

Тема 4. Засоби лікування депресій. Лікування маніакальних станів та психопатій.

План

1. Препарати для лікування депресій
2. Маніакальні стани
3. Психопатії

Список літератури:

1. Бенькович Б.И. Психофармакологические препараты и нервная система (руководство для врачей). / Бенькович Б.И. – М.: Медицина, 2000. - 155 с.
2. Бобков Ю.Г. Фармакологическая коррекция утомления / Бобков Ю.Г., Виноградов В.М. и др. — М.: Медицина, 2014. – 245 с.
3. Вальдман А.В. Психофармакотерапия невротических расстройств (экспериментально-теоретический и клинико-фармакологический анализ) / Вальдман А.В., Александровский Ю.А. — М.: Медицина, 2007.- 233 с.
4. Лоуренс Д.Р. Побочные эффекты лекарственных веществ / Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. // Клиническая фармакология: В 2 т. - Т. 1: Пер с англ. - М., Медицина, 2011. – С. 33-36.

1.Препарати для лікування депресій

Kuhn ділить антидепресивні препарати на дві групи:

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

б) тимолептики, що володіють і седативною дією, - амітриптилін - використовуються при станах страху, збудження і розладі сну.

Більш диференційованими і клінічно обґрунтованими є схема і вказівки до вживання антидепресивних препаратів, запропоновані Базельською психіатричної школою (Kielholz).

У тих випадках, коли в клінічній картині чітко виражено стан вітальної туги, пригніченості і відчаю, рекомендується застосовувати антидепресивні препарати, що усувають депресію і піднімають настрій (тимолептична дія).

До цих препаратів належать іміпрамін, дібензепін або мелітрацен (траусабун). Однак здатність цих препаратів активувати хворих виражена дуже слабо.

Коли ведучий синдром характеризується психомоторною загальмованістю, зниженням спонукань, гіпобулією найбільш придатними препаратами є дезипрамін, нортриптилін, протріптилін або інгібітори моноаміноксидази, які надають головним чином стимулюючу і активізуючу дію. Тому дані препарати протипоказані при депресивних формах, що супроводжуються станом страху і ажіатованістю.

Коли в клінічній картині переважає стан страху, або так зване боязке порушення (ажіатована меланхолія), доцільно застосовувати препарати, яким властивий седативний анксиолітичний ефект, - амітриптилін і трімепрімін. Якщо стан страху і ажіатованості виражений особливо сильно, а препарати ці не можуть купірувати даний синдром, рекомендується давати їх у комбінації з деякими нейролептиками, що володіють седативними і антидепресивними властивостями. Згідно з дослідженнями Cornu, Fliigel такими нейролептиками є левомепромазин (тизерцин), хлорпротиксен (труксал), тіоридазин (Меллер). Сприятливий лікувальний результат має також поєднання останніх з транквілізаторами хлордіазепоксидом, мепробаматом та ін. Глибокий аналіз диференційованого лікування різних депресивних синдромів належить Т. Я. Хвилицькому. Він правильно вказує, що слід завжди шукати «центрально ланку», «стрижень» синдрому. Ця ланка за своєю природою є афективною і спосіб впливу на неї повинен бути всебічно обміркований. Коли в основі маячних переживань або пригніченого настрою лежать тривога і страх, доцільніше застосовувати не чистий антидепресант, а нейролептик. Деперсоналізаційні переживання і нав'язливості зазвичай беруть участь у більш складних синдромах, стрижень яких треба шукати і впливати на нього. В окремих випадках рекомендується застосування транквілізатора типу бенактізину. При депресивно-іпохондричних синдромах мають значення ті ж вказівки, але тут особливо істотну роль грає розкриття

сенестопатичних відчуттів, що виходять з різних інтероцептивних зон. В останньому випадку хороший ефект дає комбінація нейролептиків і антидепресантів з переважанням перших.

Терапія антидепресантами. Ендогенні та інволюційні депресії.

У процесі лікування дуже важливо враховувати наявність ряду інших симптомів, таких, як безсоння, вегетативні порушення та ін., частина яких нерідко виникає в результаті застосування медикаментів. Необхідно взяти заходів до усунення цих явищ, оскільки вони турбують хворих і заважають як у суб'єктивному, так і в об'єктивному плані проведення антидепресивної терапії. Така корекція частково досягається застосуванням деяких нейролептиків (левомепромазин, хлорпротиксен) або транквілізаторів (хлордіазепоксид, опіпрамол та ін.). При виснаженні організму і відсутності апетиту рекомендується призначати анальгезуючі засоби, вітаміни, малі дози інсуліну. Види лікування обох форм депресивних станів подібні. Дуже часто клінічна картина цих захворювань не виявляє психотичної симптоматики, яка спонукала б близьких хворого звернутися за консультацією до психіатра або помістити хворого в лікувальний заклад. Близькі хворого, вважаючи, що він знаходиться лише в пригніченому настрої, намагаються знайти буденні, психологічно зрозумілі причини для пояснення такого стану і вважають, що лікування можна проводити амбулаторно в домашній обстановці. Нерідко подібний погляд поділяє і лікуючий лікар, особливо якщо він не психіатр.

Прояви ендогенних депресій. Лікування ендогенних і інволюційних депресій. У практичній роботі можуть зустрітися наступні положення.

1. Хворий перебуває у вкрай пригніченому стані, включаючи ступорозний, відмовляється від їжі, фізично помітно слабшає. Першочергове завдання – вивести хворого з такого стану, який загрожує його життю. На жаль, жоден з відомих нам препаратів не має здатність швидко і без особливої шкоди для хворого вивести його зі стану важкої пригніченості. Рекомендується у подібних випадках негайно застосовувати електрошокову терапію, а потім в залежності від обставин продовжувати той самий метод

лікування або перейти до фармакотерапії. Досвід лікування депресії в нашій країні свідчить про ефективність інтенсивної психофармакотерапії в подібних випадках. Електросудомна терапія зазвичай застосовується пізніше, коли виявилася резистентність до антидепресантів.

2. Якщо хворий пригнічений, гіпобулічний, але при цьому виражені ступорозні явища відсутні, фармакотерапію слід починати з призначення антидепресантів, що володіють активуючою дією, - інгібіторів моноаміноксидази або тахітімолептіков (дезипрамін, нортриптилін та ін.).

3. Іноді початкова стадія психозу проявляється ажіатованістю і сильним афектом страху. Тут корисні седативні і знімаючі страх антидепресанти - амітриптилін і трімепримін; якщо ж необхідно, то в комбінації з деякими нейролептиками: левомепромазином, хлорпротиксеном, тіорідазином. При різко вираженій ажіатованій інволюційній депресії слід починати електрошокову терапію, якщо немає прямих соматичних протипоказань.

4. Найбільш характерними симптомами ендогенної депресії є вітальна туга, відчай, пригніченість. У цих випадках лікування починається з призначення препаратів, які піднімають настрій: іміпрамін, мелітрацен та ін. У тих випадках, коли показано швидку і масивну психотропну дію (ступор, ажіатованість тощо), дози медикаменту слід швидко підвищувати. Надійніше всього починати лікування з ін'єкцій: вони не викликають різко виражених побічних явищ. Дія медикаменту проявляється між 5-м і 20-м днем, хоча не виключено і більш пізній прояв цього ефекту.

Резистентність до антидепресантів. Встановлено, що 30% з числа депресивних хворих не піддаються антидепресивному лікуванню і потребують застосування інших видів терапії – найчастіше лікування електрошоком. В тих випадках, коли медикаментозна терапія не дає ефекту протягом місяця, препарат слід замінити, якщо ж і новий медикамент не має позитивної дії, треба зробити висновок, що ці хворі дійсно резистентні до психофармакотерапії. У подібних випадках доцільно застосування

електрошокової терапії, причому для отримання лікувального ефекту потрібна менша кількість шоківих процедур. Заміна одного препарату іншим має значення для хворих, які не реагують на один препарат, наприклад на іміпрамін, але дають позитивну реакцію на інший, наприклад дезипрамін. Говорячи про таких хворих, Kuhn допускає, що у них відсутні деякі демітіліруючі ензими, які перетворюють іміпрамін в активну речовину. У цьому відношенні заслуговують на увагу спостереження, що кровні родичі, особливо брати і сестри, які страждають ендогенної депресією, часто позитивно реагують лише на один і той самий препарат, а на інші медикаменти реакція у них відсутня або виражена дуже слабко (Angst).

До антидепресантів резистентні і складні стани ажіатованої депресії в передстаречому віці. У цих випадках рекомендується починати з проведення курсу тімолептичнонейролептичної терапії, яка, коригуючи патологічно змінену вегетативну реактивність, готує ґрунт для подальшого переходу до чистої тімолепсії. Медикаментозної терапії найкраще піддається типова ендогенна неускладнена депресія або ажітована депресія з характерною періодичністю, вітальною тугою і маячними ідеями провини.

Складним завданням для психіатра є хронічні депресії. Природно, що проблема терапії хронічних ендогенних депресій за останні роки стала дуже актуальною. В даний час ще не з'ясовано до кінця, які умови сприяють протрагованій течії цих захворювань. Деякі систематичні порівняльні дослідження (Bochnik) показують, що у вкороченні або подовженні окремої фази відіграють роль такі фактори, як особливості особистості, біологічні, соціальні та психопатологічні моменти. Слід, однак, мати на увазі, що в цю групу входять не тільки ендогенні депресії, але, як зазначає Kuhn, мабуть, і групи таких захворювань, як циклофренія, невротичний розвиток особистості, приховані органічні процеси головного мозку і навіть шизофренія.

Тривалість лікування хронічної депресії. Лікування хронічної депресії повинно бути тривалим. У всіх випадках резистентності

рекомендується вдаватися до електрошокової терапії, яка грає роль не тільки додатковий засіб, але, є методом вибору, особливо там, де медикаментозне лікування може викликати суттєві зміни в динаміці, характеристиці і прогнозі маніакально-депресивного психозу. У таких випадках необхідно одночасне застосування у відповідних співвідношеннях нейролептиків і антидепресантів, що, однак, не завжди дає сприятливий ефект. Більшість авторів вважають майже встановленим, що періодична меланхолія, як правило, не переходить у справжню манію під впливом тимолептиків. Тим часом інші спостереження показують, що багато періодичних меланхолій, які в минулому протягом ряду років давали лише депресивну картину, вперше під впливом психофармакотерапії стали проявлятися і у вигляді маніакальної фази. Можливо, що без такої терапії у цих хворих до самого кінця розвивалися б тільки депресивні стани. Успіх лікування залежить великою мірою і від того, в який момент фази воно розпочато (Arnold і Kryspin-Exner). Якщо лікування розпочато протягом перших 3 тижнів, фаза може бути куповані. Позитивний результат спостерігається і в тих випадках, коли терапія почала проводитися в період фази вегетативної лабільності. Якщо ж до лікування ударними дозами приступили в період найбільшої глибини фази психозу, резистентність до лікування досягає найбільш високого ступеня. Питання про те, чи слід при ендогенних депресіях проводити підтримуючу терапію, також до кінця не з'ясоване. Деякі автори вважають, що підтримуюча терапія запобігає виникненню нових нападів, на думку інших, тривалий прийом тимолептиків полегшує перебіг подальших нападів.

Депресії при шизофренії. Антидепресанти застосовуються при шизофренії на фоні основної нейролептичної терапії. Враховуючи, що вони, особливо інгібітори моноаміноксидази, активують шизофренічну симптоматику, необхідно в рамках шизофренії з обережністю проводити антидепресивну терапію, поєднуючи її, як правило, з нейролептиками.

Екзогенні депресії. Терапія цих станів повинна бути спрямована як на захворювання, на основі якого розгортається депресивна картина, так і на

психотичну симптоматику. При цих формах депресій слід включати в лікувальний комплекс деякі психоенергетиків. Центрофеноксін дає сприятливий ефект при деяких органічних депресіях, особливо в комбінації з іншими психотропними засобами.

Психогенні депресії. При цих депресіях фармакотерапія як основний вид лікування відходить на другий план, а дія антидепресивних препаратів зводиться по суті до звільнення хворих від неприємних симптомів – безсоння, тілесних відчуттів тощо. Крім того, вони заважають проведенню психотерапії, зменшують її ефективність.

Фармакотерапія ендогенних депресій. Без психотерапії лікування депресій виявляється неповноцінним. Це стосується головним чином психогенних депресій, для яких психотерапевтичні методи вважаються кращими, а психофармакологічну дію створює сприятливий фон, на якому психотерапія надає кращий ефект. Слід, однак, відзначити, що і при ендогенних депресіях психотерапія займає особливе місце. Кожен досвідчений клініцист знає, що після одужання хворі неодноразово заявляють, що ставлення до них лікаря, його психотерапевтичні зусилля служили їм великий опорою в подоланні туги, відчаю і тяги до самогубства.

Ендогенна депресія. Тут найбільш важливі наступні елементи:

а) Хворий повинен бути обізнаний про те, що дія психофармакологічних засобів настає порівняно повільно і прояви нетерпіння шкідливі і невиправдані. Хворому потрібно також роз'яснити характер деяких можливих супутніх лікуванню явищ, щоб він не інтерпретував їх іпохондрично.

б) Необхідно забезпечити хворому щадний режим; це найлегше зробити шляхом вироблення відповідної програми спільно з хворим. Важливо, щоб час занять та відпочинку чергувся в залежності від денних коливань настрою хворого.

в) Не слід наполягати на швидкому включенні хворого в життя колективу відділення або залучати його до праці або до іншого виду

діяльності, так як меланхолійна гіпобулія і нездатність до прийняття рішень є для хворого болісними перешкодами до якого-небудь прояву активності.

г) Не потрібно вимагати від хворого частого і детального відтворення своїх маячних переживань, а також не поспішати зі спростуванням їх логічними доводами, оскільки спроби такого роду штовхають хворих на пошук нових аргументів на доказ правдоподібності його божевільної продукції.

д) У бесіді з хворим слід обходити теми, пов'язані з його обов'язками громадського та сімейного характеру, а також не зачіпати питань його професії та покликання.

е) Активація хворого повинна проводитися поступово, у міру того як зменшується рухова загальмованість і зміцнюються вольові функції. Дуже важливо, щоб лікар завоював довіру і розташування пацієнта. Лікар повинен казати хворому, що довіряє йому, переконаний, що той не зазіхне на своє життя, так як вже одне це може пробудити у хворого почуття відповідальності перед лікарем; тим самим стануть непотрібними спроби шляхом логічних доказів переконати хворого відмовитися від суїцидальних намірів. Як підкреслює Frankl, по відношенню до хворих, що страждають меланхолією, корисно використовувати два наступних прийоми. Один з них - багаторазове роз'яснення хворому, що які б важкі не були страждання, зумовлені його хворобливим станом, сама хвороба протікає по властивим їй закономірностям. Інший прийом – апеляція до честі хворого і вимога обіцянки, що той проявить терпіння протягом усього лікування, що він буде ділитися з лікарем, коли відчай почне особливо сильно зростати. Цей психотерапевтичний підхід, здавна вживаний щодо всіх хворих, що страждають меланхолією, як правило, давав позитивний ефект, що пізніше відзначали і самі хворі. Якщо хворі схильні до іпохондричних переживань, слід неодмінно попереджати їх про побічні явища, що викликаються застосовуваними медикаментами.

Фармакотерапія реактивних депресій. Найбільш доцільно в першій бесіді з хворими, що страждають реактивною депресією, торкнутися конфліктної ситуації, що викликала психічну травму, висловити хворому співчуття і розуміння. Надалі слід поступово з'ясувати обставини і характер переживань, що призвели хворого до душевної нестійкості. Увагу хворого потрібно переключити на створення нових взаємин з оточуючими його людьми. На початку лікування рекомендується зблизити пацієнта з тими хворими, які знаходяться в періоді реконвалесценції. У подальших бесідах лікар обговорює з хворим можливість поступового подолання душевного конфлікту, щоб знайти нові шляхи для подолання труднощів. Лікар в бесідах з хворим повинен вказати нові області для життєдіяльності останнього, наприклад залучити його до участі в догляді за більш важкими хворими, що знаходяться у відділенні.

Інші меланхолійні стани. До них відносяться депресії виснаження, соматогенні депресії, ендореактивні дистисії тощо. Нерідко хворих насамперед доводиться переконувати в необхідності лікуватися, для чого вони повинні тимчасово відмовитися від роботи за своєю спеціальністю, якщо навіть вона є їх покликанням і носить домінуючий характер. Потрібно переконати хворого, що його соматичні скарги обумовлені «розладом» і «виснаженням» нервової системи. До основних скарг астеничного характеру лікар повинен поставитися з довірою, використовуючи ці скарги як аргумент проти передчасного повернення до роботи за фахом. Незалежно від нозологічної форми підхід до депресивних хворих ґрунтується на загальних психотерапевтичних принципах. Більшість авторів, що займаються цією проблемою, рекомендують відомі, часто вживані, але не придатні і навіть шкідливі відносно депресивних хворих методи.

Нерідко лікарняна обстановка впливає несприятливо. Так, наприклад, надмірно веселі й балакучі хворі або видужуючі діють на депресивного хворого пригнічуюче. Сміх чи, здавалося б, доброзичливі жарти засмучують його. «Підбадьорлива» і весела музика посилює стан пригніченості, так як

сама природа страждання паралізує здатність відчувати позитивні емоції. Строгість режиму усередині відділення і надмірна вимогливість персоналу не заспокоюють хворого, а посилюють у нього стан напруженості. У той же час як і при будь-яких психозах, тут недоречне поблажливо-заступницьке ставлення до хворого.

Поведінка лікаря також може мати несприятливий вплив. Поспішні, прямолінійні і наполегливі спроби «підбадьорити» хворого призводять, як правило, до негативного результату: депресивний хворий бачить у цьому лише докази своєї нездатності жити і радіти. Це може занурити хворого в стан глибокого відчаю, що, на думку Klielholz, здатне підштовхнути його до самогубства.

Хворі, що не закінчили лікування, не повинні самотійно або під чийось впливом приймати рішення, пов'язані з виходом на роботу або зміною її, а також з житлом, розлученням, купівлею або продажем майна, підготовкою або явкою на іспити тощо.

Депресивних хворих ризиковано посилати на курортне лікування до того, як настала повна стабілізація їх здоров'я. Для пристосування до нового середовища необхідні вольові зусилля, якими вони не володіють. Це може викликати у хворого збільшення напруги і посилення почуття ізольованості.

При психозах, що протікають фазами, набагато важливіше (незалежно від стану здоров'я хворого) підтримувати контакт між лікарем і хворим, ніж призначати профілактичний прийом антидепресантів. Це має особливо велике значення, коли у хворих з'являються псевдоневрологічні скарги: відсутність апетиту, знижена працездатність, безсоння тощо.

Групова психотерапія меланхолійних станів. Групова психотерапія також займає велике місце при лікуванні меланхолійних станів. Застосування психотерапії доцільно на початку і в кінці нападу меланхолії, коли хворий має можливість для контакту з лікарем. Групові бесіди, природно, повинні проводитися у відповідності з викладеними вище принципами. Необхідно ознайомити хворих з побічною дією медикаментів і відмежувати їх від

проявів самої хвороби. Перехід від психотичного стану до одужання, від лікарняної обстановки до звичного соціального та сімейного середовища є критичним моментом у всьому процесі лікування психозу; він вимагає великої психотерапевтичної активності. Основне завдання тут – не тільки повністю усунути психотичні переживання, але насамперед полегшити пристосування особистості до реальної обстановки. Найбільш важливими є ті засоби, які забезпечують зростання впевненості хворого у власних силах і включення його в звичну діяльність. Психотерапія та соціальні заходи повинні проводитися до повного одужання хворого і включення його в сімейне і трудове середовище.

2.Маніакальні стани

Маніакальні фази зустрічаються в 10 разів рідше, ніж депресивні. На початку захворювання ці хворі повинні знаходитися в стаціонарі, особливо за наявності сильно вираженого психомоторного збудження. Догляд за маніакальними хворими та лікування їх представляють особливі труднощі для персоналу лікарні у зв'язку з низкою особливостей цього психотичного стану:

а) нерідко збудженість хворих настільки велике, що впоратися з ними – не легке завдання. Іноді ці хворі гнівливі і агресивні. У перший час вони серйозно порушують встановлений режим відділення і турбують інших хворих;

б) купірувати маніакальний синдром відомими до теперішнього часу активними методами лікування в психіатрії важко;

в) для маніакальних хворих характерна надзвичайна стійкість до лікарських засобів.

Курс лікування слід починати з застосування так званих основних нейрорептиків, що володіють сильно вираженими гальмівними і седативними властивостями, наприклад хлорпромазин у високих або дуже високих дозах - 600-800-1000 мг внутрішньом'язово або комбіновано - внутрішньом'язово і перорально. Завдяки значній снодійній дії придатний і левомепромазин в

дозах до 500 мг на день. Деякі автори рекомендують як дуже ефективні комбінації клопентіксолу (сордінол) - від 75 до 100 мг на день з діазепамом (седуксен) від 30 до 50 мг внутрішньом'язово.

Лікування маніакальних станів. За сумарними літературними даними Meyer, одним з кращих препаратів для купірування маніакального збудження і лікування маніакальних фаз є препарат бутирофенону галоперидол, що відноситься до тих нейролептикам, які найчастіше викликають нейролептичну депресію. При внутрішньовенному введенні галоперидолу терапевтичний ефект настає дуже швидко. Доцільніше застосовувати препарат внутрішньом'язово і перорально в дозах 15-20-25 мг на день. Величина дози залежить від сили психомоторного збудження. Галоперидол до теперішнього часу є кращим засобом при маніакальних станах. Препарат не тільки ефективно купірує маніакальне збудження, але значно скорочує тривалість фази в порівнянні з іншими нейролептиками, наприклад хлорпромазином.

Іншим ефективним дериватом бутирофенону є тріперидол (триседил), що володіє вдвічі сильнішою нейролептичною дією, ніж галоперидол. Він застосовується в дозах від 1,5 до 3 мг на день. За деякими даними, хорошим засобом при маніакальному збудженні служить фенотіазиновий препарат тиопроперазин (мажептіл) в дозах 10-20 мг і більше на день. Застосовувати його слід після попереднього прийому нейролептиків гальмівної дії.

Деякі автори повідомляють про хороші результати лікування літієм. Він застосовується вже близько 15 років у вигляді карбонату. Протягом першого тижня лікування призначають від 4 до 7 таблеток по 300 мг, тобто до 2000 мг на день, потім переходять до підтримуючої дози від 600 до 1200 мг на день. Не менше одного разу на тиждень необхідно перевіряти рівень літію в крові: останній не повинен перевищувати 1,5 м-екв / л.

Не слід повністю відмовлятися від використання ліків, що застосовувалися раніше: бром, скополамін, поперекова новокаїнова блокада або ерготін, а при сексуальній збудливості – камфора монобромата.

Проведення психотерапії з маніакальним хворим пов'язано з особливими труднощами у зв'язку з притаманною схильністю до поспішних дій, необдуманих рішень, самовпевненості, конфліктності, встановленню небажаних ділових, дружніх і сексуальних зв'язків. Вступати в суперечку з такими хворими марно і навіть шкідливо.

3. Психопатії

Хворі психопатіями є анормальними особистостями, у яких на передній план виступають хворобливі зміни в характерологічній сфері. Як підкреслює Schneider, хворі психопатіями або самі страждають через свою анормальну поведінку, або від цієї анормальності страждає суспільство. Що стосується медикаментозного впливу на окремі особливості психопатичної особистості, слід мати на увазі ряд основних положень з клініки психопатій. Так, характерологічні риси в структурі психопатій є постійними для даної її форми. До таких психопатичних особливостей відносяться: бідність емоцій, слабкість (дефект) морально-етичних якостей, слабкість (недостатність) вольової активності.

Коли у психопатичної особистості, ці особливості наявні, слід врахувати, що вони, як і непродуктивні симптоми психозів, не піддаються медикаментозному впливу. Коригування цих особливостей в першу чергу – завдання соціотерапії та педагогіки. Деякі психічні реакції і форми психопатій в ряді конкретних випадків доступні психотропному впливу. Це відноситься значною мірою до психопатів збудливого типу, схильних до спалахів гніву або до тривалих дисфоричних реакцій. Систематичне застосування транквілізаторів в досить високих дозах – хлордіазепоксид (лібриум), діазепам (валіум), оксазепам (праксітен) може призвести до відомої «нормалізації» реактивності пацієнта на якийсь період, але, зрозуміло, не слід розраховувати на усунення цих особистісних особливостей. На такому психофармакологічній тлі виявляються більш результативними психотерапевтичні впливи. Відомо, що хворі психопатіями схильні до психогенних реакцій (неврози, психогенні психози) з приводу

менш суттєвих моментів, ніж здорові і зрілі особистості. Дуже часто у таких хворих з переважанням дистимічних, сензитивних рис при відомій ситуації можна запобігти захворюванню, якщо своєчасно блокувати психофармакологічними засобами (транквілізатори, антидепресанти) афекти страху або дистимічні реакції. Психотропна дія значно ефективніша у збудливих, афективно-драгівливих хворих психопатіями. У цих випадках рекомендується хлордіазепоксид (лібриум) або оказепам (праксітен) в дозі 30-40 мг, мепробамат - від 800 до 1000 мг на день і ін. Хороший результат дають нейролептики в невеликих дозах: левомепромазин - від 10 до 15 мг, тіорідазин (Мелер) - від 30 до 40 мг, хлорпротиксен - від 50 до 60 мг і т. д. Якщо спалахи гніву сильні і хворий нестримний, призначають високі дози нейролептиків гальмівної дії: хлорпромазин - 50 мг внутрішньом'язово кілька разів, клопентіксол - від 30 до 150 мг з діазепамом (валіум) від 10 до 20 мг внутрішньом'язово.

Глосарій

Депресія — термін, що використовується для позначення настрою, симптому, та синдромів афективних розладів.

Маніакальний стан - психічне захворювання, що характеризується мовним та руховим збудженням, несталістю уваги, нестриманістю потягів тощо. Виникненню маніакального стану сприяють психічні травми, інфекційні захворювання, отруєння тощо. Маніакальний стан знижує здатність людини розуміти свої дії та керувати ними і може спричинитися до вчинення нею суспільно небезпечного діяння в стані неосудності. Висновок про те, що воно вчинено особою, яка на той час була у маніакальному стані дає судовопсихіатрична експертиза.

Психопатія — патологічний характер та темперамент, який виник на основі вродженої неповноцінності вищої нервової діяльності та дисгармонії її розвитку.

Тести для самоконтролю

1. Купірування циклодолового делірію проводиться за допомогою:
 - А) фізостигміна (езерін) п / к по 1 мл 0,1% розчину до 1-2 разів на добу;
 - Б) дезінтоксикаційної терапії;
 - В) нічого з перерахованого;
 - Г) транквілізаторів.
2. До особливостей загальної характеристики нейролептиків-продлонгової дії відносяться:
 - А) удосконалення лікувального процесу;
 - Б) звільнення хворого від багаторазових прийомів препарату;
 - В) економічний ефект.
3. Лепонекс показаний при лікуванні наступних варіантів шизофренії з безперервним перебігом:
 - А) ядерних форм;
 - Б) параноїчної;
 - В) уповільненої з психопатоподібними розладами.
4. До побічних ефектів, що виникають при лікуванні трициклічними антидепресантами, відносяться:
 - А) порушення калієвого обміну;
 - Б) нічого з перерахованого;
 - В) карієс зубів;
 - Г) різноманітні вегето-судинні розлади (пітливість, тахікардія, лабільність кров'яного тиску, зменшення секреції слинних залоз, затримка сечі і т.д.).
5. Клінічні показання до призначення ноотропила (пірацетаму) включають все перераховане, крім...
 - А) гострих нападів шизофренії;
 - Б) шизофренії з апатії-абулічними проявами;
 - В) шизофренії з астено-іпохондричними проявами;
 - Г) шизофренії з астено-депресивними проявами;
 - Д) шизофренії на органічно неповноцінною ґрунті.

6. До пізніх побічних ефектів при лікуванні солями літію відносяться всі перераховані, крім:

- А) дизартрії;
- Б) симптомів нецукрового діабету (спрага, ніктурія);
- В) набряків гомілок, стоп, рідше обличчя;
- Г) делиріозної симптоматики;
- Д) змазаного мовлення.

7. Психолептики включають:

- А) нейролептики;
- Б) нормотіміки;
- В) транквілізатори.

8. Триседил показаний при купіруванні наступних видів порушення (незалежно від їх нозологічної приналежності):

- А) кататоно-гебефренічної;
- Б) кататонічної;
- В) маніакальної.

9. Ефективність купіруючої і превентивної терапії солями літію буде вище:

- А) чим вища "чистота" афективних фаз;
- Б) чим більше виражений зв'язок афекту зі змістом інших психопатологічних проявів;
- В) чим більше виражений змішаний афект.

10. Реланіум показаний при лікуванні:

- А) реактивних станів;
- Б) нічого з перерахованого;
- В) хронічного алкоголізму;
- Г) неврозів.

11. Побічні дії та ускладнення при лікуванні хлордіазепоксидом (еленіум) включають:

- А) запаморочення;

- Б) м'язову слабкість;
- В) порушення менструального циклу.

12. Транквілізатори характеризуються такими загальними ознаками:

- А) нічим з перерахованого;
- Б) слабкою антипсихотичною дією;
- В) впливом на невротичні і неврозоподібні розлади;
- Г) вираженою седативною дією.

13. Група інгібіторів МАО включає ряд характерних ознак, до яких відносяться:

- А) несумісність з рядом харчових продуктів (сир, боби);
- Б) несумісність з рядом медикаментів (ефедрин, резерпін, трициклічні антидепресанти);
- В) токсичність;
- Г) нічого з перерахованого.

14. Серед побічних ефектів і ускладнень, пов'язаних з фармакологічними властивостями психотропних препаратів (неврологічні екстрапірамідні розлади), виділяють:

- А) акінето-гіпертонічний синдром;
- Б) нічого з перерахованого;
- В) діскінетичний синдром;
- Г) гіперкінетичний синдром.

15. Сіднофен показаний при лікуванні всіх перерахованих станів, крім...

- А) легких депресій в клініці хронічного алкоголізму;
- Б) абстинентного синдрому в клініці хронічного алкоголізму;
- В) складних ендогенних депресій;
- Г) астеничних станів різного генезу;
- Д) легких простих депресій в клініці циклотимії.

16. Тизерцин більш ефективний:

- А) при депресивно-параноїдному порушенні;
- Б) при тривожно-депресивному порушенні;

- В) при маніакальному збудженні;
- Г) при онейроїдно-кататонічному порушенні.

17. Френолон показаний при лікуванні:

- А) неврозів;
- Б) циркулярного психозу (депресивних фаз);
- В) невротичних станів.

18. Меліпрамін - антидепресант стимулюючої дії - надає:

- А) стимулюючий ефект;
- Б) тимоаналептичний ефект (загальний антипсихотичний);
- В) тимолептичний ефект;
- Г) нічого з перерахованого.

19. У дитячій психіатричній практиці інказан адресується до депресій:

- А) залежить від дози;
- Б) невротичного рівня;
- В) психотичного рівня.

20. У дитячій психіатричній практиці меліпрамін адресується до депресій:

- А) залежить від дози;
- Б) психотичного рівня;
- В) невротичного рівня.