

## Лекція 1

### Тема: Предмет та завдання психофармакології

#### План

1. Психофармакологія як навчальна дисципліна.
2. Завдання і цілі психофармакології.
3. Значущість психофармакології. Психофармакологія в психіатрії.
4. Клінічна психофармакологія. Соціальні аспекти психофармакології.
5. Історія психофармакології

#### *Список літератури:*

1. Авруцкий Г.Я. Лечение психически больных. / Авруцкий Г.Я., Недува А.А. - М., «Медицина», 2008. – 356 с.
2. Албертс Б. Молекулярная биология клетки: В 3 т. / Албертс Б. - М.: Мир, 2014. Т. 2. С. 338—393.
3. Биохимия мозга / Под ред. И.П.Ашмарина и др. СПб.: Изд-во СПб. ун-та, 2009. – 378 с.
4. Губский Ю.И. Лекарственные средства в психофармакологии. / Губский Ю.И., Шаповалова В.А. - К.: «Здоров'я», Харьков «Торсинг», 2007. – 256 с.
5. Иверсен Л. Химия мозга // Мозг / Под ред. П.В.Симонова. - М.: Мир, 2014. С.141—166.
6. Карсон Р. Анормальная психология. — 11-е изд. / Карсон Р., Батгер Дж., Минека С. — СПб.: Питер, 2004. – 267 с.

### **1.Психофармакологія як навчальна дисципліна**

Психофармакологія – це розділ фармакології, присвячений вивченню впливу лікарських засобів на вищу нервову діяльність. Психофармакологія вивчає також питання застосування лікарських засобів для лікування психічних захворювань.

Виділення психофармакології в особливий розділ фармакології пов'язано зі специфічністю і значною складністю методичних прийомів. Питання фармакології вищої нервової діяльності займали значне місце в

роботах І. П. Павлова, який показав, що за допомогою кофеїну і бромідів можна регулювати збудливі і гальмівні процеси в центральній нервовій системі.

Однак психофармакологія в сучасному розумінні виникла тільки в 1952-1954 рр., коли в медичну практику були введені аміназин та резерпін, які надають виражений заспокійливий ефект у хворих з психічними порушеннями. Вони були першими препаратами з групи психотропних засобів. Надалі завдяки успіхам синтетичної хімії вдалося отримати значне число нових активних психотропних препаратів, серед яких в даний час виділяють речовини пригнічувального і стимулюючого типу дії. Речовини пригнічувального типу дії представлені групами нейролептичних засобів, або транквілізаторами, і антифобічними седативними препаратами (малі транквілізатори). Психостимулятори, антидепресанти і психотоміметичні засоби складають групу психотропних засобів стимулюючого типу дії.

У зв'язку з впровадженням в медичну практику психотропних засобів з'явилася можливість ефективного лікування ряду психічних хвороб.

Успіхи сучасної синтетичної хімії дозволили за відносно короткий термін (10-13 років) створити сотні нових психофармакологічних засобів. Спочатку пошуки проводилися серед похідних фенотіазину (до числа останніх належить аміназин). Надалі пошук психотропних засобів вівся серед різних класів хімічних сполук. У результаті були отримані сполуки, що в десятки разів перевершують за активністю аміназин і, що особливо важливо, з іншою спрямованістю дії, так звані антидепресанти.

До психофармакологічних засобів відносять також відомі з давніх часів стимулятори вищої нервової діяльності – кофеїн і його аналоги і синтетичні препарати фенілалкіламінового ряду – фенамін і його похідні. Особливу групу складають психотоміметичні засоби, або галюциногени.

Досвід клінічного використання психофармакологічних засобів показав їх високу ефективність при лікуванні психічних захворювань. Їх застосування змінило умови і терміни утримання хворих у психіатричних

стаціонарах. Виникли широкі можливості амбулаторного лікування хворих психозами. В результаті появи психофармакологічних засобів відкрилися також перспективи вивчення патогенезу різних психопатологічних станів, у тому числі шляхом створення експериментальних моделей психотичних станів.

Класифікація психофармакологічних засобів ґрунтується переважно на їх фармакологічній дії. Розрізняють в основному дві групи засобів: депривуючого (седативного) і стимулюючого типів дії. До перших відносяться транквілізуючі (психоседативні) засоби. У цю групу включаються великі транквілізатори, малі транквілізатори, або атарактичні засоби. Малі транквілізатори через схожість за характером дії об'єднані в одну загальну групу з седативними засобами. До речовин стимулюючого типу відносять психоаналептики (стимулятори нервової діяльності), антидепресанти і психотоміметичні засоби.

Загальноприйнятої класифікації психотропних засобів в даний час немає. За клінічною дією вони можуть бути умовно розділені на дві основні групи: засоби заспокійливої, седативної дії і засоби збудливої дії. Виділяють ще третю групу – психотоміметичні засоби, або галюциногени. Однак є деякі психотропні речовини, які не можуть бути віднесені до тієї чи іншої групи, оскільки характеризуються особливим, змішаним типом дії. Крім того, одна і та ж речовина, залежно від дози та особливостей патологічного процесу, при якому вона застосовується, може чинити як заспокійливий, так і збудливий вплив. Тому виділяють речовини з переважно заспокійливою або збудливою дією.

До препаратів з переважно седативною дією відносяться похідні фенотіазину, алкалоїди раувольфії, похідні аліфатичних спиртів і дифенілметану.

З усіх перерахованих груп поєднань похідні фенотіазину і алкалоїди раувольфії є найбільш сильними седативними засобами. Їх позначають груповою назвою нейролептики, або великі транквілізатори. Представником

похідних аліфатичних спиртів є мепротан або андаксин, мепробамат. Ці препарати мають менш виражений седативний ефект в порівнянні з попередньою групою, тому їх називають малими транквілізаторами, або (враховуючи їх здатність викликати розслаблення м'язів) релаксантами.

Група речовин зі збудливою дією на центральну нервову систему включає речовини короткочасної дії: кофеїн, фенамін та їх аналоги, а також речовини з тривалою антидепресивною і збудливою дією: іпразід, фенізін, ніамід, беназід (ізокарбоксамід). Ця група речовин з тривалою стимулюючою дією отримала назву інгібіторів монпамінооксидаз. До цієї ж групи належить препарат, що є похідним негідразинових сполук, як попередня група. До групи антидепресивних речовин входить препарат імізін.

До галюциногенів, або психотоміметичних речовин відносяться мескалін, псилоцибін і діетіламід лізергінової кислоти. При лікуванні психічних захворювань мають значення тільки перші дві групи препаратів: група заспокійливої, седативної дії і група стимулюючої, антидепресивної дії.

Препарати заспокійливої, седативної дії (нейролептики) використовуються при лікуванні моторного збудження, неправильної поведінки, галюцинацій, афективно-вольових розладів, марення і інших психотичних проявів. З препаратів цієї групи найбільшу популярність здобув аміназин. Він володіє значною психотропною дією, усуває психотичні розлади, пов'язані з порушенням.

## **2.Завдання і цілі психофармакології**

25 червня 1952 на конгресі в Люксембурзі французькі психіатри повідомили про результати лікування ними психозів «нейролітично-нейролептичним методом, запозиченим з області гібернаційної терапії». Навряд чи тоді хтось міг припустити, що цей новий напрямок в психіатрії отримає настільки широкий розвиток і під назвою «психофармакологія» розвинеться як дисципліна, яка об'єднують творчі зусилля фахівців у галузі хімії, біохімії, фармакології, нейрофізіології, психіатрії та багатьох інших.

Різні проблеми сучасної психофармакології добре сформульовані.

1. Синтезування нових психотропних препаратів, що володіють максимальною терапевтичною широтою і викликають мінімальні побічні явища і ускладнення.
2. Всебічне вивчення змін, що викликаються в організмі людини психотропними препаратами.
3. Дослідження механізму дії психофармакологічних медикаментів.
4. Вивчення фармакопсихопатологічних особливостей дії психофармакологічних препаратів на психічні функції як здорових, так і хворих людей.
5. Вишукування психотоміметичних (психотоксичних) речовин, що викликають психози.

Клінічна психофармакологія, вивчаючи всі ці аспекти, спрямовує увагу головним чином на вивчення психотропних речовин для терапії психічних захворювань і на пов'язані з цим питання: дослідження психофармакологічних препаратів, способи їх застосування, диференціювання показань і протипоказань, спостереження за медикаментозно обумовленими змінами в структурі і динаміці психозів.

### **3.Значущість психофармакології. Психофармакологія в психіатрії.**

Дуже важко перерахувати всі позитивні моменти, які внесла психофармакологія в область клінічної психіатрії. Тому ми зупинимось тільки на самому головному.

1. Сучасна психофармакологія збагатила й розширила терапевтичні можливості психіатрів для активного і ефективного втручання при психічних захворюваннях, на які старі методи не могли впливати: хронічна шизофренія, маніакальні стани, гостре і тривале психомоторне збудження різної природи, важкі нав'язливі синдроми, важкі психопатичні реакції, напади збудження у олігофренів тощо.
2. Велика, широко поширена група психічних захворювань, так звані реактивні стани (неврози, психогенні психози) і група так званих

психосоматичних захворювань завдяки фармакотерапії отримали сприятливу основу для ефективної терапії.

3. Виникли передумови, що послужили поштовхом до застосування нових форм реабілітації та ресоціалізації. Великий контингент хворих, що знаходяться в умовах тривалої госпіталізації, зміг повернутися в свої сім'ї і включитися в суспільне середовище. Інша частина хворих, лікування яких дало менший ефект, змогли більш-менш повноцінно брати участь у деяких трудових процесах.

4. З'явилася можливість психопрофілактики психозів за допомогою підтримуючої терапії, що сприяє стабілізації ремісії та зменшення частоти нападів, особливо при шизофренії.

5. Відбулися істотні зміни в зовнішності, організації та режимі психіатричних лікарень. Завдяки сучасній фармакотерапії значно зменшилася кількість порушених і агресивних хворих; психіатрична лікарня за основними показниками наближається до соматичної.

6. Особливо цікаві зміни, що сталися в принципах і організації психіатричної допомоги. Гуманний і в лікувальному відношенні більш результативний напрямок – містити психічно хворих якомога довше в сімейному та трудовому середовищі. В даний час застосовуються нові форми позалікарняної психіатричної допомоги – денні та нічні стаціонари, допоміжні майстерні, спортивні та культурні заходи, створені кращі умови для реабілітації, намічаються нові методи диспансерної роботи.

7. Практика показала, що фармакотерапія – один із своєрідних клінічних експериментів, який дозволяє отримати різні дані, що мають значення для розуміння ряду сторін патогенезу, патофізіології та клініки психозів. Поступовий і «ступінчастий» характер поліпшення клінічної картини, різна швидкість редукції окремих симптомів і синдромів, а іноді і штучне загострення і посилення їх створюють передумови для більш глибокого (як у сповільнених кадрах кінострічки) вивчення психопатологічної симптоматики. Швидкість впливу шоківих методів лікування і неминучість

при їх застосуванні коматозного стану у хворого виключає подібні умови для спостереження. Психофармакологія сприяла також новому розвитку біохімії мозку. Як підкреслюють Bueno і Himwich, розуміння механізмів дії нейрорептиків має велике значення для вивчення патогенезу шизофренії.

#### **4.Клінічна психофармакологія. Соціальні аспекти психофармакології.**

Однак критичне ставлення до всякого нового методу, який прагне замінити інші, зобов'язує нас привести ряд фактів, що свідчать про наявність певних негативних особливостей в сучасній психофармакотерапії. Тривале спостереження показали, що деякі ендогенні психози (наприклад, шизофренія) після лікування психотропними засобами (одноразово або багато разів) схильні до затяжного перебігу, а психози, що протікають фазами (наприклад, маніакально-депресивний психоз), отримують тенденцію до частіших нападів. Стали частіше з'являтися несприятливі для клінічного розвитку зміни в структурі окремих синдромів – так звані патоморфоз клінічної картини, а в ряді випадків ці захворювання стають резистентними до фармакотерапії або до інших видів лікування. Якщо спочатку вважалося, що ця терапія абсолютно нешкідлива, то більш пізні клінічні спостереження показали, що в процесі лікування виникає ряд побічних явищ і ускладнень, багато з яких носять важкий характер і навіть ведуть до летального результату.

#### **5.Історія психофармакології**

Західні представники психофармакології розглянуті як «інтердисциплінарна» галузь природознавства, а особливо в області практичного застосування в медицині, має коротку історію. Зачатки її, однак, виявлялися ще в глибоку давнину як елемент релігійних і магічних ритуалів або у лікарському емпіризмі, Delay справедливо говорить, що «ця наука - старе мистецтво». Наступні покоління набули більш широкого досвіду завдяки вживанню різних заспокійливих, що усувають біль і п'яних засобів. Велике значення мало вишукування речовин, що володіють властивістю занурювати людину у світ красивих ілюзій.

М. de Tours вивчив дію багатьох психотропних речовин - опіуму, беладони, блекоти, аконітина і хлороформу – методом самоспостереження і в дослідях на хворих. Саме тому він по праву вважається одним з основоположників психофармакології. У цій області не менші заслуги і Краерлін, який проводив систематичні науково обґрунтовані дослідження різних лікарських речовин на здорових людях. Він вивчав морфін, чай, алкоголь, ефір, хлоральдегід і паральдегід і в 1892 р. опублікував свою знамениту працю «Вплив деяких ліків на прості душевні процеси». У зв'язку з цією книгою багато хто вважає його родоначальником іншого розділу сучасної психофармакології – фармакопсихології. Великі заслуги має Lewin, що багато займався екзотичними заспокійливими отрутами. XX століття ознаменувалося подальшим прогресом у виявленні психотропних властивостей ряду речовин. З 1950 р. відомі досліді Baruk з експериментальної кататонії. У 1932 р. стали відомі досліді Pascal, проведені на хворих шизофренією; вони, власне кажучи, передували подібним дослідам Mayer-Gross.

### **Історія вітчизняної психофармакології**

Вчення І. П. Павлова про експериментальні неврози і теоретичне обґрунтування бромкофеїнової терапії є по суті цінним внеском у психофармакологію. Вкрай цікаві з психофармакологічної точки зору досліді Е.Х. Кандинського по вивченню дії індійської коноплі на динаміку псевдогалюцинацій і роботи Є. А. Попова про вплив брому, кофеїну і хлоралгідрату на галюцинації. Великий теоретичний матеріал дали дослідження М. А. Гольденберга, пов'язані з атропіновим і акріхіновим психозами. Заслуговує на увагу вивчення Г. Узунова хворих з атебріновими психозами: крім клінічних спостережень, він включив і елементи психофармакологічних досліджень, а саме досвід викликання експериментальних атебрінових психозів. Основи сучасної клінічної психофармакології були закладені в 1952 р у Франції. Але ще в 1946 р. хірург Laborit, вивчаючи постопераційні захворювання, шукав способи



медикаментозної блокади нейровегетативних реакцій. Після випробування багатьох речовин він разом з Hugenard зазначив, що хлорпромазин потенціює дію анестетиків і анальгетиків.

Одночасно з цим вони відзначали у хворих схильність до сонливості і байдужість до навколишнього середовища без потьмарення свідомості. У тому ж році Намон і співр., застосовуючи хлорпромазин (ларгактіл) при маніакальному збудженні, відзначили його потенціуючу дію на пентобарбітал і пентідін. Delay, Deniker і Harle в клініці Св. Анни в Парижі вперше протягом тривалого часу застосовували хлорпромазин для лікування ряду психозів. Про результати своїх спостережень вони повідомили на засіданні, присвяченому сторіччю Медико-психологічного товариства у Франції. Наступний етап розвитку психофармакології пов'язаний з резерпіном- речовиною, що різко відрізняється від фенотиазинів, родоначальником перших психофармакологічних засобів, який досі використовується як засіб проти підвищеного кров'яного тиску. Одночасно незалежно від хлорпромазина були відкриті і психотропні властивості гідразинових інгібіторів моноамінооксидази. Позитивна дія цієї групи препаратів було виявлено випадково, в процесі широкого застосування ріміфона при лікуванні туберкульозу. Крім антидепресивної дії, цей препарат провокував делириозно-галюцинаторно-параноїдний синдром. Впровадження іпроніазида в клінічну практику пов'язане з ім'ям Kline (1957).

Поява нових препаратів в психофармакології. Алкалоїди в психофармакології. Ще успішніше почалося лікування депресивних станів фармакологічними засобами з 1957 р, коли швейцарець Kuhn при випробуванні іміпраміна як нейролептіка виявив його майже специфічну активність при депресіях, що супроводжуються рухової загальмованістю. Спостереження Kuhn незабаром були підтверджені Kielholz, Battegay, Coirault, Steck, Freyhan, Lehmann і багатьма іншими. Протягом того ж десятиліття під впливом описаних вище важливих терапевтичних відкриттів поступово отримало самостійне значення застосування транквілізаторів.

Вихідними речовинами при цьому були з'єднання алкоголіна і дифенілметана. Психофармакологія збагатилася спостереженнями у зв'язку із зростаючим вживанням синтетичних анальгетиків (і зловживання ними), таких, як долантін, поламідон, еукодал, дроморан, дікодал тощо. Більшість цих морфіноподібних препаратів рекламувалося з вказівкою на те, що вони не несуть небезпеку наркотичного звикання. Залишається додати дані спостережень результатів зловживання так званими збудливими амінами (векамін, амфетамін тощо), яке прийняло страхітливі розміри, особливо після другої світової війни, в Японії. Поряд з лікувальними стали відомі і психотогенні властивості психостимуляторів.

Історія психодіелептичних речовин тісно переплетена з історією психофармакології. Як уже згадувалося, психотропні властивості ряду алкалоїдів і багатьох рослинних екстрактів були відомі ще в давнину, але вони вживалися тоді переважно в релігійно-ритуальних цілях. У «Corpus Hippokratum» і в фармакотерапії еллінів є вказівка, що екстракти мандрагори викликають «безумство» у здорових людей. Речовини подібного роду використовувалися карфагенянами при диверсійних військових діях з метою позбавлення противника здатності до оборони. В давнину було також відомо, що при вживанні алкалоїдів соланацеї виникають психотонічні явища. У XIX столітті були відкриті психотоміметичні властивості «райського газу» (Dorv, 1814), атропіну (Ковалевський, 1880). У 1943 р Hofmann під час роботи в лабораторії Sandoz, де він вивчав властивості ріжків, випадково відкрив дію діетіламиду лізергінової кислоти, яка пізніше була вивчена Stoll. Побічні явища, викликані психофармакотерапією, також дають великий матеріал для розкриття дизлептичних властивостей багатьох медикаментів. Останнім часом в області клінічної психофармакології з'являється прагнення синтезувати більш активні психотропні засоби. Найістотнішим у цій тенденції є отримання речовин з найбільшим лікувальним ефектом, мінімальними побічними явищами.

## Глосарій

*Психофармакологія* – розділ фармакології, який вивчає вплив лікарських засобів на вищу нервову діяльність, а також питання застосування лікарських засобів для лікування психічних захворювань.

*Фармакологія* - наука про ліки та дію їх на живий організм.

*Кофеїн* — ксантиновий алкалоїд, міститься в бобах кавового дерева, у листі чаю, мате, ягодах гуарани, а також у невеликих кількостях у какао та горіхах кола; стимулятор центральної нервової системи, компонент тонізуючих напоїв та лікарських засобів для полегшення дихання.

*Нейролептик* - це особливий препарат, який застосовують при різних психічних розладах.

*Транквілізатори* (від лат. *tranquillo* заспокоювати) або анксиолітики чи атарактики — психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну.

*Седативні препарати* - це засоби заспокійливої дії (на латині "*sedatio*" означає заспокоєння").

*Галюциногени* – це хімічні речовини, що мають вигляд безбарвного і позбавленого смаку кристалічного порошку. Вони впливають на психічний стан людини, змінюючи її слухове та зорове сприйняття.

### Тести для самоконтролю

1.Психофармакологія – це...

- А) розділ фармакології, присвячений вивченню впливу лікарських засобів на вищу нервову діяльність;
- Б) розділ психології, присвячений дослідженню детермінант та проявів відхилень психічного розвитку;
- В) розділ медицини, присвячений аналізу психічних хвороб.

2. Питання фармакології вищої нервової діяльності займали значне місце в роботах...

- А) Леонтєва;

Б) Павлова;

В) Ананьєва.

3. Психофармакологія в сучасному розумінні виникла....

А) в 1952-1954 рр.;

Б) в 1963-1965 рр.;

В) в 1980-1983 рр.

4. Розвиток психофармакології пов'язаний з введенням у медичну практику...

А) морфію;

Б) аміназину та резерпіну;

В) фенаміну і його похідних.

5. У класифікацію А.В.Снежневського входять....

А) психолептики;

Б) психотоніки;

В) психотомиметики;

Г) гіпнотики;

Д) транквілізатори.

6. Сучасна класифікація психофармакологічних засобів включає...

А) нейролептики;

Б) антидепресанти;

В) транквілізатори;

Г) психостимулятори;

Д) психодизлептики;

Е) ноотропи;

Ж) енергетики.

7. Нейролептики це...

А) різні за хімічним складом (трициклічні і моноатомні інгібітори оксидази) і механізмом дії психотропні речовини, що поліпшують настрій, знімають почуття пригніченості, нервову напругу і тривогу, підвищують психічну активність;

Б) численна група психотропних препаратів, які пригнічують ЦНС і здатні усувати психомоторне збудження різного генезу, ослаблювати розлади сприйняття і мислення, зменшувати продуктивну симптоматику психозів (марення, галюцинації, манії).

В) психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість з них відноситься до групи бензодіазепінів.

#### 8. Антидепресанти...

А) численна група психотропних препаратів, які пригнічують ЦНС і здатні усувати психомоторне збудження різного генезу, ослаблювати розлади сприйняття і мислення, зменшувати продуктивну симптоматику психозів (марення, галюцинації, манії).

Б) психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість з них відноситься до групи бензодіазепінів.

В) різні за хімічним складом (трициклічні і моноатомні інгібітори оксидази) і механізмом дії психотропні речовини, що поліпшують настрій, знімають почуття пригніченості, нервову напругу і тривогу, підвищують психічну активність.

#### 9. Транквілізатори це ...

А) препарати в результаті вживання яких прискорюється темп мислення (при цьому міркування стає поверхневим, легким, менш обдуманим);

Б) група засобів психотропної дії, що викликають у здорових людей психічні розлади - ілюзії, яскраві зорові і слухові галюцинації, порушення мислення, явища деперсоналізації і дереалізації, ейфорію;

В) психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість з них відноситься до групи бензодіазепінів.

#### 10. Психостимулятори це...

А) препарати в результаті вживання яких прискорюється темп мислення (при цьому міркування стає поверхневим, легким, менш обдуманим);

Б) група засобів психотропної дії, що викликають у здорових людей психічні розлади - ілюзії, яскраві зорові і слухові галюцинації, порушення мислення, явища деперсоналізації і дереалізації, ейфорію;

В) психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість з них відноситься до групи бензодіазепінів.

#### 11. Психодизлептики це..

А) препарати в результаті вживання яких прискорюється темп мислення (при цьому міркування стає поверхневим, легким, менш обдуманим);

Б) група засобів психотропної дії, що викликають у здорових людей психічні розлади - ілюзії, яскраві зорові і слухові галюцинації, порушення мислення, явища деперсоналізації і дереалізації, ейфорію.

В) психотропні лікарські засоби, здатні усувати або пом'якшувати невротичні прояви, страх, тривогу, емоційну напругу, розлади сну. Більшість з них відноситься до групи бензодіазепінів.

#### 12. Для лікування депресій використовуються...

А) сильнодіючі тимолептики – іміпрамін, дезипрамін – застосовуються при станах пригніченості;

Б) тимолептики, що володіють седативною дією, - амітриптилін;

В) хлорпромазин.

#### 13. Для лікування маніакальних станів використовуються...

А) хлорпромазин;

Б) хлорпромазин;

В) левомепромазин.

#### 14. Для лікування психопатій використовуються...

А) хлордіазепоксид (лібриум);

Б) діазепам (валіум);

В) гідантоїни.

15. Для лікування епілепсії використовуються...

А) фенобарбітал;

Б) опіпрамол;

В) гідантоїни.

16. Для лікування неврозів використовуються...

А) іміпрамін;

Б) бензодіазепін;

В) опіпрамол.

17. Для абстинентних станів при наркоманії використовуються...

А) хлорпротиксен;

Б) левомепромазин;

В) діазепам.

18. Для зняття абстинентних станів при алкоголізмі використовується...

А) дезипрамін;

Б) діазепам;

В) хлорпротиксен.

19. Психоліз це...

А) психотерапевтичний метод, при проведенні якого психодизлептики використовуються як допоміжний засіб для лікування неврозів.

Б) метод, що здійснюється за допомогою внутрішньовенного введення швидкодійних барбітуратів, які викликають напівсонний стан людини, що використовується для проведення «більш вільної» бесіди з нею.

20. Нарколіз це...

А) психотерапевтичний метод, при проведенні якого психодизлептики використовуються як допоміжний засіб для лікування неврозів.

Б) метод, що здійснюється за допомогою внутрішньовенного введення швидкодійних барбітуратів, які викликають напівсонний стан людини, що використовується для проведення «більш вільної» бесіди з нею.