

Лекція 2

Тема: Класифікація психотропних засобів

План

- 1.Різновиди психофармакологічних класифікацій.
2. Клінічна класифікація психотропних засобів. Класифікація Снежинського.
3. Сучасна класифікація психотропних засобів.

Список літератури:

- 1.Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства / Александровский Ю.А. - М., Медицина, 2013. – 145 с.
- 2.Александровский Ю. А. Психофармакотерапия пограничных психических расстройств./ Александровский Ю. А., Барденштейн Л. М., Аведисова А. С. — М.: ГЭОТАР Медицина, 2000.— 250 с.
3. Ашмарин И. П. Биохимия мозга / Ашмарин И. П. – СПбГУ, 2009. – 377 с.
4. Бак З. Химическая передача нервного импульса / Бак З. – М.: Мир, 2007.- 412 с.
5. Белоусов Ю.Б. Клиническая фармакология и фармакотерапия. / Белоусов Ю.Б., Моисеев В.С., Лепахин В.К. – М.: «Универсум Паблишинг» - 2007. – 322 с.
6. Бенькович Б.И. Психофармакологические препараты и нервная система (руководство для врачей). / Бенькович Б.И. – М.: Медицина, 2000. - 155 с.

1. Різновиди психофармакологічних класифікацій

Бурхливий розвиток психофармакології характеризується синтезуванням величезної кількості препаратів з різним хімічним складом. Число речовин зростає настільки швидко, що докладне ознайомлення з усіма медикаментами стало дуже важким завданням навіть для вузького спеціаліста в цій галузі. У зв'язку з цим виникає необхідність систематизації всіх психофармакологічних медикаментів за принципами, що розкриває їх найістотніші властивості та лікувальні ефекти. Класифікацію психофармакологічних засобів можна побудувати на основі різних

показників. Heinrich зазначає, що в цьому відношенні існує 5 основних критеріїв: 1) хімічна структура; 2) фармакодинаміка, вплив на обмін, показники тестів на піддослідних тварин; 3) власне дію препаратів; 4) клінічний ефект, симптоми за Freyhan і нозологічні одиниці; 5) супутні явища.

Аналіз запропонованих у літературі класифікацій, побудованих на деяких із зазначених критеріїв, показав, що, крім безперечних позитивних сторін і переваг, в них є ряд прогалин та слабких місць. Наприклад, класифікація, провідним принципом якої є характер дії препарату, недоцільна, оскільки вона не узгоджується з тим, що дія майже будь-якого медикаменту, тобто його терапевтичний ефект, залежить не тільки від хімічних властивостей препарату, а й від індивідуальних особливостей хворого, його цілісної психічної, нервової та соматичної реактивності. Відомо також, що нескінченна різноманітність уроджених і індивідуально набутих якостей людини створює різний ґрунт, на який дія одного й того ж препарату, що впливає в рамках однієї і тієї ж нозологічної одиниці, вкрай різна в кількісному і якісному відношенні. Спроби класифікувати препарати на основі їх хімічної будови становлять великий інтерес у зв'язку з прагненням дослідників знайти співвідношення між молекулярною будовою психотропних речовин та їх впливом на психічну діяльність. Хімічна структура препаратів враховується в більшості класифікацій, а для деяких груп або підгруп медикаментів цей принцип є керівним. Класифікації, побудовані переважно на результатах фармакологічних експериментів, корисні і для клініциста, оскільки вони допомагають йому ознайомитися з фармакодинамікою цілих груп препаратів. З цієї точки зору заслуговує на увагу класифікація та систематизація лікарських засобів, представлені школою Selbach. Вони ґрунтуються на положеннях Hess, який підкреслює єдність і протилежність у діяльності двох відділів вегетативної нервової системи: трофотропно-парасимпатичного з нейрогормоном серотоніном і ерготропно-парасимпатичного з нейрогормоном адреналіном.

2.Клінічна класифікація психотропних засобів. Класифікація Снежинського.

Для цілей клінічної психофармакології найбільш задовільними є ті класифікації, які дозволяють лікарю-фахівцю швидко визначити, до якої терапевтичної групи відноситься даний препарат. У цьому відношенні дуже зручною виявилася класифікація, запропонована Delay. Автор ділить психотропні речовини на три основні групи: психолептики, психоаналептики і психодизлептики. Тут слід звернути увагу на те, що до групи психолептиків віднесені тимолептики у вузькому сенсі слова, а саме, трициклічні з'єднання з антидепресивною дією, а тимолептики з групи інгібіторів моноаміноксидази (так звані тімеретіки) включені як підрозділ психоаналептиків.

Офіційна американська класифікація істотно відрізняється від європейської. У ній міститься одна основна група транквілізаторів, яка ділиться на великі і малі. Великі транквілізатори – це вже відомі нейролептики, а малі, названі також атарактиками, відповідають тому, що у нас називають транквілізаторами. Друга основна група – стимулятори, що об'єднує всі антидепресивні медикаменти. Зокрема, Kline називає психолептики психоінгібіторами, а нейролептики – атарактиками. Транквілізатори той же автор позначає як психом'язові релаксанти, а деякі з них – седативні. Останнє поняття, однак, вносить певні неясності щодо відмежування ряду більш старих психотропних медикаментів.

А.В.Снежневський запропонував класифікацію, яка побудована на фізіологічних принципах, тобто на основі дії психофармакологічних медикаментів на процеси збудження і гальмування:

1. Психолептики (зменшують збудливість).
2. Психотоніки (посилюють збудливість).
3. Психотомиметики або галюциногени.

Майже збігається з викладеною і класифікація, запропонована Г.Я.Авруцьким. Потрібно відзначити, що ці дві класифікації мають багато

спільного з класифікацією Delay. Певне значення надається і класифікації Stach і Poldinger. Її основний критерій – антипсихотичний ефект препаратів:

I. Психофармакологічні засоби, що не володіють антипсихотичною дією.

1. Гіпнотики.
2. Стимулятори центральної нервової системи.
3. Транквілізатори.

II. Психофармакологічні засоби, що володіють антипсихотичною дією.

1. Нейролептики (негіпнотичні седативні засоби переважно антишизофренічної дії).

2. Антидепресанти.

а. Тимолептики (переважно поліпшують настрій).

б. Тімеретики (усувають рухову загальмованість).

III. Психофармакологічні засоби, що володіють психотоміметичною дією.

3. Сучасна класифікація психотропних засобів.

Запропонована класифікація передбачає одночасно і хімічну структуру препарату, і його терапевтичні властивості. Класифікація психотропних засобів:

I. Нейролептики.

а. Фенотіазини.

б. Азафенотіазини.

в. Тіоксантени бутирофенону.

д. Алкалоїди раувольфін.

е. Бензохолінолізини.

ж. Інші нейролептики.

II. Антидепресанти.

а. Трициклічні з'єднання.

б. Інгібітори моноаміноксидази.

III. Транквілізатори.

а. Дифенилметан.

б. Бензодіазепіни.

в. Похідні гліцерину.

д. Глікольові похідні.

е. Інші транквілізатори.

IV. Психостимулятори.

а. Коркові, що діють за допомогою адренергічних медіаторів.

б. Інші, що діють опосередковано шляхом.

V. Психодизлептики.

а. Похідні індолу.

б. Інші, переважно холинолітичні, «деліріогенні» засоби.

Зрозуміло, ця класифікація, як і всяка інша, створена ціною компромісів, що, втім, не знижує її практичної і наукової цінності.

Нейролептиками сучасна психофармакологія позначає речовини, різні за хімічною будовою і фармакодинамікою. Їх об'єднує подібний лікувальний ефект, і насамперед їх властивість викликати клінічний синдром, названий Delay нейролепсією. Нейролептичний синдром характеризується тим, що на тлі ясної свідомості відбувається пригнічення емоційної, вольової активності і придушення інстинктів. В результаті такого впливу у хворого слабшає напруга, настає байдужість до навколишнього, до психотичної продукції, зменшується або зникає психомоторне збудження. У найзагальніших рисах цей синдром нагадує так званий органічний психосиндром Bleuler. Нейролептичний симптомокомплекс локалізується переважно в стовбурі мозку, а патофізіологічна основа його полягає в ослабленні тону психічної напруженості (Cornu), за допомогою чого усувається психотичне збудження, галюцинаторна симптоматика, кататонічні розлади поведінки і «шизофренічні дисоціації» (Hippius, Selbach). Нейролептичне гальмування охоплює центральну і периферичну підвищену ерготропну активність нервової системи, в результаті чого починають домінувати трофотропні функції.

До **антидепресантів** належить група хімічно неоднорідних речовин, яких об'єднує властивість – усувати депресивний синдром. Основним

показанням для їх застосування є меланхолійна пригніченість. У спектрі деяких антидепресантів бере участь легкий нейролептичний компонент.

Транквілізатори за дією близькі до класичних седативних засобів. Хімічно вони також дуже різноманітні. Транквілізатори не володіють ні антидепресивним, ні антипсихотичним (антишизофренічним) ефектом. Цю групу медикаментів об'єднує властивість послаблювати або усувати деякі невротичні, тобто непсихотичні симптоми, такі, як страх, нав'язливі переживання, напруга, вегетативні дисфункції, а також здатність викликати у хворого стан млявості і байдужості. Однією з істотних відмінностей транквілізаторів від старіших седативних засобів є відсутність снодійного ефекту.

Транквілізатори володіють п'ятьма фармакодинамічними властивостями: анксиолітичною, снодійною, седативною, протисудомною, міорелаксантною.

При цьому анксиолітична (протитривожна) властивість є найбільш важливою особливістю даних заспокійливих засобів, що проявляється у зменшенні страху, тривоги, неспокою, зниженні емоційної напруги. Також сприяє зниженню іпохондрії (підвищена недовірливість) і obsesії (нав'язливі думки). Снодійна дія проявляється в полегшенні засинання, збільшенні глибини сну і його тривалості. Седативна властивість сприяє зменшенню денної активності, швидкості рухових і психічних реакцій, психомоторній збудливості і зниження концентрації уваги. Протисудомний ефект пригнічує поширення епілептогенної активності. Міорелаксантний ефект сприяє зняттю збудження і напруги. Також він обмежує реакцію, викликаючи млявість, слабкість. Деякі транквілізатори володіють вегетостабілізуючою дією — нормалізують активність нервової системи. Клінічно ця дія проявляється у зменшенні прояву вегетативної тривоги (пітливість, тахікардія, артеріальна гіпертензія, порушення функцій травлення). Ці заспокійливі засоби також і пригнічують — підсилюють ефект наркозних, снодійних, анальгезуючих засобів.

Транквілізатори застосовують при тривожних розладах, для лікування тривожних станів і усунення симптомів тривоги.

Транквілізатори можуть призводити до розвитку звикання (їх ефект знижується при тривалому прийомі). Крім того, вони здатні викликати залежність (фізичну / психічну). Формування залежності виникає, в більшості випадків, при тривалому прийомі. У зв'язку з тим, що заспокійливі препарати сприяють зниженню швидкості психомоторних реакцій і ослабленню концентрації уваги, слід застосовувати їх з обережністю. Особливо це стосується людей, чия робота вимагає швидкої фізичної, психічної реакції і вимагає підвищеної уваги (диспетчери, водії, пілоти).

Необхідно розуміти, що ці препарати були створені як «одноразові» ліки. Спочатку вони задумувалися як симптоматичні засоби для лікування відчуття тривоги. Авторами історично першого з них — діазепаму передбачалося, що людина, яка страждає від надлишкової тривоги, може час від часу приймати діазепам для того, щоб знизити рівень тривоги, напруженості і занепокоєння. Однак скоро з'ясувалося, що всі ці препарати дуже швидко викликають звикання і хімічну залежність, тобто самі виявляють наркотичні властивості. Природно, що формування хімічної та психічної залежності у колишнього наркомана відбувається швидше, ніж у середньої людини. Наркомани дуже часто використовують препарати цієї групи не в лікувальних цілях, а для посилення наркотичного сп'яніння, або як його альтернативу. Крім того, всі препарати цієї групи мають у край вузький спектр терапевтичної активності. Ними дуже легко отруїтися, деякі з них є улюбленим засобом для самогубств у підлітковому віці. Особливо це стосується препаратів таких, як реланіум та реладорм. Більшу частину препаратів цієї групи не можна призначати без відома лікаря для постійного прийому. Існує невелика кількість транквілізаторів, які можна застосовувати для лікування залежності від наркотику. Тут, як приклад, хотілося б назвати денний транквілізатор грандаксин, який, не викликаючи залежності, допомагає боротися з нав'язливими думками про наркотик. Цей препарат

здатний трохи підняти настрій, пом'якшити так звані залишкові вегетативні компоненти синдрому відміни: зменшити тремтіння, неприємне серцебиття, пітливість і т. д.

Стимулятори центральної нервової системи – речовини, які тимчасово підвищують психічну і фізичну працездатність, покращують настрій, знімають відчуття втоми, сонливості і млявості. Деякі з них знижують апетит. Психостимулятори не володіють антипсихотичним ефектом, а при відомих умовах можуть викликати психоз.

Стимулятори ЦНС одержують як із натуральних, так і синтетичних джерел. Стимулятори природного походження включають кокаїн, нікотин і кофеїн. Синтетичні стимулятори включають амфетаміни і декілька хімічно близьких складових (аналогів), таких як меткаталон. Хімічна структура і механізми дії цих речовин можуть відрізнитися, проте всі вони викликають піднесений стан, підйом настрою, стимулюють різке відчуття благополуччя й ейфорію.

Група хімічних речовин, названих амфетамінами, була синтезована у 80-х роках XIX ст., але не використовувалася в медицині до 20-х років XX ст. Дослідження Алліса Гордона, спрямоване на пошуки ефективної заміни ефедрину призвело до одержання амфетамінів. До 1927 р. було встановлено, що амфетаміни були ефективні при лікуванні астми. Встановили, що вони піднімають кров'яний тиск і стимулюють ЦНС.

Помітивши, що амфетаміни стимулюють ЦНС, лікарі до 1935 р. почали використовувати їх при лікуванні нарколепсії. Нарколепсія - патологічний стан, при якому хворий часто мимоволі впадає в сон протягом дня. Складові амфетамінів дозволяють утримуватися від сну і при цьому нормально функціонувати. Через два роки, у 1937 році, з'явилося повідомлення про те, що амфетаміни ефективні при зменшенні активності у дітей, що страждають гіперкінетичними розладами. Надійшли повідомлення про те, що у хворих на нарколепсію, які проходили курс лікування амфетамінами спостерігалася відсутність апетиту під час прийому препаратів.

На початок Другої світової війни воюючі сторони відкрили властивість амфетамінів збільшувати потенціал активності у людей. У зв'язку з чим продукти з додаванням амфетамінів стали частиною багатьох авіаекіпажів, дозволяючи їм залишатися в постійній боєздатності й уникати паніки. Після Другої світової війни було виявлено, що вживання амфетамінів викликає стани, подібні до тих, що викликає кокаїн. До 60-х років ціна і доступність амфетамінів уможливили їхнє вживання. У цей же час амфетаміни використовувалися в медицині і фармакології для лікування заспокійливо-снотворних передозувань і ожиріння.

Вважалося, що амфетаміни не викликають фізичної залежності, але в міру накопичення знань про них, стало зрозуміло, що вони мають потенціал залежності.

Амфетамін є цілком синтетичним наркотичним засобом, який виготовляється в нелегальних лабораторіях. За хімічною структурою він подібний до медіаторів людини, адреналіну і дофаміну.

Амфетамін (базовий амфетамін) являє собою безбарвну рідину з неприємним запахом (за типом амінів). Для збереження і використання існують переважно у формі сольових з'єднань (амфетамін-сульфат-гідрохлорид). Формою, що зустрічається найбільш часто, є кристалічний порошок білого і рожевого кольору. Вживають перорально або вдихають, рідше зустрічається розчини для ін'єкцій. В останній час має місце тенденція до виготовлення таблеток і капсул, що включають сульфат амфетаміну. Дія амфетаміну, як субстанції, що впливає на ЦНС і на інші функції організму, настає приблизно через 30-60 хвилин після прийому перорально і триває від 2 до 8 годин. Середня доза вживання складає біля 30-60 мг, при цьому доза в таблетці може доходити до 100 мг.

Амфетамін має збуджуючу і стимулюючу дію і призводить до таких фізичних і психічних реакцій: тимчасовий підйом сил, почуття припливу енергії; ейфорія; втрата апетиту; відсутність необхідності сну; зорові і слухові галюцинації; занепокоєння і дратівливість; підвищення тиску

(гіпертонія) і підвищення температури тіла (гіпертермія); уповільнення діяльності серця (брадикардія); прояв стереотипної моделі поведінки.

Амфетамін має високий потенціал психологічної залежності, проте, може викликати і фізичну залежність.

Фенамін по хімічній структурі близький до адреналіну, але його дія істотно відрізняється. Дози фенаміну чинили на дорослих людей парадоксальний ефект у виді сонливості, млявості, зниження працездатності. Подібних реакцій при вживанні підлітками не описано.

Перша фаза при внутрішньовенному введенні істотно не відрізняється від описаної фази при ефедроновому сп'янінні. Друга фаза або саме сп'яніння при пероральному застосуванні нагадують атиповий гіпоманіакальний або навіть змішаний стан, який дуже часто зустрічається у підлітків при шизоафективних психозах. Суб'єктивно відчуються незвичний підйом, напруженість, особлива бадьорість, впевненість у своїх силах і спроможностях. Зникає почуття втоми, з'являється почуття невтомності, придушується страх перед реальною небезпекою. Іноді з'являється відчуття «інтелектуального прояснення», особливої глибини своїх власних думок, спроможності проникати в суть речей.

Поведінка відрізняється постійним прагненням до діяльності і рухів («кудись тягне»), неможливістю всидіти на одному місці. Вони стають говіркими, а мовлення - емоційно насиченим, особливо з гнівно-роздратованими інтонаціями. Міміка перебільшена, але відповідає змісту висловлень. Різко зростає агресивність. Затіваються бійки з найменшого приводу. Безтурботних веселоців не відчують. Навпаки, легко виникає підозрілість до навколишнього середовища. Виявляють до всього надмірну зацікавленість, задають масу непотрібних питань, особливої зміст яких зрозумілий тільки для них, наполегливо потребують відповіді.

Після прийому амфетаміну (фенаміну) у великих дозах і особливо після внутрішньовенних уливань можуть висловлювати маревні ідеї. Можуть насторожено оглядатися й озиратися, боючись нападів. Рідше бувають

слухові галюцинації - від елементарних (дзвоники, гудки) до окликів на ім'я. Описано також тактильні галюцинації - відчують, що по їхньому тілу повзають комахи, яких вони починають ловити і бити.

Амфетамін різко зменшує апетит і потребу у сні. Після великих доз добу, дві можуть не спати і не їсти.

При неврологічному огляді звертають на себе увагу широкі зіниці з ослабленою реакцією на світло і конвергенцію (через що підлітки самі відзначають погіршення зору - «важко читати», «все, як у тумані»). Іноді помітні м'язовий тремор, стереотипні рухи губ і язика. Соматичні порушення проявляються через серцебиття, тахікардію, часто з екстрасистолією, підвищення артеріального тиску, блідість, сухість у роті. Може бути позноблювання, головний біль, нудота і блювота. При передозуванні відзначаються болі в груді, що нагадують стенокардію, непритомності, важкі серцеві аритмії, і навіть описані випадки смерті від припинення серцевої діяльності.

Постінтоксикаційний стан (післядія амфетамінового (фенамінового) сп'яніння, «амфетамінове похмілля») зустрічається дуже часто після прийому великих доз. Головним його проявом є дисфорія, а в тих, хто неодноразово піддавався амфетаміновій інтоксикації, також спалах нескоримого бажання повторного прийому або уливання амфетамінового препарату. Постінтоксикаційний стан настає раптово, як перелом: підйом змінюється на пригнічення, дратівливість, озлоблення, почуття нестерпної втоми і знемоги, «внутрішнє занепокоєння», через яке, незважаючи на втому, без снадійного не можуть заснути. Тривалість післядії - від декількох годин до доби.

Психодизлептики мають різний хімічний склад, не володіють антипсихотичною дією, але застосування їх в малих дозах може викликати у здорових людей психічні зміни або активізувати, змінити і «окарикатурити» психотичну симптоматику у психічно хворих.

При застосуванні ряду психотропних препаратів виявлено, що залежно від їх хімічного складу і дозування лікувальні властивості виявляються перехідними між окремими великими групами. Наприклад, всі нейролептики, особливо слабкі, в дуже малих дозах мають безсумнівно транквілізуючий ефект; в той же час деякі транквілізатори, наприклад діазепам, надають антипсихотичний вплив. Відомо також, що ряд нейролептиків, крім нейролептичних властивостей, має і антидепресивну дію: левомепромазин, хлорпротиксен, тіоридазин.

Понад п'ятдесят років минуло з 16 квітня 1943 року, коли швейцарський хімік Альберт Гофман випадково виявив потужні психоактивні властивості діетіламіда лізергінової кислоти (ЛСД). Психоделіки - так почали називати ці речовини в кінці 50-х років.

Вони були відомі тільки вузькому колу фахівців. Психіатри розглядали ЛСД як цікавий і перспективний засіб для лікування ряду психічних захворювань, психоаналітики бачили в ньому інструмент для швидкого доступу до несвідомого своїх пацієнтів, а експериментальних психологів ЛСД цікавив як один з методів вивчення психічних процесів і їх порушень, особливо в області сприйняття.

Але на самому початку 60-х років ряд відомих діячів культури і науки, наприклад англійський письменник О. Хакслі (A. Huxley), група психологів з Гарвардського університету під керівництвом професора Т. Лірі (T. Leary) та інші, проголосили, що психоделіки - це ключ до самопізнання людини, шлях до більш високих форм свідомості і основа нової релігії. Ці ідеї блискавично були підхоплені різними інтелектуальними та молодіжними рухами, особливо хіпі в США.

Психоделіки, за А. Гофманом, можуть бути визначені як речовини, які викликають зміни в мисленні, сприйнятті і афективній сфері, які спостерігаються окремо один від одного або спільно без значних розладів автономної нервової системи, таких, як затьмарення свідомості або інші серйозні порушення. У літературі, крім терміна «психоделіки», часто

використовуються і інші, які, по суті, є синонімами: психотоміметики, психодизлептики, галюциногени, фантастики, ілюзіогени, гіперсенси і ін.

О. Шульгин (А. Т. Shulgin) наводить класифікацію психодизлептиків, ґрунтуючись на критерію близькості їх молекулярної структури структурі нейромедіаторів:

I. Психотоміметики, родинні серотоніну:

- триптаміни;
- бета-карболіни (гармалін, гармін);
- похідні лізергаміда.

II. Психотоміметики, родинні допаміну:

- фенетіламіни (мескалін);
- фенілізопропіламіни («екстазі»).

III. Психотоміметики, родинні ацетилхоліну (дітран).

IV. Інші психотоміметики (ібогаїн, мусцімол, кетамін і ін.).

Механізм дії психотоміметиків досі остаточно не з'ясовано. Дослідження етапів синаптичної передачі показало, що деякі препарати діють шляхом посилення або придушення вивільнення нейромедіатора. Наприклад, під дією психотоміметиків - аналогів амфетаміну (фенілізопропіламіна) нервові закінчення мозку виділяють дофамін - медіатор, пов'язаний з системами неспання і задоволення. Реальна ситуація в картині механізму дії психотоміметиків ускладнюється тим, що ці препарати діють не тільки на систему нейропередачі, а й на перебіг інших нейробіохімічних процесів.

Застосування таких психотоміметичних речовин, як ЛСД, псилоцибін, мескалін, в психотерапії почалося в середині 50-х років ХХ ст. в ряді дослідницьких центрів Європи і Північної Америки. Піонерами ЛСД-терапії стали англійський терапевт Р. А. Сандісон (R. A. Sandteon), Х. Осмонд (H. Osmond), істотні роботи в наступне десятиліття були виконані західногерманським психіатром Х. Ленера (H. Leuner), чеським психіатром С.Гроф (St. Grof), американськими психіатрами Х. Абрамсоном

(Н. Abramson), С. Коеном (S. Cohen), групою психологів з Гарвардського університету під керівництвом Т. Лірі (T. Leary) і багатьма іншими.

У колишньому Радянському Союзі особливо багато в цій області зробив Г. В. Столяров, який застосовував ЛСД для лікування психічних розладів. У своїй праці «Лікарські психози і психотоміметичні засоби» він дуже докладно і цілком вичерпно виклав весь досвід застосування психодизлептиків в терапевтичних цілях у психічно хворих.

Найбільш часто при застосуванні психотоміметиків відзначалися короткі (від 1 до 24 год) психологічні ускладнення у вигляді гострих панічних реакцій (ГПР). Симптоми ГПР включають страхи, тривожні ілюзії чи галюцинації (візуальні або слухові); непереборну тривогу, паніку, страх смерті, іноді агресивну поведінку; депресію з суїцидальними тенденціями; сплутаність свідомості і страх через паранояльні думки.

Тривалі негативні психологічні реакції були найбільш важкими ускладненнями при застосуванні психотоміметиків. Спостерігалися пролонговані депресії та інші психотичні епізоди. Їх тривалість варіювалася від декількох діб до місяців. Хоча вказується, що частота такого роду ускладнень при застосуванні ЛСД у контингенті психічно хворих не перевищувала 2%.

Глосарій

Психолептики - виявляють заспокійливу і антипсихотичну дію.

Психоаналептики – психостимулюючі засоби.

Психодизлептики – галюциногени.

Тимолептики – антидепресанти.

Тимеретики - усувають рухову загальмованість

Атарактики - це група психотропних засобів заспокійливої дії, знімають емоційне напруження.

Психом'язові релаксанти - це речовини, що розслаблюють поперечнополосату мускулатуру, що проявляється зниженням рухової активності.

Психотоніки - посилюють збудливість.

Психотомиметики - галюциногени.

Гіпнотики - сприяють настанню фізіологічного сну, збільшують його тривалість і глибину.

Тести для самоконтролю

1. У класифікацію А.В.Снежневського входять....

- А) психолептики;
- Б) психотоніки;
- В) психотомиметики;
- Г) гіпнотики;
- Д) транквілізатори.

2. Сучасна класифікація психофармакологічних засобів включає...

- А) нейролептики;
- Б) антидепресанти;
- В) транквілізатори;
- Г) психостимулятори;
- Д) психодизлептики;
- Е) ноотропи;
- Ж) енергетики.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. Для лікування депресій використовуються...

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

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

В) хлорпромазин.

9. Для лікування маніакальних станів використовуються...

А) хлорпромазин;

Б) хлорпромазин;

В) левомепромазин.

10. Для лікування психопатій використовуються...

А) хлордіазепоксид (лібриум);

Б) діазепам (валіум);

В) гідантоїни.

11. Для лікування епілепсії використовуються...

А) фенобарбітал;

Б) опіпрамол;

В) гідантоїни.

12. Для лікування неврозів використовуються...

- А) іміпрамін;
- Б) бензодіазепін;
- В) опіпрамол.

13. Для абстинентних станів при наркоманії використовуються...

- А) хлорпротиксен;
- Б) левомепромазин;
- В) діазепам.

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

- А) дезипрамін;
- Б) діазепам;
- В) хлорпротиксен.

15. Психолептики

- А) виявляють заспокійливу і антипсихотичну дію;
- Б) є галюциногенами;
- В) відносяться до седативних речовин.

16. Гіпнотики

- А) сприяють настанню фізіологічного сну, збільшують його тривалість і глибину;
- Б) відносяться до седативних речовин;
- В) підвищують психоемоційне напруження.

17. Психотомиметики

- А) галюциногени;
- Б) снодійні речовини;
- В) використовуються для лікування шизофренії.

18. Атарактики

- А) викликають звикання;
- Б) це група психотропних засобів заспокійливої дії, знімають емоційне напруження;
- В) не застосовуються в підлітковому віці.

19. Тимеретики

- А) усувають рухову загальмованість;
- Б) підвищують збудливість;
- В) використовуються для лікування параної.

20. Психом'язові релаксанти

- А) це речовини, що розслаблюють поперечнополосату мускулатуру, що проявляється зниженням рухової активності;
- Б) не застосовуються в дитячому віці;
- В) використовуються для лікування психозів.