения которых в настоящее время разработано более 20 специальных вопросников. Из них многие применимы для всех больных дерматологических клиник, другие используются для больных с определённой патологией, а именно для больных псориазом, экземой, онихомикозами, алопецией, акне, атопическим дерматитом. Наиболее широко используются следующие специальные вопросники: «Dermatology Specific Quality of Life», «Dermatology Life Quality Index», «Dermatology Quality of Life Scales», «Psoriasis Disability Index», «Assessment of Quality of Psychological», «Onychomycosis Questionnaire» и другие. Российскими дерматологами рекомендована к применению стандартизированная карта клинического течения дерматоза, сопутствующих заболеваний и «профиля влияния болезни» по вопроснику и шкале оценки качества жизни [3]. Вопросы анкеты отражают особенности хронической патологии кожи и её влияние на показатели психоэмоциональной сферы, работоспособности, медико-социальные и другие аспекты жизнедеятельности больного. Разработан также «Витебский опросник дерматологических больных», который включает 38 вопросов, которые отражают 4 сферы жизнедеятельности человека: физическую, психосоциальную сферу, уровень личной независимости и социальные отношения. Использование данного вопросника возможно при различных кожных заболеваниях. Авторы применяли опросник при изучении качества жизни пациентов разных возрастных групп со следующими заболеваниями: псориаз, красный плоский лишай, атопический дерматит, экзема [1]. Тест Спилбергера-Ханина определяющий уровень тревоги также может быть применен при различных дерматозах. Он позволяет выявить пограничные психоэмоциональные расстройства, расстройства невротического уровня, нозогенную депрессию. [10].

Среди всех психологических методик особое место занимает ММРІ -методика Миннесотского многофазного личностного теста для более углубленной оценки психологической структуры личности. По данным теста ММРІ, примененным А.Б.Рахматовым только 21 из 251 больного (8.4%) псориазом находились в состоянии определённой гармонии, а у остальных 230 (91.6%) пациентов выявлены существенные психологические изменения, свидетельствующие о наличии выраженной акцентуации характерологических черт и затруднённой социальной адаптации. Эти психологические отклонения характеризовались эмоциональной напряжённостью, умеренной, а иногда выраженной депрессией, состоянием стресса, агрессивностью, проявлениями возбудимости и раздражительности. Указанный тест предусматривает негативные и позитивные наклоны профилей, что в первом случае отмечает повышение Т-баллов по невротическим и во втором – повышение по психотическим шкалам. В исследовании негативный наклон профиля наблюдался у 5.9% больных, позитивный – у 7.6% [10].

Работами сотрудников Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра дерматологии и венерологии МЗ РУз и кафедры психиатрии Ташкентского института усовершенствования врачей явилось обследование 62 больных с различными формами псориаза. Использовался личностный тест Кеттелла (опросник PF – 16). Качество жизни оценивали с помощью опросника Medical Outcomes Form 36 Health Survey (SF – 36), а также специального опросника Качества жизни дерматологического больного. Различия в показателе физического функционирования методики диагностики качества жизни SF -16 между группами больных псориазом с различными личностными характеристиками по данным PF -19 определили с помощью

непараметрического критерия Крускала-Уоллиса. Взаимосвязь личностных особенностей и остальных показателей качества жизни по методики SF-16 оценивали при помощи проведённых дисперсионного и корреляционного анализов с использованием коэффициента корреляции Пирсона. Проведённые исследования показали, что у больных псориазом были выражены такие личностные черты, как консерватизм, независимость и жестокость. Указанные качества в сочетании с пунктуальностью и сдержанностью определили особый психологический тип больных псориазом, что важно для проведения корректирующей терапии.

Следует указать, что диагностика депрессий при психосоматических и соматопсихических заболеваниях основывается на знании феноменологии и диагностических критериев типичного меланхолического синдрома и фактора риска его развития [2,11,12,19]. Специально проведенные исследования показали, что наиболее часто у больных наблюдаются нарушения сна, усталость, ворчливость, снижение интересов и социальной активности, пониженная самооценка, чувство жалости к себе, трудности при необходимости сконцентрировать свое внимание, чувство безнадежности. К факторам риска развития депрессии относят предшествующие эпизоды депрессии, наследственную отягощенность, расстройствами аффективного спектра, женский пол, клиническую манифестацию заболевания в возрасте до 40 лет, послеродовой период, недостаток социальной поддержки, стрессовые жизненные события, соматические заболевания и токсикоманические зависимости [2,6,8,19].

Наиболее часто в общемедицинской практике отмечают депрессии с расстройствами сердечно-сосудистой и дыхательных систем, часто квалифицируемые врачами общей практики как вегето-сосудистые или нейроциркуляторные дистонии. Больные предъявляют жалобы на головокружение, слабость, потливость, давящие головные боли, сдавление или жжение в области сердца, приливы жара и похолодание конечностей, нехватку воздуха. Периодически могут наблюдаться приступы функциональных сердечно-сосудистых и дыхательных нарушений (лабильность пульса и артериального давления, аритмия, тахикардия, изменения ЭКГ, нарушения дыхательного ритма), похожие на приступы стенокардии, инфаркта миокарда, инсульт, бронхиальную астму [2].

Реже депрессии маскируются желудочно-кишечной симптоматикой, при этом больные предъявляют в основном жалобы на диспептические расстройства (сухость во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запоры или диарея) и боли в области живота, иногда имитирующие картину острого живота. Функциональные нарушения обычно проявляются различными дискинезиями (спазмы глотки и пищевода, дискинезии желчных путей, тонкого и толстого кишечника), спастическими или атоническими явлениями (спастический колит, атония толстого кишечника и др.).

Нередко на первый план выступают функциональные двигательные расстройства: различные парестезии, неврологические и мышечные боли с достаточно четкой локализацией (лицевые невралгии, пояснично-крестцовые или шейно-грудные боли), иногда паналгия («все тело болит»), тасикинезия (синдром «беспокойных ног»), различные тики, мышечные подергивания, блефароспазм.

Обычно все эти признаки уточняются в беседе с больным или его родственниками. Клиническое интервью с потенциально депрессивным больным – достаточно сложный процесс, требующий от врача терпения и определенного навыка. Многие пациенты отрицают, не осознают или не хотят говорить о своих психологических проблемах и душевных переживаниях и на прямые вопросы о снижении настроения или тревоге

отвечают обычно отрицательно. Кроме того, больным часто бывает сложно вербально изложить свое душевное состояние, поэтому они используют более привычную соматическую терминологию, т.е. описывают болевые или сенестопатические ощущения различной модальности и почти всегда подчеркивают их необычность и связь с эмоциональным состоянием. Первым после выслушивания жалоб больного должен быть вопрос о влиянии этих симптомов на его повседневную жизнь (мешают ли они профессиональной деятельности, учебе, семейной жизни, досугу и др.). Следующей задачей является уточнение особенностей личности пациента с целью исключения истерических расстройств или установочного поведения (симуляция). Обычно это выясняется в свободной беседе, только со стороны врача требуется некоторое стимулирование и направление рассказа больного в нужное русло. Необходимо прицельно уточнить, сузился ли круг интересов больного, испытывает ли он затруднения при принятии решений, насколько пессимистично оценивает свою ситуацию, не предшествовали они развитию симптомов какие-либо стрессовые моменты. После установления соматического диагноза и исключения другой психической патологии требуется оценить клиническую значимость и нозологическую принадлежность депрессии. Феноменологически вторичная соматогенная депрессия может быть похожей на первичную эндогенную депрессию, поэтому решающим диагностическим фактором будет являться обнаружение органической причины заболевания [2,8,11,12].

В последние годы врачи-дерматологи все чаще интересуются вопросами немедикаментозной и медикаментозной психокоррекции при различных кожных заболеваниях, что объясняется высоким процентом дерматозов, сопровождающихся психопатологической симптоматикой []. При этом психические расстройства имеют не только клиническое, но и патогенетическое значение и в различной степени вовлечены в формирование и динамику кожной патологии. Актуальным остается вопрос тактики и выбора метода лечения (психофармакотерапия, фитотерапия, психотерапия, иглорефлексотерапия и др.) больных с этой патологией. Ведущим среди указанных методов является психофармакотерапия. По данным литературы, при терапии психодерматологической патологии применяют достаточно широкий спектр психотропных средств различных фармакологических классов [1,3,4,5,9,10,11].

При проведении антидепрессивной терапии врач должен обратить внимание на следующие положения:

1. Необходимо учитывать феноменологические особенности депрессии и психического состояния в целом, так как они определяют выбор антидепрессантов.
2. Профиль нейротропного и вегето-соматропного действия антидепрессанта должен соответствовать соматоневрологическому статусу больного, чтобы избежать ухудшения состояния вследствие проявления побочных эффектов и других, негативных в данном случае особенностей действия препарата.
3. Поскольку больные обычно получают несколько медикаментов, следует оценивать риск развития их лекарственных взаимодействий с антидепрессантами с целью предупреждения побочных эффектов или ослабления терапевтического действия препарата. Кроме того, некоторые медикаменты обладают собственными депрессогенными свойствами и могут вызывать или усиливать депрессивную симптоматику (стероидные гормоны, оральные контрацептивы и др.).

4. Большинство больных обладают повышенной чувствительностью к вегетативным эффектам лекарственных средств, поэтому режим терапии должен быть щадящим, чем при обычных эндогенных депрессиях. Эффективные терапевтические дозы препаратов, как правило, в 2-3 раза ниже применяемых в психиатрической практике. Следует избегать применения антидепрессантов трициклической структуры и других препаратов с выраженным антихолинергическими и адренолитическими свойствами.
5. Терапевтический эффект обычно проявляется не раньше, чем через 3-4 недели непрерывного приема антидепрессанта, а в некоторых случаях максимум действия развивается лишь через 6-8 недель, поэтому менять препарат раньше этого срока нецелесообразно.
6. Эффективность терапии существенно повышается при одновременном проведении адекватной психотерапии или, по крайней мере, установлении доверительного контакта с больным.

Перечисленные правила и практические советы, безусловно, являются лишь самыми общими ориентирами, помогающими врачу избежать грубых ошибок. В каждом конкретном случае терапевтическая схема, включающая антидепрессанты, должна быть максимально индивидуализирована. Но не вызывает сомнений факт, что при правильном применении современные антидепрессивные препараты могут значительно облегчить страдания трудно поддающихся лечению больных в дерматовенерологической практике [3-8].

Одним из вариантов антидепрессивной терапии является использование так называемых селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), в особенности применение эсциталопрама («Медолапрам»), который относится ко второму поколению СИОЗС и создан на основе циталопрама – тимоаналептика той же группы, являющегося рацемической смесью двух энантиомеров. Эсциталопрам превосходит препарат-предшественник циталопрам по показателям фармакологической активности, сохраняя все преимущества, связанные с селективностью механизма действия. Эсциталопрам, как и циталопрам, практически не действует на норадренергические, дофаминергические, холинергические и гистаминовые рецепторы. Эсциталопрам не влияет на активность изоферментной системы цитохромов печени, что снижает до минимума риск неблагоприятных лекарственных взаимодействий в условиях комбинированной фармакотерапии [16,21,22].

Следует указать, что для оценки терапевтической эффективности любого антидепрессивного препарата могут быть использованы разнообразные психологические тесты (стандартные измерительные инструменты): Шкала оценки депрессии Монгомери-Асберг (MADRS), Шкала общего клинического впечатления, разделы: тяжесть (CGI-S) и улучшение (CGI-I), Шкала оценки депрессии Гамильтона (HAM-D).

Проведенные исследования показали, что эсциталопрам («Медолапрам») является эффективным и безопасным антидепрессантом СИОЗС нового поколения с широким спектром клинической активности. Эсциталопрам («Медолапрам») обладает выраженным тимоаналептическим эффектом, обеспечивающим значимую и быструю редукцию аффективной симптоматики при депрессиях любой степени тяжести. Эффективная суточная дозировка эсциталопрама как минимум в 2 раза ниже в сравнении с циталопрамом. При использовании эсциталопрама («Медолапрам») значимая редукция симптомов депрессии наблюдается уже на первой неделе лечения, тогда как при СИОЗС первого поколения уходит в среднем 3-4 недели. Эсциталопрам («Медолапрам») обладает

благоприятным профилем переносимости, обнаруживая преимущество перед современными селективными антидепрессантами (циталопрам, пароксетин и др.) в отношении спектра связанных с терапией нежелательных явлений. Эсциталопрам («Медолапрам») обладает оптимальным соотношением эффективности/безопасности. Препарат не вызывает клинически значимых изменений в витальных функциях, что обеспечивает возможность его применения в общемедицинских популяциях больных при депрессиях, протекающей на фоне дерматологической патологии. Использование эсциталопрама представляется экономически выгодным, что, по-видимому, определяется как быстрым и выраженным терапевтическим действием, так и минимальными нежелательными явлениями и отсутствием токсичности.

Таким образом, кожа является индикатором не только физического, но и душевного здоровья человека. У человеческого эмбриона кожа и нервная система развиваются из одного зародышевого листка — эктодермы. Имеющиеся литературные данные и результаты собственных исследований указывают, что до 80% пациентов, обращающихся к дерматологу, нуждаются в серьезной психологической, а иногда и психиатрической помощи. Проведение психологических тестирований дерматологических больных является важным и необходимым в исследовании патологического процесса и изучении динамики, определении вида терапии для данных категорий больных, что будет способствовать улучшению качества оказания медицинской помощи.

Список литературы:

1. Адаскевич В.П., Дуброва В.П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога). //Росс. журн. кож. вен. бол.- 2003.-№1.- С.51-56.
2. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы). //Журн. невропатол. И психиатрии.-1975.-№5.- С.760-771.
3. Довжанский С.И. Психологические аспекты псориаза. //Вестн. дерматол.-2001.-№3.- С.12-13.
4. Дороженок И.Ю., Львов А.Н. Терапия психических расстройств в дерматологической практике: современный взгляд на проблему. //Росс. журн. кож.вен.бол. – 2006.-№4.- С.16-21.
5. Дороженок И.Ю., Львов А.Н., Бобко С.И. Современные аспекты применения психотропных препаратов в дерматологической практике. //Росс. журн.кож.вен.бол.- 2011.-№1.-С.20-25.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. Санкт-Петербург: Медицинское информационное агентство.- 1995.-568с.
7. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. Москва.-1996.-288с.
8. Мосолов С.Н., Костюкова Е.Г. Актуальные вопросы фармакотерапии депрессий. Москва: Бином.-2002.-207с.
9. Раева Т.В., Ишутина Н.П., Матусевич С.Л., Котельникова А.Б. Психологические аспекты качества жизни больных псориазом. //Росс. журн. кож.вен.бол.-2006.-№4.- С.32-35.
10. Рахматов А.Б., Рахматов Б.Р. Псориаз – системное заболевание. Ташкент.-2001.-268с.
11. Смудевич А.Б., Иванов О.Л., Львов А.Н. Психодерматология: современное состояние проблемы. //Журн.неврол. и психиатр.-2004.- т.104.- №11.- С.4-13.
12. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина.- 1986.- 342с.

13. Юсупова Л.А., Хафизьянова Р.Х. Современные аспекты диагностики и фармакотерапии хронических дерматозов у больных с психическими и поведенческими расстройствами. Казань: Новые знания.-2005.- 264с.
14. Шагиева Д.Р., Гатин Ф.Ф., Юсупова Л.А. Моделирование развития сопутствующих дерматозов у больных с психическими расстройствами. //Казан.мед. журнал.-2010.- том 91.- №6.- С.806-809.
15. Шагиева Д.Р., Юсупова Л.А., Гатин Ф.Ф. Индивидуальный прогноз риска возникновения хронических дерматозов у больных с психическими расстройствами по комплексу медико-биологических факторов. //Практическая медицина.- 2011.- том 49.- №2.- С.51-54.
16. Baldwin D.S., Huusom A.K., Maehlum E. Escitalopram and paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder: randomized, placebo-controlled, double-study. //Brit.J.Psychiatry.- 2006.-vol.189.-P.264-272.
17. Blacker C.V.R., Clare A.W. The prevalence and treatment of depression in general practice. //Psychopharmacol.-1988.-vol.95.-P.14-17.
18. Kielholz P. Masked depression. Huber, Berne, Vienna.-1973.-303p.
19. Sonawalla S.B., Fava M. Severe depression: is there a best approach. //CNS Drugs.- 2001.- vol.15.- P.765-776.
20. Tress W., Manz R., Solors Mossler B. Epidemiologie in der Psychosomatische Medizin. – 1990.- S.63-74.
21. Wade A., Despiegel N., Reines E. Escitalopram in the long-term treatment of major depressive disorders. //Ann.Clin.Psychiatry.-2006.- vol.18.- P.83-89.
22. Winkler D., Pjrek E., Moser U., Kasper S. Escitalopram in a working population: results from an observational study of 2378 outpatients in Austria. //Hum. Psychopharmacol.-2007.- vol.22.- P.245-251.