

Лекція 5

Тема: Психофармакологія епілепсії, алкоголізму та неврозів.

План

1. Лікування епілепсії.
2. Хронічний алкоголізм.
3. Неврози.

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. Лікування епілепсії

Лікуванню епілепсії повинне передувати встановлення більш точного етіологічного і синдромологічного діагнозу захворювання. Слід також уточнити характеристику епілептичних припадків, психічні порушення і тип перебігу захворювання, оскільки від цих чинників залежить вибір препарату (або їх комбінації) і схема лікування.

При фармакотерапії епілепсії необхідне суворе дотримання основних правил:

1. Слід визначити найбільш ефективні ліки для кожного окремого хворого.
2. Курс лікування повинен бути безперервним, а дозу не рекомендується знижувати без достатніх підстав.
3. Лікування повинно тривати не менше 3-5 років після зникнення нападів.
4. Протягом усього періоду лікування потрібно уважно стежити за можливим виникненням побічних явищ і ускладнень, проводячи всебічне обстеження хворого.

Купірування епілептичних нападів

Великий напад. При цьому використовують є фенобарбітал, гідантоїни, бром. Зазвичай для припинення великих припадків дуже широко вживається фенобарбітал. Один з істотних мінусів цього препарату - його снодійна дія, але її можна певною мірою коригувати кофеїном і амфетаміном. Впровадження гідантоїнових похідних є великим кроком вперед, оскільки їх протисудомні властивості не супроводжуються снодійним ефектом. Примідон має седативну дію протягом перших 2-3 тижнів; згодом вона не проявляється. Бром лише підсилює основну протисудомну дію фенобарбіталу та гідантоїнів.

Малий напад. Завдяки великим успіхам електроенцефалографії з'явилася можливість відмежувати кілька видів малих нападів. Це розділення виявилось дуже корисним, оскільки на кожен вид малого нападу найбільш сприятливий вплив надає певний лікувальний засіб.

Ретропульсивний тип малих нападів найкраще піддається лікуванню препаратами з групи сукцінімідів і оксазолідинів. Іноді додають і амфетамін, оскільки частота нападів ретропульсивного типу залежить також від ступеня активності уваги. Помічено, що ретропульсивні малі напади частішають під час нудних навчальних годин і, навпаки, зникають під час цікавих занять.

При пропульсивному типі малих нападів хороший результат дає застосування фенобарбіталу та гідантоїнів.

На імпульсивний тип малих нападів краще впливають примідон, гідантоїни і фенobarбітал. Тут особливо важливо дотримувати правильний ритм чергування неспання і сну.

2.Хронічний алкоголізм

У розвитку хронічного алкоголізму і алкогольних психозів грають роль численні фактори. Основними моментами, які обумовлюють окремі випадки алкоголізму, є психічні та фізичні особливості особистості та умови соціального середовища, в якій живе і працює даний індивід. Згідно зі статистикою, відсоток неповноцінних, емоційно інфантильних і нестійких до життєвих ситуацій осіб серед страждаючих алкоголізмом вищий. Тут мова йде не про алкоголізм, що розвивається на важкій психопатологічній основі: реактивні стани (неврози і психози), олігофренії, ендогенні психози та ін. Слід підкреслити, що ні клінічні спостереження, ні психологічний аналіз не можуть в кожному конкретному випадку дати правильне уявлення про те, до якого саме типу особистості належав хворий на алкоголізм до зловживання алкоголем. Ця обставина дуже важлива для медикаментозної терапії та психотерапії, яка, як відомо, займає центральне місце в лікуванні хронічного алкоголізму.

У той же час соціологічні дослідження з повною достовірністю констатують значення соціального середовища у виникненні алкоголізму. Важливу роль відіграють тут і економічні чинники (існують, наприклад, два типи алкоголізму - «бідності» і «достатку»), професійні умови і діяльність (особи, які мають легкий доступ до алкоголю, частіше страждають хронічним алкоголізмом і алкогольними психозами), спекулятивна і ненаукова пропаганда (що алкоголь нібито корисний для здоров'я), морально-етичні та релігійні переконання, своєрідна заборона з боку громадськості, яка дає зворотні результати, і т. д.

Звичайне сп'яніння проходить через стадію збудження до стану «паралічу», а потім до наркотичного сну. Спеціальні заходи потрібні лише

тоді, коли сп'яніння досягає важкого ступеня. При звичайному сп'янінні нейролептики протипоказані, оскільки вони потенціюють дію алкоголю, створюючи небезпеку виникнення коматозного стану.

Алкогольна кома настає при концентрації алкоголю в крові 4,5% о. Концентрація вище 5,5-9% о зазвичай призводить до летального результату.

Ускладнене і патологічне сп'яніння. Ці аномальні алкогольні реакції виникають на тлі попередніх захворювань головного мозку і відомої неповноцінності мозкових функцій. Найчастіше психози ці спостерігаються при органічних захворюваннях різного генезу: епілепсії, шизофренії, психопатії, а також при перевтомі, перегріванні, різко вираженому емоційному напруженні, сексуальному збудженні.

При ускладненому сп'янінні (*ebrietas complicata*) незалежно від наявності відомої психотичної продукції особистість не змінюється настільки глибоко, як при патологічному алкогольному сп'янінні (*ebrietas psychotica*). У диференційно-діагностичному відношенні важливо те, що при патологічному алкогольному сп'янінні відсутні симптоми, характерні для звичайного сп'яніння - дизартрія і атаксія.

Перш за все необхідно швидко заспокоїти хворого. Для цієї мети рекомендується внутрішньовенне введення промазину або внутрішньом'язове - діазепаму, хлорпротиксену. Хлорпромазин зазвичай не застосовується у зв'язку з небезпекою порушення функції печінки і поглиблення коми; барбітурати, морфін і скополамін не призначають, оскільки вони потенціюють дію алкоголю. Рекомендується резерпін і вітамін В6. Внутрішньовенне введення фруктози викликає швидкий розпад алкоголю в крові. Застосовуються й малі дози інсуліну протягом декількох днів.

Психози при хронічному алкоголізмі. Психози, що виникають на ґрунті хронічного алкоголізму, якісно відрізняються від психозів при гострому алкогольному сп'янінні. Відмінності стосуються не тільки патогенезу, але й симптоматології та перебігу захворювання.

З психіатричної точки зору вирішальною ланкою в терапії делірію є боротьба з руховим збудженням і регулювання глибоко порушених нервових процесів, що викликають безсоння, яка ще більше виснажує хворих. Терапевтичні методи при цих станах в основному можна розділити на дві групи: 1) препарати, що купірують психомоторне збудження і зменшують дієнцфально-ретикулярну активність; 2) засоби, що володіють стимулюючими властивостями.

Велике поширення має лікування білої гарячки бензодіазепіновими похідними, наприклад хлорпротиксеном (еленіум) або діазепамом (седуксен) по 10-30 мг внутрішньом'язово.

Як і біла гарячка, алкогольний галюциноз є не гострим інтоксикаційним психозом, а результатом хронічного алкоголізму. Цей галюциноз проявляється в гострій або підгострій формі і рідше може розвинутися дуже повільно. Одна з істотних відмінностей алкогольного галюциноза від білої гарячки - відсутність соматичних симптомів і порушень орієнтування в місці і часу. Особливо характерні для алкогольного галюциноза слухові галюцинації, що протікають на тлі ясного свідомості, у формі діалогу між особами, що обговорюють вчинки хворого. Тематика цих бесід - найчастіше як би сценарій інтимних страхів хворого.

Основне завдання лікування - купірування галюцинаторного синдрому. Це досягається застосуванням хлорпротиксену або хлорпромазину, якщо не порушена функція печені. При слабкому терапевтичному ефекті паралельно проводять електрошокову терапію. Необхідні заходи для дезінтоксикації та покращення функції печінки; хворих слід включити в психотерапевтичні групи для наркоманів на більш тривалий період. Більш ефективними засобами лікування алкогольного галюцинозу є трифлуоперазин (тріфтазін) і галоперидол. Лікування повинне передбачати боротьбу з гіпоавітамінозом (вітамін В1-до 1000-1500 мг на добу), набряком мозку, падінням артеріального тиску.

У період гострої абстиненції та підготовки до медикаментозного лікування психотропні препарати усувають напругу, дисфорію, афекти страху, безсоння, тремор, дозволяють хворому пристосуватися до обстановки. Застосування психофармакологічних засобів створює більш сприятливі умови для проведення психотерапії. Систематичне вживання психотропних засобів після проведеного лікування робить хворих більш стійкими до психотравм, які часто знову штовхають їх до зловживання алкоголем.

Амнестичний (корсаковський) синдром

Важко говорити про медикаментозний вплив на ядро цього синдрому, вираженого в порушеннях ретенції та репродукції пам'яті в результаті випадання функцій. Оскільки синдром цей є наслідком серйозного органічного ураження головного мозку осередкового характеру, застосування будь-яких психотропних засобів вимагає обережності.

Kiel не без підстави зазначає, що чим важчий амнестичний синдром, тим уважніше слід підходити до дозування ліків. Лікувальній дії піддаються тільки супроводжуючі цей синдром зміни настрою, які найчастіше носять ейфорійний, а рідше дисфоричний характер. Лікування зводиться головним чином до застосування реабілітаційних заходів і навчання навичкам, компенсуючим до деякої міри дефекти пам'яті, наприклад користування записником.

До числа реабілітаційних засобів Berthier відносить вітаміни групи В (В1, В6, В12), Р, D, малі дози гемотрансфузій і амінокислоти.

3.Неврози

Лікування неврозів набуває все більшого практичного значення, оскільки число хворих неврозами безперервно зростає. У відповідності з даними Brun необхідно підкреслити, що невротичні стани не підпорядковані волі індивіда. Звідси напрошується висновок, що неможливо домогтися одужання, апелюючи до «доброї волі» хворого. Незважаючи на відсутність

об'єктивних симптомів, скарги хворих невротиками представляють для них реальні переживання, настільки ж болісні, як і болі, обумовлені органічним процесом.

Клінічно невротизм можна схематично позначити як психогенно обумовлений функціональний розлад різної тривалості, що виявляється симптомами, які охоплюють психічну і соматичну сфери. Психогенне походження невротизму передбачає наявність гострої або хронічної психотравми. Гостро виникаючі мало пов'язані зі структурою особистості невротичні реакції (неврастенія, синдроми страху, астеничні і депресивні синдроми) різко відрізняються від повільно протікаючих форм невротизмів. При останніх психофармакологічні медикаменти чинять слабку дію, тому необхідно більш широке застосування психотерапії. Іноді різке відмежування невротизму від так званого психогенного психозу дуже ускладнене, тому що найчастіше невротичні та реактивно-психотичні симптоми переплітаються.

Психогенне походження невротизмів обумовлює основний лікувальний метод - психотерапію. Ця обставина, однак, не означає, що потрібно дотримуватися крайнощів, відкидати медикаментозний компонент в лікуванні невротизмів. Дія медикаментів зачіпає ті нейрофізіологічні структури, які мають безпосереднє відношення до емоційної сфери і у великій мірі здійснюють вегетативну регуляцію. Цей основний шлях, шлях психофармакологічного впливу, обумовлює відому вибірковість деяких медикаментів до певних невротичних синдромів. Добре відомий, наприклад, вплив бензодіазепінів на невротичний страх і стан напруги, опіпрямоу на вегетативні симптоми, а також вплив деяких тимолептиків на стан дистимії.

Неврастенічний синдром. У лікуванні його різновидів основне місце займають три групи медикаментів. а) Седативні та транквілізуючі засоби. Найбільш поширені з них - мепробамат, гідроксизин, бензодіазепіни. Застосування сучасних психотропних препаратів не передбачає повної відмови від старих класичних засобів, таких, як бром, валеріана, барбітурати.

Вегетативно-дистонічний синдром. Провідне місце тут займає опіпромол, тіорідазин і новий препарат NC123 (ліданіл). Не слід випускати з виду і застосовуваний при цих станах белергамін.

Синдроми страху. Медикаментозне купірування нападу страху - важке завдання. Більш результативні заходи, спрямовані на зменшення дифузного страху, пов'язаного з очікуванням нападу. Використовується хлордіазепоксид (либриум), мепробамат та ін. Особливо рекомендуються малі дози люміналу.

Іпохондричні синдроми. Терапевтичне завдання полягає тут в наступному. а) Усунення анормальних інтероцептивних відчуттів. Для цієї мети застосовують седативні засоби. б) Підвищення порогу збудливості центральної нервової системи, притуплення «неясних» сенестопатичних відчуттів застосуванням хлордіазепоксиду, гідроксизина, бромур та ін. в) Зміна переважаючого настрою. При дистимії використовуються тимолептики з групи імінодібензілов.

Синдроми нав'язливості. Можливості терапевта тут більш обмежені і зводяться до зменшення афективної напруги, що супроводжує синдром нав'язливості. Найчастіше застосовують гідроксизин, тимолептики в малих дозах, оксазепам. Flugel стверджує, що поєднання трьох видів препаратів в емпірично встановлених співвідношеннях дає найбільш виражений терапевтичний ефект у цих хворих. До цих препаратів відноситься в першу чергу сильний нейролептик - галоперидол або бутірілперазін (рандолектіл), на другому місці - хлордіазепоксид (либриум) або діазепам (валіум) і на третьому місці - прометазин (атоза).

Істеричні синдроми. Оскільки істерія є одним з основних показань до застосування психотерапії, одне лише медикаментозне лікування часто безрезультатне. Дуже велику роль грає плацебо-ефект. В основі медикаментозного лікування лежать різні заспокійливі засоби.

Затяжні невротичні стани. Терапія цих синдромів аналогічна лікуванню реактивних депресій. Так, при депресивному настрої призначення

в загальних рисах ті ж, що і при процесуальних психотичних депресіях: при психомоторній загальмованості застосовуються імінодібензіли, при апатичності - інгібітори моноаміноксидази (тімеретікі), при наявності в клінічній картині страху, настороженості і тривоги - амітриптилін, левомепромазин, хлорпротиксен, тіоридазин.

В даний час лікування неврозів ускладнюється спостережуваним в наші дні зміною структури невротичних переживань (патоморфоз). Багато авторів не без підстави підкреслюють, що класичні картини неврозів змінилися: на зміну «виразно-демонстративним прийшли картини інтимного страждання, функціональних порушень внутрішніх органів». Все більше місця займають малосимптомні форми неврозів, які, крім зовні вловимих ознак, виявляються більш інтимними переживаннями і особливо посиленням внутрішньої напруги. Такі грубі симптоми, як паралічі, судоми, тики і тремор, в даний час заміщені астматичними нападами, серцево-судинними, шлунково-кишковими синдромами.

Негативні сторони підтримуючої терапії неврозів. Негативні сторони підтримуючої терапії мають дві особливості. Перша з них - посилення почуття глибокої залежності від медикаменту, а значить, і від лікаря, друга - тривалий прийом ліків фіксує увагу хворого на хворобі, посилює його схильність до постійного самоспостереженню, а це може привести його до переконання, що він - хронік. Дана обставина заважає хворому направити свою активність на трудову діяльність, а саме праця повинна сприяти відновленню гарного самопочуття і тим самим вселити в хворого надію на остаточне одужання. Кінцева мета будь-якої терапії при неврозах, включаючи і підтримуючу, - дати можливість хворому знайти внутрішню рівновагу, встати на ноги. Дозування ліків на цьому етапі лікування повинне бути близьке до мінімального. Цілком доцільно використовувати і плацебо-форми. Важливий момент припинення терапії. Найкраще закінчити лікування в період внутрішньої стабілізації хворого і

одночасно за наявності сприятливих зовнішніх чинників: радісних подій, літнього відпочинку.

Психотерапевтичні методи. Поєднання психотерапії та психотропних медикаментів відкриває можливість для збільшення дієвості окремих психотерапевтичних методів за допомогою «специфічного» впливу на психічні функції. Проведення сугестії і гіпнозу значною мірою полегшується застосуванням майже всіх гіпнosedативних засобів - барбітуратів, уреїдів, транквілізаторів, а також нейролептиків з широким спектром дії завдяки їх загальмовуючій і розслаблюючій дії. Застосування мінімальних доз тимолептиків допомагає проведенню методів психокатарсису. При проведенні раціональної психотерапії застосування транквілізаторів викликає у хворого більше довіри до лікаря, що досягається поступовим зняттям симптомів або пом'якшенням деяких з них.

Найбільш поширене уявлення про неврози як психогенні розлади, в механізмах розвитку, компенсації і декомпенсації яких визначальна роль належить психічному чиннику, пояснює адекватність і широке поширення різних форм психотерапії передусім при цій групі захворювань. Сам же зміст психотерапії при неврозах, її цілі і задачі різні і визначаються тією концепцією, якої дотримується психотерапевт.

У вітчизняній літературі останнього періоду найбільше число робіт присвячене психотерапії неврозів, що спирається на принципи патогенетичної концепції, заснованої на психології відносин (Мясищев В.Н.; Карвасарский Б. Д.). Згідно з цією концепцією невроз являє собою психогенний (як правило, конфліктогенний) нервово-психічний розлад, виникаючий внаслідок порушення особливо значущих життєвих відносин людини. Психологічний конфлікт при цьому розглядається з позицій діалектичної єдності об'єктивних і суб'єктивних чинників його виникнення і розвитку, його соціальної, нейрофізіологічної і психічної природи. Основна мета психотерапії - зміна порушеної системи відносин хворого, корекція неадекватних емоційних реакцій і форм поведінки, необхідною передумовою

якої є усвідомлення хворим причинно-наслідкової залежності між особливостями його системи відносин і захворюванням. Це, в свою чергу, вимагає від психотерапевта глибокого і всебічного вивчення особистості хворого, емоційного реагування, знання індивідуальної своєрідності його мотивацій, структури і функціонування системи відносин і, отже, найважливішої ланки етіопатогенетичних механізмів виникнення і збереження патологічного стану.

У останні десятиріччя відмічається зміщення акценту з індивідуальної психотерапії неврозів до розробки системи групової психотерапії, яка дозволила б більш ефективно відновлювати порушені відносини особистості, що грають роль в патогенезі неврозів, і перебудовувати їх шляхом впливу на всі основні компоненти ставлення - пізнавальний, емоційний і поведінковий.

При неврозах використовується широкий спектр форм групової психотерапії: групова дискусія, психодрама, психопантоміма, психогімнастика, проєктивний малюнок, музикотерапія, рухова терапія і ін. Психотерапія проводиться як у відкритих, так і в закритих групах чисельністю 25-30 (великі групи) або 8-12 чоловік (малі групи). Частіше за все організуються групи, гомогенні в етіопатогенетичному відношенні (визначальна роль психогенного чинника в розвитку захворювання) і гетерогенні в інших (форма неврозу, стать, вік, синдром). Рідше об'єднуються в групи хворі з аналогічними симптомами (частіше з фобіями), в яких вживані в реальних проблемних ситуаціях терапевтичні методи, центровані на симптомі. Навряд чи можна говорити про протипоказання до групової психотерапії для хворих неврозами, хоч і існує ряд певних вимог по підборі і комплектування групи (наприклад, не рекомендується включення в одну групу більше за 2-3 хворих з істеричною або ананкастичною акцентуацією характеру, важкою obsesивною симптоматикою і т. д.; з хворих молодше за 18 і старше за 50 років більш доцільно створювати гомогенні за віком групи). Частота групових занять може бути різною - від одного разу в тиждень до щоденних - і визначається можливостями і спрямованістю учасників.

Оптимальна тривалість заняття 1-1,5 години. Розглядаючи механізми лікувальної дії групової психотерапії при неврозах, більшість авторів як основне вказують на зворотний зв'язок або конфронтацію учасників групи зі своїми проблемами і своєю поведінкою.

У той час як особово-орієнтована психотерапія найбільш повно реалізовує етіопатогенетичний підхід до розуміння і усунення причин і механізмів розвитку неврозів, інші методи, що використовуються при неврозах, засновані на симптоматичних психотерапевтичних впливах, тобто направлених в більшій мірі на пом'якшення або ліквідацію невротичної симптоматики.

За допомогою гіпнотерапії можна впливати практично на всі симптоми при неврозах, що стосуються як основних психопатологічних їх виявів (страх, тривога, астения, депресія), так і інших невротичних синдромів (нейровегетативні і нейросоматичні, рухові і чутливі розлади і т. д.). При неврозах можуть бути використані різні види гіпнотерапії: вмотивоване навіювання по Іванову, що має не тільки симптоматичну, але і певною мірою патогенетичну спрямованість; подовжена гіпнотерапія В. Е. Рожнова; тривалий гіпноз-відпочинок К. І. Платонова. Можуть бути використані також фракційний гіпноз, ступінчастий активний гіпноз за Кречмером і ін. Терапевтичний ефект від суггестивних впливів в гіпнозі може бути отриманий у всіх 3-х його стадіях - сомнолентності, гіпотаксії і сомнамбулізма. Гіпнотерапія при неврозах може проводитися в формі індивідуального і колективного гіпнозу (точніше, гіпнозу в групі). Автори, що застосовують гіпнотерапію, практично єдині в тому, що вона найбільш показана при істеричному неврозі і в меншій мірі при неврастенії і неврозі нав'язливих станів. Підкреслюючи добре відому високу лікувальну ефективність гіпнотерапії навіть при тривалих істеричних конверсійних моносимптомах, потрібно вказати, що при цільовому, особливо рентному характері симптому, вона частіше виявляється безрезультатною, її ефективність цілком визначається установкою на лікування.

Метод аутогенного тренування найбільш показаний при неврастенії (загальноневротична симптоматика; нейровегетативні і нейросоматичні синдроми при більш високій ефективності у разі переважання симпатичного тону; порушення сну, особливо засинання, стану тривоги і страху, нерідко виражені фобії, особливо при поєднанні аутогенного тренування з умовно-рефлекторними методами; сексуальні порушення і т. д.). У меншій мірі цей метод показаний хворим з вираженими астенічними, іпохондричними, обсесивно-фобічними розладами і з істеричним неврозом. Г. С. Беляєв відмітив хороші терапевтичні результати застосування аутогенного тренування в амбулаторній практиці (стабілізація ремісій і попередження рецидивів неврозів).

У останні роки при лікуванні хворих неврозами набуває поширення методика біологічного зворотного зв'язку. Застосування установки біологічного зворотного зв'язку для досягнення глибокої тілесної і психічної релаксації дозволяє у багато разів скоротити час оволодіння аутогенним тренуванням і істотно підвищити його ефективність. Разом з тим результати лікування цим методом хворих неврозами досить суперечливі. При його використанні необхідно враховувати такі психологічні чинники, як підвищення самооцінки пацієнта, самонавіювання, плацебо-ефект і ін.

Глосарій

Epilepsia — це група довготривалих неврологічних розладів, що характеризуються виникненням судомних нападів. Ці напади можуть мати різний характер: від швидкоплинних і майже непомітних проявів, до появи тривалих судом.

Алкоголізм, або алкогольна залежність — характерна психо-фізична залежність від алкоголю, основою якої є його наявність в обмінних процесах людського організму, яка розвивається внаслідок хронічного зловживання спиртними (алкогольними) напоями. У ширшому розумінні алкоголізм — сукупність шкідливих звичок, пов'язаних із зловживанням алкоголем, впливів на здоров'я, життя, працю і добробут людей.

Невр'оз — група захворювань, в основі яких лежать тимчасові зворотні порушення психіки функціонального характеру, зумовлені перевантаженням основних нервових процесів — збудження та гальмування.

Тести для самоконтролю

1. Спектр психотропної активності неуплітілу включає все перераховане, крім...

- А) стимулюючого ефекту;
- Б) седативного ефекту;
- В) слабкого антипсихотичного ефекту;
- Г) елективної дії на психопатичні розлади;
- Д) елективної дії на психопатоподібні розлади.

2. Триседил показаний при купированні наступних видів порушення (незалежно від їх нозологічної приналежності):

- А) маніакального;
- Б) кататано-гебефренічного
- В) кататонічного.

3. Спектр психотропної активності модитену-депо (фторфеназін-деканоат) включає:

- А) седативний ефект, що виявляється в нормалізації поведінки;
- Б) антидепресивний ефект;
- В) загальний антипсихотичний ефект;

4. Реланіум показаний при лікуванні:

А) неврозоподібних розладів з надцінними утвореннями, сенестопатіями, немаячного іпохондричного розладу;

Б) афективних розладів невротичного рівня;

В) невротичних розладів з надцінними утвореннями, сенестопатіями, немаячного іпохондричного розладу;

Г) нічого з перерахованого.

5. Азафен показаний при лікуванні всього перерахованого, окрім...

А) соматогенних депресій;

- Б) ядерної шизофренії;
- В) депресивних станів при органічних ураженнях головного мозку;
- Г) металкогольної депресій;
- Д) шизоафективних психозів.

6. Лепонекс ефективний при лікуванні:

- А) кататоно-маячних синдромів;
- Б) станів психомоторного збудження;
- В) галюцинаторно-маячних синдромів.

7. Профілактика побічних явищ і ускладнень при лікуванні солями літію зводиться:

А) до зниження дози літію, поділу добової дози на більшу кількість прийомів - при ранніх побічних ефектах;

Б) до соматичного обстеження хворих перед призначенням солей літію і в процесі лікування;

В) до правильного застосування солей літію (контроль концентрації літію в плазмі крові).

8. Феназепам показаний при лікуванні:

А) гіпостенічного розладу невротичного і неврозоподібного рівня;

Б) неврозоподобної симптоматики (чуттєвих нав'язливостей і нав'язливості з абстрактним змістом);

В) гіперстенічного розладу невротичного і неврозоподібного рівня.

9. Спектр психотропної активності деканоата-галоперидолу включає:

А) виборчу дію на галюцинаторну симптоматику;

Б) виборчу дію на симптоматику божевілля;

В) значну загальну антипсихотичну дію.

10. Мажептил більш ефективний, ніж інші нейролептики, при лікуванні резистентних до терапії синдромів:

А) немає правильної відповіді;

Б) гебефренічної;

В) кататонічної;

Г) і кататонічної, і гебефренічної.

11. До побічних ефектів і ускладнень, які безпосередньо не пов'язані з фармакологічною дією психотропних препаратів, а обумовлених різними непрямими механізмами, відносяться:

- А) гіпостатичні пневмонії;
- Б) тромбози, тромбофлебіти, тромбоемболії;
- В) аспіраційні пневмонії.

12. При передозуванні сиднокарба виникають всі наступні явища, крім...

- А) підвищення кров'яного тиску;
- Б) виникнення психічних ідеаторних автоматизмів;
- В) зменшення апетиту;
- Г) загострення наявної в стані психопатологічної симптоматики;
- Д) виникнення занепокоєння, дратівливості.

13. Психостимулятори показані при лікуванні:

- А) неврозоподібних розладів;
- Б) невротичних розладів;
- В) нічого з перерахованого;
- Г) астеничних розладів з млявістю, зниженням працездатності.

14. Мажептил ефективніше інших нейролептиків при лікуванні:

- А) психопатоподібного синдрому;
- Б) кататано-гебефренічного синдрому;
- В) апатії-абулічного синдрому;
- Г) нічого з перерахованого.

15. Амітриптилін впливає на триаду депресивного синдрому в наступній послідовності:

- А) моторна загальмованість;
- Б) власне депресивний афект;
- В) ідеаторна загальмованість.

16. Піпортіл пролонгований показаний при наступних варіантах шизофренії з безперервним перебігом:

- А) галюцинаторно-параноїдна шизофренія;
- Б) ядерні форми шизофренії;
- В) параноїдна шизофренія.

17. Протипоказаннями до терапії солями літію є:

- А) непрогресуючий екзофтальм;
- Б) хвороби нирково-видільної системи;
- В) початкові форми катаракти.

18. Спектр психотропної активності фенібуту (похідне ГАМК) включає:

- А) протитривожну дію;
- Б) седативну дію;
- В) снодійну дію.

19. До пізніх побічних ефектів при лікуванні солями літію відносяться:

- А) нічого з перерахованого;
- Б) грубий тремор кінцівок;
- В) епілептиформні напади;
- Г) судоми.

20. Пімозид показаний при наступних варіантах шизофренії з безперервним перебігом:

- А) параноїдна
- Б) вялопротікаюча, неврозоподібний варіант;
- В) все перераховане невірно;
- Г) вялопротікаюча, психопатоподібний варіант.