**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ**

**Тема10:** Методы терапии, профилактики и реабилитации в психиатрии. Написание психического статуса.

Цель занятия: Закрепить теоретические знания студентов на данной теме.

**Студент должен знать**: Правила написания психического статуса. Основные методы терапии

**Студент должен уметь:** диагностировать эти патологические состояния у больных.

**Содержание занятия**

План психического статуса

Состояние сознания (ориентировка в месте, времени, собственной личности, окружающей обстановки). Нет ли нарушения сознания.

Контакт с реальностью: полностью доступен для беседы, избира­тельно контактен, недоступен для контакта, внезапные остановки речи во время беседы.

Характер одежды (опрятен, неряшлив, подчеркнуто яркий и т.д.) и манера поведения (адекватен ситуации, дружественная, недоброжелательная, пассивная, гневливая, подозрительная).

Ощущение и восприятие собственной личности, собственного тела, окружающего мира. Нет ли нарушения восприятия (гипо-гиперестезии, парастезии, иллюзии, галлюцинации).

Внимание (устойчивость, рассеянность, повышенная отвлекаемость).

Память (гипо-гипермнезии, парамнезии, амнестический синдром).

Интеллект (запас знаний, способность пополнять их и пользоваться ими, интересы больного). Состояние интеллекта: высокий, низкий. Наличие слабоумия. Возможность критической оценки больным своего состояния. Установки на будущее.

Мышление: логичность, темп течения ассоциаций (замедленное, ускоренное, «скачка идей» и т.д.). Наличие навязчивых, сверхценных и бредовых идей. Содержание бреда.

Эмоциональная сфера. Настроение (адекватное ситуации, понижен­ное, повышенное). Патологические состояния (депрессия, эйфория, мория, апатия).

Двигательно-волевая сфера. Состояние волевой активности (споко­ен, расслаблен, напряжен, возбужден, двигательно-заторможен).

***Способы лечения психических расстройств принято разделять на биологические и психотерапевтические.***

**Биологическая терапия психических расстройств**

К биологическим относятся те методы лечения, которые ока­зывают терапевтическое действие на биологическом уровне. Чаще эти методы полностью или частично редуцируют клини­ческие проявления психической патологии (симптоматическое лечение), реже они влияют на этиологию и патогенетические ме­ханизмы психических расстройств (этиологическая и патогенети­ческая терапия).

Биологические методы лечения психических расстройств раз­нообразны. К ним относятся психофармакотерапия, шоковые ме­тоды (инсулинокоматозная и электросудорожная терапия), при­менение противосудорожных средств при эпилепсии, препаратов, подавляющих влечение к наркотикам, при наркоманиях, антиби­отиков при прогрессивном параличе, фототерапия (светолечение) депрессий, терапия депрессий депривацией (лишением) сна.

В психиатрии используются различные биологические мето­ды лечения, заимствованные из других областей медицины: ла­зерная терапия, иглорефлексотерапия, физиотерапия, лечение гормональными препаратами, иммунокорректорами, витамина­ми. Эти методы самостоятельного значения не имеют, использу­ются как дополнительные в комплексной терапии психических расстройств.

Среди биологических методов лечения, применяемых в психи­атрии, центральное положение занимает психофармакотерапия.

**Психофармакотерапия**

К психотропным препаратам относятся лекарственные сред­ства, обладающие способностью устранять (полностью или час­тично) те или иные психопатологические проявления, а иногда и оказывать определенное положительное влияние на патогенети­ческие механизмы психических расстройств.

К настоящему времени психотропные препараты заняли ведущие позиции в биологической терапии психических расстройств. К достоинствам психотропных средств относятся быстрое действие, возможность длительного, в том числе амбулаторного применения, наличие набора препаратов, устраняющих разные психопатологические проявления, существование различных способов введения. Часть препаратов применяется как перорально, так и паренте­рально (внутримышечно, внутривенно, струйно и капельно). Нередко используются психотропные средства пролонгированного действия. Некоторые из них вводятся больному всего один раз в 2—4 недели.

Благодаря широкому применению психотропных средств, ко­торые нередко быстро купируют речедвигательное возбуждение, агрессию, другие проявления острых психозов, упорядочивают поведение психически больных в целом, радикально улучшилась обстановка в психиатрических учреждениях. Еще более важно то, что появилась возможность во многих случаях не прибегать к ста­ционарному лечению психически больных, а ограничиться амбу­латорной психофармакотерапией. За счет проведения поддержи­вающей и противорецидивной терапии психотропными средства­ми, сократились не только количество, но и продолжительность госпитализации, увеличилась длительность ремиссий.

Психофармакотерапия позволяет у части психически больных отдалить сроки инвалидизации или избежать ее, улучшить соци­альную адаптацию и качество жизни больных.

Вместе с тем, психофармакотерапия не лишена ряда **недостатков**.

Во-первых, значительная доля больных, которым назначают­ся психотропные средства, уклоняются от их приема, особенно в амбулаторных условиях.

Во-вторых, большинство психофармакологических препара­тов обладает преимущественно симптоматическим действием, нивелирует клинические проявления психических расстройств, существенно не влияя на их патогенез. Соответственно ремиссии, возникающие на фоне психофармакотерапии, нередко оказыва­ются весьма поверхностными, неустойчивыми. Для их стабилиза­ции, продления требуется долгий, нередко многолетний прием психотропных препаратов.

В-третьих, некоторые классы психотропных средств (транкви­лизаторы, психостимуляторы) при длительном применении могут вызывать психическую, а иногда и физическую зависимость.

Однако в целом достоинства психофармакотерапии сущест­венно превалируют над недостатками.

Диапазон разовых и суточных доз большинства психотропных средств очень значителен. При характеристике конкретных препаратов будут приведены наиболее употребительные активные дозы препаратов для перорального применения. Эти дозы иногда могут быть превышены при особой остроте, тяжести психических расстройств, их терапевтической резистентности. При малой вы­раженности психических нарушений, наличии относительных противопоказаний, разовые и суточные дозы психотропных средств могут быть значительно ниже указанных. При парентеральном введении препаратов разовые и суточ­ные дозы чаще всего составляют половину от тех доз, которые на­значаются перорально. Детям до 6 лет назначают от 1/8 до 1/4, от 6 до 15 лет 1/2 дозы взрослых. При лечении психических расст­ройств у лиц позднего возраста дозы большинства препаратов также существенно сокращаются.

**Классификация психотропных средств**

Классификация психофармакологических препаратов основа­на, в первую очередь, на их ведущих клинических эффектах. Она включает 6 классов психотропных средств:

1) нейролептики;

2) ан­тидепрессанты (тимоаналептики);

3) транквилизаторы;

4) психо­стимуляторы;

5) ноотропные препараты (препараты нейрометаболического действия);

6) стабилизаторы аффекта (нормотимики).

В рамках отдельных классов психотропных средств приня­то выделять группы препаратов, с учетом особенностей их клинических эффектов, химической структуры, механизмов действия.

**Нейролептики**

К нейролеп­тикам относят препараты с антипсихотическим действием. Кли­нические эффекты нейролептиков разнообразны, но наиболее значимы из них следующие:

1) общее антипсихотическое действие — присущая ряду наи­более мощных нейролептиков, способность глобально воздейст­вовать на психоз, купировать, «обрывать» психотические присту­пы в целом, а иногда и задерживать, приостанавливать прогрессирование хронических и рецидивирующих психозов, в первую оче­редь, шизофрении;

2) выраженные седативные свойства, способность устранять различные виды психомоторного возбуждения;

3) избирательное антипсихотическое действие в виде полной или частичной редукции продуктивной психотической симпто­матики (бред, галлюцинации, психические автоматизмы);

4) способность коррегировать расстройства поведения.

Кроме того, многим нейролептикам присущи и другие клини­ческие действия: противотревожные (анксиолитические) свойст­ва, снотворный, некоторый противосудорожный, гипотензивный, гипотермический эффекты, потенцирование действия аналгезирующих, наркотических средств; соматотропные эффекты, используемые влечении ряда висцеральных заболеваний .

*Показания к применению* нейролептиков: любое психомо­торное возбуждение (маниакальное, кататоно-гебефренное, галлюцинаторно-бредовое, делириозное, тревожное, психопатичес­кое); все галлюцинаторно-бредовые синдромы (паранойяльный синдром, острые и хронические галлюцинозы, синдром психиче­ского автоматизма, парафренный синдром); расстройства поведе­ния, особенно возбудимого, истерического типа .

Нейролептики используются при психозах любой этиологии, однако основную массу больных, получающих нейролептики, со­ставляют больные шизофренией.

В невысоких дозах нейролептики применяются при невроти­ческих, неврозоподобных, психосоматических и других не психо­тических расстройствах.

*Побочные действия, осложнения и противопоказания к нейро­лептической терапии*: к наиболее актуальным соматическим побочным эффектам отно­сятся артериальная гипотония и ортостатические коллапсы, лейкопе­ния, агранулоцитоз, увеличение массы тела, эндокринные сдвиги. Из неврологических расстройств особенно характерны паркинсоноподобные расстройства (нейролептический синдром). Из-за высокого риска возникновения паркинсоноподобных рас­стройств большинство нейролептиков практически всегда приме­няются в сочетании с антипаркинсоническими средствами (циклодолом, его аналогами, акинетоном).

Возможно развитие акатизии (субъективно тягостной неусид­чивости, лишних движении) и приступообразных неврологичес­ких расстройств в виде тонических судорог глазных мышц, мышц лица, шеи, языка. При длительном применении значительных доз нейролептиков иногда возникают трудно поддающиеся лечению поздние дискинезии (тикоподобные гиперкинезы с преимущест­венной локализацией в области головы и шеи, кривошея, блефароспазм).

Редкое, но опасное осложнение — злокачественный нейро­лептический синдром в виде помрачения сознания, речедвигагельного возбуждения, гипертермии, острых соматовегетативных и неврологических дисфункций.

Психопатологические побочные эффекты выражаются в нейро­лептических депрессиях и в однообразии эмоциональных реакций, вялости, замедлении, монотонности психических процессов в целом.

Возможны кожные аллергические реакции у больных и кон­тактные дерматиты у медицинского персонала.

*Противопоказаниями для применения* большинства нейро­лептиков являются декомпенсация сердечно-сосудистых заболе­ваний, тяжелая патология печени и почек, лихорадка, алкоголь­ное и наркотическое опьянение, паркинсонизм, закрытоугольная глаукома, аденома предстательной железы, беременность и корм­ление грудью.

Прием нейролептиков несовместим с управлением транспор­том и с другими видами деятельности, требующими высокой кон­центрации внимания и быстрых психомоторных реакций.

***Механизмы действия нейролептиков.*** Лечебные эффекты ней­ролептиков связывают с их блокирующим влиянием на цереб­ральные нейромедиаторные системы: особенно на дофаминергическую и серотонинергическую и, в меньшей степени, — на нора-дренергическую и холинергическую. С нейрофизиологических позиций, клинические эффекты нейролептиков объясняются торможением подкорковых структур мозга, включая ретикуляр­ную формацию, которая активирует деятельность коры головного мозга. В результате снижаются напряжение, скорость нейрофизи­ологических процессов в коре, что способствует редукции бреда, галлюцинаций и других психотических проявлений.

***Систематика нейролептиков и клиническая характеристика пре­паратов.*** С учетом преобладающих лечебных эффектов, различают три группы нейролептиков: 1) нейролептики с преимущественно седативным действием; 2) нейролептики с преобладанием антипси­хотических свойств; 3) нейролептики — корректоры поведения.

*Нейролептики с преимущественно седативным действием.* Препараты этой группы обладают выраженными общеуспока­ивающими, затормаживающими, противотревожными, снотвор­ными, миорелаксирующими свойствами при меньшей антибре­довой и антигаллюцинаторной активности.К ним относятся такие препараты, как хлорпромазин (аминазин), левомепромазин (тизерцин), сульпирид (топрал), клозапин (азалептин, лепонекс), хлорпротиксен (труксал), промазин (пропазин).

*Нейролептики с преимущественно антипсихотическим действием.* Эта группа нейролептиков устраняет продуктивную психоти­ческую симптоматику. Некоторые из препаратов сочетают выра­женные антипсихотический и седативный эффекты. Другие обла­дают активирующим, растормаживающим действием. Для нейро­лептиков данной группы особенно характерны неврологические побочные эффекты.К препаратам данной группы относят тиопроперазин (мажептил), галоперидол *(*пролонгированная форма препарата — галоперидол деканоат), трифлуоперазин (трифтазин), рисперидон (рисполепт), оланзапин (зипрекса), флупентиксол (флюанксол, депонированная форма препарата — флупентик­сол деканоат), зуклопентиксол, этаперазин, модитен-депо, дроперидол, сульпирид (эглонил).

*Нейролептики — корректоры поведения.* Препараты, у которых среди клинических эффектов на первый план выступает способность полностью или частично устранять рас­стройства поведения, преимущественно возбудимого или истеричес­кого круга. Уменьшают взрывчатость, демонстративность, агрессив- ные тенденции, расторможение влечений. Антипсихотические свой­ства выражены относительно слабо. Редко вызывают нейролепсию.Перициазин (неулептил), тиоридазин (сонапакс, меллерил).

**Антидепрессанты (тимоаналептики)**

К тимоаналептикам относят препараты, главное клиническое дей­ствие которых заключается в устранении или ослаблении депрессий. У здоровых антидепрессанты не вызывают повышения настроения. Наряду с ведущим антидепрессивным эффектом, тимоана­лептики обладают и другими клиническими действиями. Одним из них присущи психостимулирующие, активирующие свойства. Другие оказывают седативное, затормаживающее дей­ствие. Третьи — не проявляют ни отчетливых стимулирующих, ни седативных свойств. Многие антидепрессанты обнаруживают противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие.

*Показания к применению*. Основные показания для назначения ан­тидепрессантов — депрессии разной глубины (психотические, непси­хотические), с разными клиническими особенностями и любой этио­логии (эндогенной, экзогенно-органической, соматической, интокси­кационной, психогенной). Кроме того, тимоаналептики используются при тревожных и обсессивно-фобических расстройствах, алкогольной и наркотической абстиненции, нервной анорексии и булимии, психо­соматических расстройствах, хроническом болевом синдроме, заболе­ваниях желудочно-кишечного тракта. «Малые» (мягкие) антидепрес­санты и мощные антидепрессанты в невысоких дозах часто назначают­ся при различных формах неврозов и других непсихотических расст­ройствах. Антидепрессивный и иные клинические эффекты тимоаналептиков проявляются медленно. Поэтому оценка их эффективности в большинстве случаев возможна через 3—4 недели от начала лечения.

*Побочные эффекты и осложнения.* Чаще побочные эффекты и ос­ложнения возникают при использовании значительных доз трициклических антидепрессантов (имипрамина, амитриптилина, кломипрамина). Эти препараты обладают выраженной антихолинергической активностью. Их применение может сопровождаться приступа­ми тахикардии, экстрасистолиями, колебаниями артериального дав­ления, сухостью слизистых оболочек. Трициклики противопоказаны при тяжелых сердечно-сосудистых заболеваниях, глаукоме, атонии кишечника и мочевого пузыря, аденоме предстательной железы.

Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) пе­реносятся лучше. Их побочное действие чаще выражается в дис­пепсии. В редких случаях возможно развитие серогонинового синдрома в виде комплекса диспепгических и неврологических (тремор, акатизия, миоклонические проявления, дизартрия) нару­шений. Иногда при крайней степени выраженности серотонинового синдрома развиваются спутанность сознания, гипертермия, сердечно-сосудистые расстройства. Проявления серотонинового синдрома в большинстве случаев исчезают в ближайшие 3—4 дня.

*Механизмы действия тимоаналептиков при депрессиях различны.*

Возникновение самих депрессий объясняют, прежде всего, ослаб­лением синаптической передачи нервных импульсов, обусловленным недостаточной активностью норадренергическои, серотонинергической и, в какой-то мере, дофаминергической систем головного мозга.

Антидепрессивное действие трициклических тимоаналепгиков связывают с повышением под их влиянием содержания норадреналина и отчасти серотонина в межсинаптических пространствах и улучшением в результате этого синаптической передачи. Селектив­ные ингибиторы обратного захвата серотонина (пароксетин, флуок­сетин, флувоксамин, сертралин, циталопрам) оказывают антиде­прессивное действие, увеличивая содержание этого нейромедиатора в межсинаптических щелях. Обратимые ингибиторы моноаминооксидазы (моклобемид), блокируя ее, также способствуют накоп­лению активных моноаминов в центральных мозговых структурах и в итоге стимулируют передачу нервного возбуждения.

Систематика антидепрессантов и клиническая характеристи­ка препаратов. По особенностям клинического действия антиде­прессанты разграничивают на три группы: 1) антидепрессанты со стимулирующими свойствами; 2) антидепрессанты с седативным эффектом; 3) антидепрессанты сбалансированного действия.

***Антидепрессанты со стимулирующими свойствами***

Эти препараты, положительно влияя на депрессивную симп­томатику, одновременно активируют, растормаживают больных. Вместе с тем, антидепрессанты-стимуляторы могут усиливать галлюцинаторно-бредовые расстройства, тревогу, суицидальные тенденции, вызывать диссомнию при назначении в вечернее вре­мя. Принимаются утром и днем. К препаратам этой группы относят имипрамин (мелипрамин), флуоксетин (прозак, продеп), моклобемид (аурорикс),

***Антидепрессанты с седативным эффектом***

Тимоаналептики данной группы сочетают антидепрессивное и общеуспокаивающее действие. Обладают противотревожным эф­фектом, устраняют двигательное беспокойство, расторможенность, углубляют ночной сон. В то же время они нередко вызывают вялость, дневную сонливость, замедляют скорость психических и двигательных реакций, особенно в первые дни и недели приема. К препаратам данной группы относят амитриптилин (саротен, саротен-ретард, триптизол), флувоксамин (феварин), тианептин (коаксил), миансерин (леривон), азафен.

***Антидепрессанты сбалансированного действия***

У препаратов этой группы основной тимоаналептическии эффект сочетается со сбалансированными противотревожными и психостимулирующими свойствами. К препаратам этой группы относят кломипрамин (анафранил), пароксетин (рекситин, паксил), пиразидол (пирлиндол), сертралин (золофт), циталопрам (ципрамил)

**Транквилизаторы**

К транквилизаторам относят пре­параты, которые обладают седативным, психорелаксирующим эф­фектом (на непсихотическом уровне) и способны устранять тревогу и эмоциональное напряжение. На проявления психозов эти препараты отчетливого влияния не оказывают, исключая особые случаи.

Транквилизаторам присущи многообразные клинические эф­фекты: I) противотревожное, антифобическое и антиобсессивное действие; 2) положительное влияние на продуктивные непсихотиче­ские расстройства; 3) упорядочивающее действие на неглубокие на­рушения поведения; 4) способность устранять двигательную расторможенность; 5) снотворный эффект, 6) вегетостабилизирующее дей­ствие; 7) противосудорожные свойства; 8) миорелаксирующее дейст­вие, которое в психиатрии обычно играет роль побочного эффекта.

Показания к применению непсихотическая февога, фобии, обсессии, эмоциональная лабильность, гиперкинетический синд­ром, умеренно выраженные расстройства поведения, бессонни­ца, вегетодистония, эпилептические и эпилептиформные паро­ксизмы, эпилептический статус, повышенный мышечный тонус.

Транквилизаторы применяются при всех неврозах и неврозоподобных расстройствах различной этиологии, при вялотекущей шизофрении, неглубоких психических нарушениях у соматичес­ки больных, при психосоматических расстройствах и психосома­тических заболеваниях, эпилепсии, ряде неврологических болез­ней и как средства премедикации в хирургии

Иногда к транквилизаторам эпизодически прибегают практи­чески здоровые лица для предупреждения и устранения непатоло­гических острых психовегетативных реакций, обусловленных эмоциональным стрессом.

Существенное достоинство транквилизаторов — быстрота действия. Их лечебные эффекты проявляются в первые часы или дни применения, в зависимости от выбора препарата, дозы и спо­соба введения, клинических особенностей состояния и индиви­дуальной чувствительности

Из *побочных действий* особенно типичны вялость, мышечная слабость, сонливость, снижение уровня внимания и запоминания, замедление мыслительных процессов и двигательных реакций. Эти проявления наиболее выражены в первые дни приема препаратов и в дальнейшем сглаживаются Возможны побочные явления в виде головной боли, головокружении, диспепсии, кожной аллергии. Прием транквилизаторов несовместим с употреблением алкоголя. Курсовое лечение этими препаратами противопоказано больным ал­коголизмом, наркоманиями и токсикоманиями даже в состоянии ре­миссии. Нельзя назначать транквилизаторы лицам, управляющим транспортом и занимающимся другими видами деятельности, требую­щими высокого уровня внимания и быстрых психомоторных реакций.

*Самый серьезный недостаток* транквилизаторов — способ­ность вызывать психическую, а иногда и физическую зависи­мость при их длительном приеме. Поэтому сроки курсового при­менения транквилизаторов не должны превышать 2—4 недель.

*Механизмы действия транквилизаторов.* Подавляющее боль­шинство транквилизаторов относится к производным бензодиазепина. Клинические эффекты бензодиазепинов связывают с их дей­ствием на ГАМК-рецепторы и бензодиазепиновые рецепторы кле­ток мозга. Бензодиазепины облегчают высвобождение ГАМК, уси­ливая ее центральный ингибиторный эффект. На нейрофизиологи­ческом уровне установлено уменьшение под влиянием транквили­заторов возбудимости подкорковых структур мозга и торможение взаимодействия между корой и подкорковыми образованиями.

*Систематика транквилизаторов и клиническая характеристи­ка препаратов.* В зависимости от особенностей клинического действия, выделяют три группы транквилизаторов:

• транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта;

• дневные транквилизаторы,

• транквилизаторы с преобладанием снотворного действия.

***Транквилизаторы с преобладанием седативного эффекта***

Препараты этой группы обладают более выраженными седативными, противотревожными, антифобическими и миорелаксирующими свойствами. К препаратам данной группы относят феназепам, алпразолам, лоразепам, лоназепам , диазепам (реланиум, сибазон, седуксен), оксазепам (нозепам, тазепам).

***Дневные транквилизаторы***

Препараты данной группы обладают мягким седативным эффектом. Практически лишены снотворного и миорелаксирующего действий. К данным препаратам относят тофизопам (грандаксин), медазепам (мезапам, рудошель).

***Транквилизаторы с преобладанием снотворного эффекта***

Все вышеперечисленные транквилизаторы-седатики, в той или иной мере, обладают снотворным действием, во многом свя­занным с их противотревожными свойствами, и могут назначать­ся при расстройствах сна. Для некоторых транквилизаторов сно­творный эффект является основным. Эти препараты используют­ся почти исключительно при диссомнических нарушениях. Их не рекомендуется назначать на срок, превышающий 10—15 суток. К препаратм этой группы относят нитразепам (эунокпхин, радедорм), мидазолам (дормикум), флунитразепам (рогипнол), зопиклон (имован).

**Психостимуляторы**

К психостимуляторам относят препа­раты, основное клиническое действие которых — активация, сти­муляция психических функций.

Психостимуляторы повышают уровень бодрствования, вре­менно улучшают показатели познавательной деятельности (вни­мание, память, мышление), повышают скорость психических и двигательных реакций, умственную и физическую работоспособ­ность. Обладают некоторым антидепрессивным эффектом. У здо­ровых они улучшают общее самочувствие и настроение, могут придавать настроению эйфорическую окраску.

*Показания к применению*: умеренные астенические нарушения различной природы, дневная сонливость, вялоапатические состо­яния (в том числе обусловленные применением психотропных средств), субступорозные состояния, нарколепсия.

*Побочные действия, осложнения и противопоказания*. Психости­муляторы способны усиливать бред, галлюцинации, тревогу, ухуд­шать ночной сон. Возможны парадоксальные реакции на прием психостимуляторов в виде вялости, сонливости или отвлекаем ости, раздражительности, неусидчивости. Кроме того, препараты этой группы могут повышать артериальное давление, угнетать аппетит.

Все психостимуляторы при длительном использовании спо­собны вызывать психическую и физическую зависимость. Вслед­ствие этого, сроки их применения не должны превышать 3—4 не­дели. Назначаются в утреннее и дневное время или только утром.

*Противопоказаниями* к назначению психостимуляторов явля­ются алкоголизм, другие токсикомании и наркомании, эпилеп­сия, речедвигательное возбуждение, продуктивная психотическая симптоматика, психофизическое истощение, бессонница, гипер­тоническая болезнь, церебральный и общий атеросклероз, стено­кардия, гипертиреоз.

*Механизмы действия психостимуляторов*. Клинические эф­фекты психостимуляторов объясняют их активирующим влияни­ем на стволовой отдел мозга. Эти препараты повышают уровень функционирования центральных норадренергических и дофами-нергических систем мозга за счет увеличения содержания соот­ветствующих моноаминов в межсинаптических щелях.

Чаще всего в клинической практике используется сиднокарб, обладающий достаточно выраженными психостимулирующими свойствами и приемлемой переносимостью. Меридил (риталин, центедрин) применяется относительно редко.

**Ноотропные препараты (нейрометаболические стимуляторы)**

Ноотропы — это препараты, которые активируют церебральные метаболические процессы, оказывают центральное антигипоксическое действие и на этой основе улуч­шают состояние познавательных (когнитивных) функций.

Ноотропам присущи и другие клинические эффекты: антиас­тенический, некоторый антидепрессивный, вегетостабилизирующий. Перечисленные терапевтические свойства у одних ноотропов сочетаются с мягким психостимулирующим действием, у дру­гих — с седативным.

*Показания к применению* ноотропов весьма широкие. В первую очередь, они применяются при церебрально-органической недо­статочности (церебрастеническом синдроме и энцефалопатиях) сосудистого, травматического, нейроинфекционного, интокси­кационного генеза, при астениях любой другой этиологии. Неко­торые из этих препаратов в значительных или высоких дозах назначают в начальной стадии мозговых атрофичеких процессов (болезнь Альцгеймера, старческое слабоумие) и детям с задержка­ми психического развития. При глубоких деменциях, грубом пси­хическом недоразвитии ноотропы неэффективны.

Препараты данного класса используются как дополнительные при депрессиях, при вялоапатических состояниях, адинамии, не­бредовой ипохондрии, а также с целью повышения устойчивости к неблагоприятным биологическим воздействиям. Лечение ноотропами часто проводится в виде повторных курсов продолжи­тельностью 1,5—3 месяца с интервалами в несколько недель.

*Побочные эффекты.* Переносимость ноотропов обычно вполне удовлетворительная. Ноотропы с психостимулирующими свойст­вами могут усиливать или провоцировать тревогу, раздражитель­ность, нарушения сна, особенно у лиц позднего возраста. В неко­торых случаях назначение ноотропов сопровождается головной бо­лью, головокружением, диспепсией, аллергическими реакциями. Ноотропные препараты со стимулирующим действием проти­вопоказаны больным эпилепсией.

*Механизмы действия ноотропов.* Клинические эффекты большин­ства ноотропов связаны с их влиянием на ГАМК-ергические, норадренергические, холинергические и другие нейромедиаторные структуры.

*Клиническая характеристика препаратов.* Пирацетам (ноотро-пил) занимает ведущие позиции среди ноотропов. Его преимуще­ства заключаются в гармоничном сочетании различных ноотропных свойств, большей активности, по сравнению с другими пре­паратами данного класса, и в наличии инъекционной формы для внутримышечного и внутривенного введения. Препарат обладает некоторым психостимулирующим действием. Наряду с перечис­ленными выше общими показаниями для применения ноотро­пов, пирацетам используется при острых нарушениях мозгового кровообращения, коматозных состояниях, лекарственных и ал­когольных отравлениях, алкогольной и наркотической абстинен­ции, а также для улучшения переносимости других психотропных средств, особенно нейролептиков.

Суточная доза — 2,4—8,0 г. При расстройствах мозгового крово­обращения, комах, острых интоксикациях пирацетам применяется парентерально, в том числе в/в капельно в дозах до 20,0 г в сутки.

К препаратам данной группы так же отноят аминалон (гаммалон), пиридитол (энцефабол).

К ноотропам, которые оказывают не психостимулирующий, а седативный эффект, обладают некоторым противосудорожным действием и применяются в том числе в лечении эпилепсии, от­носятся пантогам (суточная доза — 1,5—3,0 г), фенибут (0,5-1,5 г), пикамилон (0,1—0,2 г).

**Нормотимики (стабилизаторы аффекта)**

К нормотимикам относят препараты, способные увеличивать длительность интервалов между фазами (приступами) рецидивирующих аффективных расстройств и смягчать их клинические проявления. Это средства вторичной профилактики рецидивирующих аффективных расстройств.

*Показания к применению.* Препараты данного класса использу­ют при частом повторении депрессий и маний в рамках маниа­кально-депрессивного психоза, циклотимии, приступообразной шизофрении. Нормотимики применяются не только как средства вторичной профилактики депрессий и маний «в чистом виде», но и приступообразных аффективных нарушений, сочетающихся с другими психопатологическими проявлениями (галлюцинаторно-бредовыми, гебефренными, психопатоподобными расстрой­ствами, навязчивостями).

Назначение нормотимиков на длительное время более чем у половины больных отдаляет наступление очередной депрессии или мании и сглаживает ее симптоматику. У некоторых пациентов при помощи нормотимиков удается прервать возобновление аф­фективных расстройств на многие годы.

*Механизм действия нормотимиков.* Предупреждение очеред­ного аффективного приступа нормотимиками связывают с их за­тормаживающим влиянием на ГАМК-ергическую систему.

*Клиническая характеристика препаратов.* Соли лития. Карбо­нат лития и оксибутират лития. Обладают не только нормотимическим, но и антиманиакальным эффектом. Суточные дозы солей лития подбираются под контролем их концентрации в плазме крови. Средние суточные дозы карбоната лития при его примене­нии для вторичной профилактики маний и депрессий составляют 0,9—1,2 г. Оксибутират лития в основном используется в лечении маний. Может вводиться парентерально. Суточная доза 1,6—3,2 г. Побочные эффекты солей лития чаще выражаются в астении, тре­море, атаксии, усилении жажды, диспепсии, увеличении массы тела. Препараты противопоказаны при недостаточности выделительной функции почек и декомпенсациях сердечно-сосудистых заболеваний.

Карбамазепин (финлепсин) обладает, наряду с нормотимически-ми свойствами, некоторым антидепрессивным и выраженным про-тивосудорожным эффектом. Вальпроат натрия (конвулекс, депакин) также оказывает не только гимостабилизирующее, но и антиманиакальное и антикон­вульсивное действие.

**Варианты и принципы психофармакотерапии**

Психотропные средства применяют в виде монотерапии и комплексной терапии.

*Монотерапия* используется при относительно простой струк­туре психических расстройств, их моносимптоматических фор­мах, в периоды ремиссий, при не вполне удовлетворительной пе­реносимости психотропных средств.

Чаще проводится терапия *сочетанием нескольких препаратов*. Подбор препаратов, в значительной мере, осуществляется в соот­ветствии с принципом симптомов-мишеней, хотя этот принцип и считается отчасти устаревшим.

При окончательном выборе препаратов учитывают не только клиническую картину психических расстройств. Принимают во внимание их динамику, нозологическую принадлежность, эффек­тивность ранее проводившейся терапии, особенности соматоне-врологического состояния и другие факторы.

Различают активную (купирующую), поддерживающую и близкую к ней противорецидивную психофармакотерапию.

**Другие методы биологической (немедикаментозной) терапии**

Лечение депривацией (лишением) сна. Метод заключается в не­прерывном бодрствовании больных на протяжении I —3 суток или в сокращении ночного сна до 3—4 часов в течение недели. Лишение сна используется при депрессиях, преимущественно эндогенной природы. Его лечебный эффект объясняют влиянием на циркадные биоритмы.

Фототерапия (светолечение). При проведении фототерапии больной ежедневно от получаса до 2—3 часов находится в услови­ях искусственного освещения белым светом высокой яркости (2500 люкс и более). Продолжительность лечения — 10—15 дней. Светолечение применяют при депрессиях, особенно эндоген­ных, сезонного характера. Терапевтический эффект связывают с воздействием яркого света на хронобиологические процессы.

Лазерная терапия. В ходе повторных сеансов кровь больного подвергается лазерному облучению. Метод применяется в терапии затяжных, резистентных к тимоаналептикам тоскливых депрессий и астенических состояний. Вследствие общестимулирующего дей­ствия, лазерная терапия может усилить имеющуюся тревогу.

Иглорефлексотерапия. Используется при неглубоких депрес­сиях, астениях различной природы, навязчивостях и других не­вротических и неврозоподобных расстройствах.

Перечисленные методы немедикаментозной терапии само­стоятельного значения, как правило, не имеют, применяются в сочетании с другими терапевтическими мероприятиями.

**Психотерапия и социотерапия**

Психотерапией называют лечение посредством воздействия психическими факторами — словом, невербальными условными раздражителями, обстановкой, определенными занятиями и т. д.

Социотерапия по сути дела является частью психотерапии, которая использует факторы социально-психологические: влия­ние непосредственно окружающей социальной среды, различные формы социальной активности (например, клубы бывших паци­ентов) или коллективной деятельности.

Психотерапия используется в различных областях медицины. Она особенно важна при заболеваниях, в развитии которых пси­хический фактор играет ведущую роль (неврозы и другие реактив­ные состояния, психосоматические заболевания), когда болезнь сама по себе ставит пациента в стрессовые условия (например, пред- и послеоперационный период) или становится для него тяжелой психической травмой (например, приводит к инвалиднос­ти). При неврозах психотерапия является основным методом лече­ния, но она применяется практически почти при всех психических расстройствах.

**Реабилитация**

Реабилитация (лат. rehabilitatio — восстановление в правах) — система медицинских, психологических и социальных мер, пре­дупреждающих дальнейшее развитие болезни, потерю работоспо­собности и направленных на возможно более раннее и эффектив­ное возвращение больных и инвалидов к общественно полезному труду и активной социальной жизни.

Лечение болезни может осуществляться без специальных реа­билитационных мер, но реабилитация включает также лечебные средства для достижения поставленных ею целей.

Важнейшей задачей реабилитации является восстановление личного (в собственных глазах) и социального (в глазах окружаю­щих) статуса больного — семейного, трудового, общественного.

**Основы психопрофилактики**

Психопрофилактика представляет собой раздел общей про­филактики, который включает мероприятия, направленные на предупреждение психических заболеваний. Между психикой человека и его соматическим состоянием имеется тесная связь. От устойчивости психики в определенной степени зависит соматическое состояние. Известно, что при боль­шом эмоциональном подъеме редко возникают соматические за­болевания (примером могут служить годы Великой Отечественной войны). Состояние соматического здоровья также может оказывать влияние на психику человека, вести к возникновению тех или иных психических расстройств или препятствовать им.

Задачами психопрофилактики являются:

1. предотвращение действия на организм и личность болезне­творной причины;

2. предупреждение развития заболевания путем его ранней ди­агностики и лечения;

3. предупредительное лечение и мероприятия, предотвращаю­щие рецидивы болезни и переход их в хронические формы.

В профилактике психических заболеваний большую роль иг­рают общепрофилактические мероприятия, такие как устранение инфекционных заболеваний, интоксикаций и других вредных воздействий внешней среды.

Под первичной психопрофилактикой принято понимать систе­му мероприятий, направленных на предупреждение патогенных воздействий на психику человека и в итоге на предупреждение психических и психосоматических болезней. Все мероприятия, относимые к первичной психопрофилактике, направлены на по­вышение выносливости психики к вредным факторам. К таким мероприятиям относятся правильное воспитание ребенка, борьба с ранними инфекциями и другими биологическими и психологи­ческими стрессами, которые могут вызвать задержку психическо­го развития, психический инфантилизм, снижение устойчивости психики к неблагоприятным влияниям.

Под вторичной психопрофилактикой принято понимать систе­му мероприятий,направленных на предупреждение неблагопри­ятного течения уже начавшегося заболевания. Вторичная профи­лактика включает раннюю диагностику, предупреждение опасных для жизни больного состояний, раннее начало лечения и приме­нение адекватных методов терапии для достижения наиболее полной ремиссии.

Третичная психопрофилактика — система мероприятий, направ­ленных на предупреждение возникновения инвалидности при хро­нических заболеваниях. В этом большую роль играет правильное ис­пользование лекарственных и других средств, применение методов лечебной и педагогической коррекции и систематическое поэтапное использование мер социальной реабилитации и реадаптации.

**Задания для самоконтроля**

1. Этиотропное лечение применяется при лечении:

1. шизофрении
2. прогрессивного паралича
3. болезни Альцгеймера
4. эпилепсии
5. олигофрении
6. психопатии

2. При лечении беспокойства и бессонницы у пожилых па­циентов безопаснее всего применять:

1. седативные нейролептики
2. бензодиазепиновые транквилизаторы
3. трициклические антидепрессанты
4. барбитураты
5. депривацию сна

3. Доказана безопасность использования для лечения психозов у женщин с физиологически протекаю­щей беременностью:

1. фенотиазиновых нейролептиков
2. бензодиазепиновых транквилизаторов
3. трициклических антидепрессантов
4. циклодола
5. ЭСТ

4. Наибольшая опасность формирования зависимости возникает при назначении:

1. нейролептиков
2. ТЦА
3. антидепрессантов из группы СИОЗС
4. ингибиторов МАО
5. пирацетама
6. бензодиазепиновых транквилизаторов

5. Все нейролептики:

1. блокируют ГАМК- рецепторы
2. потенцируют серотониновые рецепторы
3. блокируют дофаминовые рецепторы
4. потенцируют ацетилхолиновые рецепторы
5. блокируют опиатные рецепторы

6. Показанием к назначению бензодиазепиновых транквилизаторов может быть:

1. параноидный синдром
2. кататоническое возбуждение
3. онейроидное помрачение сознания
4. ситуационная тревога
5. любое из перечисленных расстройств

7. Показанием к назначению нейролептиков может быть:

1. психомоторное возбуждение
2. кататонический ступор
3. апатико-абулический синдром
4. ажитированная депрессия
5. любое из перечисленных расстройств

8. Активизирующий эффект у нейролептиков:

1. отмечается при использовании минимальных доз
2. отмечается при использовании максимальных доз
3. отмечается при использовании пролонгированных средств
4. отмечается при использовании короткодействующих средств
5. не отмечается никогда

9. Большинство нейролептиков обладает:

1. Миорелаксирующим
2. Противосудорожным
3. Послабляющим
4. Противорвотным
5. Антиаритмическим действием

10. Большинство транквилизаторов обладает гипотензивным:

1. Противосудорожным
2. Противоаллергическим
3. Противорвотным
4. Бронхолитическим действием

11. Кроме депрессии антидепрессанты назначаются также для лечения:

1. персекуторного бреда
2. обсессивно-компульсивного расстройства
3. болезни Альцгеймера
4. тонико-клонических судорог
5. острых аллергических реакций

12. Прием нейролептиков нередко вызывает:

1. кахексию
2. функциональные параличи
3. бронхоспазм
4. паркинсонизм
5. диарею
6. диплопию

13. Бензодиазепиновые транквилизаторы противопоказаны пациентам с:

1. злокачественными опухолями
2. алкогольным абстинентным синдромом
3. климактерическим синдромом
4. миастенией
5. паркинсонизмом
6. всеми перечисленными заболеваниями

14. Трициклические антидепрессанты противопоказаны пациентам с:

1. закрытоугольной глаукомой
2. нарушениями сердечного ритма
3. аденомой предстательной железы
4. хроническими запорами
5. всеми перечисленными заболеваниями

15. Фенотиазиновые нейролептики противопоказаны пациентам с:

1. Миастенией
2. ажитированной депрессией
3. пищевой аллергией
4. вирусным гепатитом
5. всеми перечисленными заболеваниями

16. Нельзя сочетать антидепрессанты из группы СИОЗС с:

1. Нейролептиками
2. бензодиазепиновыми транквилизато­рами
3. ингибиторами МАО
4. противосудорожными средствами
5. ноотропами
6. всеми перечисленными лекарствами

17. Больным с депрессивным ступором следует назначать:

1. Седативные антидепрессанты
2. Сбалансированные антидепрессанты
3. Активизирующие антидепрессанты

18. Синдром отмены при приеме бензодиазепиновых транквилизаторов может проявляться:

1. кожными высыпаниями
2. гипертоническими кризами
3. бронхоспазмом
4. судорожными припадками
5. нарушениями аккомодации

19. Соли лития применяются для лечения:

1. бреда и галлюцинаций
2. кататонического синдрома
3. маниакального синдрома
4. ситуационной тревоги
5. судорожных припадков
6. посттравматической энцефалопатии

20. Частым последствием длительного приема противоэпилептических средств бывает:

1. лекарственный паркинсонизм
2. гипацидный гастрит
3. макроцитарная анемия
4. хронический запор
5. декомпенсация закрытоугольной глаукомы

21. В качестве основного метода психотерапия применяется при лечении:

1. делирия
2. эндогенной депрессии
3. эпилепсии
4. истерического невроза
5. корсаковского психоза

22. Для лечения расстройств личности лучше всего использовать:

1. Когнитивные методы психотерапии
2. Суггестивные методы психотерапии
3. Бихевиоральные методы психотерапии
4. Парадоксальные методы психотерапии
5. Групповые методы психотерапии

23. Третичная профилактика, в частности, направлена на:

1. снижение заболеваемости неврозами
2. преодоление явления госпитализма
3. предотвращение повторных приступов болезни
4. пропаганду здорового образа жизни

Литература:

1. Уч. психиатрии MB. Коркина, Н.Д. Лакосина 2002 г.
2. Уч. психиатрии Н.М. Жариков, Ю.Г. Тюльпин 2000 г.