

Лекція 6

Тема: Психофармакологія дітей та людей похилого віку

План

1. Психофармакологія дітей.
2. Геронтопсихофармакологія.

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. Психофармакологія дітей

Дисгармонійний психічний розвиток – це така форма порушень розвитку, для якої характерна недостатність розвитку емоційно-вольової та мотиваційної сфери особистості при відносній збереженості інших структур. До дисгармонійного психічного розвитку можна віднести психопатії та невротичний розвиток.

Психопатією (від грец. *psyche* – душа, *pathos* – хвороба) називають патологію психічної діяльності, що характеризується передусім дисгармонією в емоційно-вольовій, мотиваційній сфері та сфері почуття. Основними ознаками психопатії як патологічного складу характеру, розладу, ненормальності психіки є надмірно виражена неврівноваженість поведінки, погана пристосованість до умов існування, невміння підкорюватись зовнішнім вимогам середовища, підвищена реактивність. Причиною

психопатії може бути або патологічна спадковість, або несприятлива дія на дитину зовнішніх чинників у внутрішньоутробному (ембріональному) періоді чи на ранніх етапах його життя. Більшість авторів вважає, що діти-психопати частіше зустрічаються у сім'ях, де в спадковості мали місце психічні захворювання.

Труднощі в поведінці і характері дітей-психопатів можуть бути обумовлені як біологічними (пологові травми, мозкові інфекції, алкоголізм батьків, токсоплазмоз, тривалі та тяжкі соматичні захворювання дитини), що зачіпають матеріальну основу психіки – мозок, так і соціальними причинами, головним чином, умови виховання дитини. Тяжкість психопатичного стану перш за все залежить від того, в яких умовах протікає його розвиток. При правильному педагогічному підході і сприятливих соціальних умов характерологічні особливості дитини можуть компенсуватися. Та навпаки – за несприятливих умов виховання у дитини-психопата розвиваються значні патологічні зміни в характері та поведінці.

Значення соціальних умов в компенсації психопатичних станів визначається тим, що психопатія – це не хвороба у власному розумінні цього слова, а неправильний, патологічний розвиток, який характеризується дисгармонією в вольовій та емоційній сферах. Є діти занадто чутливі, образливі, занадто вразливі, плаксиві (астенічні психопати) невпевнені в собі, прив'язані до когось із близьких (частіше до матері) при байдужому ставленні до інших членів сім'ї (психастенічні психопати). А є діти, навпаки, емоційно холодні, не мають прихильностей, замкнені, егоїстичні. В деяких випадках у рисах характеру дітей-психопатів виступає егоцентризм, переоцінка своїх можливостей, які часто призводять до конфліктів з оточуючими.

У дітей-психопатів часто відмічається підвищена збудливість, інколи афективні спалахи; воля недорозвинена, тому настрій нестійкий (збудливі психопати); знижена працездатність, вони недостатньо уважні, не вміють зосередитись, долати труднощі при виконанні завдань. Інколи бувають інші

варіанти психопатичного розвитку при яких дитина, навпаки, проявляє надмірну наполегливість в досягненні мети (параноїчні психопати).

Існують різні точки зору на класифікацію психопатій (за Є. Крепеліним, П. Ганнушкіним, Г. Сударевою, О. Кербіковим, Т. Власовою і М. Певзнер). Деякі автори групують психопатії за окремими клінічними симптомами, інші – за загальними структурними конституціональними особливостями, треті – за типом розвитку.

Згідно з МКХ-10 розрізняють такі типи психопатій:

- емоційно нестійкі розлади особистості;
- диссоціальний розлад особистості;
- “психопатія збудливого кола за антисоціальною поведінкою”;
- істеричний розлад особистості;
- “психопатія збудливого кола за істероїдним типом”;
- ананкастний (обсесивно-компульсивний) розлад особистості;
- “психопатія еліпсоїдного кола”;
- шизоїдний розлад особистості (шизоїдна психопатія);
- параноїдні розлади особистості (параноїальна форма психопатії);
- тривожний розлад особистості;
- “психастенія”.

Треба зауважити, що не всяке порушення поведінки та характеру слід розглядати як прояв психопатії. До справжньої психопатії відносяться лише ті види недорозвитку характеру та поведінки, які обумовлені або патологічною спадковістю, або, що зустрічається частіше, органічним ураженням певних мозкових систем у переднатальному періоді або на самих ранніх етапах життя дитини.

Головну групу психопатій становлять конституціональні психопатії – шизоїдні, епілептоїдні, циклоїдні, психастенічні та істероїдні психопатії, що залежать більшою мірою від генетичної схильності, ніж від особливостей виховання.

В сім'ях, де були хворі на шизофренію, можуть народжуватися діти з шизоїдною психопатією. У таких дітей є ціла низка конституціонально обумовлених особливостей і труднощів у поведінці.

Своєрідність поведінки проявляється у ранньому дошкільному віці. Проявляється вона по-різному: дехто з них надмірно вразливі, лякаються всього нового, інші – рухливо занепокоєнні, а треті – пасивні, мляві. Загальні ознаки: знижена потреба у спілкуванні, уникнення контактів з іншими дітьми, схильність до абстрактних розмірковувань, рухова неспритність, погана пристосованість до виконання практичної діяльності. І все це на фоні високого рівня інтелектуального розвитку з переважанням абстрактного мислення над практичним. У багатьох дітей із шизоїдною психопатією рано виникають інтелектуальні інтереси до читання, фізики, математики, своєрідні захоплення (малювання карт, схем, колекціонування, розведення комах і т. ін.). Своєрідно розвивається емоційно-вольова сфера: дехто з них емоційно холодні, інші – надмірно прив'язані до кого-небудь, частіше до матері.

Самооцінка суперечлива, однак стабільно виділяються риси замкненості, сором'язливості. Коло інтересів відрізняється від вікової норми. Вольова регуляція своєрідна: неохоче виконує нав'язливі дії, але наполегливо досягає своєї мети.

Корекційна робота – залучати дітей до колективних форм діяльності, до практичних дій, розширення кола інтересів, допомога в спілкуванні.

У дітей можуть проявляються риси епілептоїдної психопатії, яка може виявлятися з 2–3 років (А. Ємельянов). Етіологічним фактором цих психопатичних станів є патологічна спадковість (в сім'ї були випадки епілепсії). В них збережений інтелект та відсутні типові ознаки епілептичного захворювання; проявляються підвищена роздратованість, погане переключення з однієї ситуації чи дії на іншу, запальність, злостивість, агресивність, зосередженість на власних переживаннях, похмурість, підозрілість, невдоволення, егоцентризм – негативна риса характеру, що полягає у крайньому егоїзмі, індивідуалізмі. Можуть бути

позитивні риси – гарна працездатність, ретельність у виконанні завдання, цілеспрямованість, вміння зосередитись на роботі, наполегливість, уміння долати труднощі, на що треба спиратися при корекційній роботі до принципу опори на позитивне. Самооцінка дещо завищена. Вольова активність не порушена.

Циклоїдний тип психопатії рідко фіксується у дитячому віці, він проявляється у підлітковому віці. Для них характерне невмотивоване коливання настрою від зниженого (субдепресивного) до підвищеного (маніакального). Ці діти схильні до жартів, пустощів, ризику; не переносять заборони, обмеження. У них часто трапляється підвищений травматизм в період підвищення настрою й самопокорань при депресії.

Під час гіпоманіакальної фази у дитини спостерігається підвищений фон настрою, прискорений темп мовлення, мислення, механічне запам'ятовування успішне, рішення покvapливі. Самоцінка завищена, дитина енергійна, може показати високий рівень досягнень, але потребує допомоги.

У разі депресивної фази контакт з дитиною утруднений внаслідок зниженого фону настрою. Найменші невдачі у виконанні завдань викликають сльози. Пам'ять і мислення – у межах норми.

Самоцінка занижена, діти приписують собі лінощі, пасивність, замкненість, холодність. У цій фазі у дітей проявляються скарги на фізичні відчуття, зниження рухової активності, втрату інтересів.

Діти з психастенічним типом психопатії схильні до тривожності, що часто виявляється вже в 3 – 4 роки. У них спостерігаються страхи за життя та здоров'я своє та близьких, тривожні побоювання, страх перед незнайомим, новим, який проявляється рвотою, підвищенням температури тіла. Мислення не порушене. Самоцінка адекватна, іноді дещо занижена, спостерігається соором'язливість, нерішучість; вольова регуляція діяльності на етапі прийняття рішення недостатня, але якщо рішення прийняте, то вони дисципліновані та наполегливі.

Істероїдна психопатія частіше трапляється в дівчаток, ніж у хлопців. Характерна для них “жадоба визнання”, яка проявляється у вигляді капризування, вигадок, фантазування. Дитина уявляє себе в ролі героя або жертви. Вся поведінка спрямована на привернення уваги оточуючих. За неможливості реального досягнення бажання воно легко реалізується у фантазії та гри. Головна насолода для дитини – це емоційна реакція інших людей.

У ході декомпенсації в дітей цього типу можуть виникнути патологічні нахили: блювання, істеричні паралічі, мутизм та ін. Їх фантазії часто сприймаються як наслідок галюцинацій. Можливо спрямування такої дитини на творчу самореалізацію (в театральних і художніх студіях). Такі діти охоче, часто самостійно вступають у контакт. Темп процесів мислення швидкий. Механічне запам’ятовування успішне. Високий, але нестійкий рівень домагань; самооцінка завищена, диференційована.

Нестійка психопатія зустрічається частіше у молодшому шкільному віці. Труднощі в поведінці мають діти з істеричними рисами характеру (демонстративно-істеричні психопати). Характерна риса – егоцентризм, прагнення бути в центрі уваги. Цим дітям властиві нестійкість настрою, підвищена навіюваність, зниження наполегливості та цілеспрямованості; спостерігається схильність до конфліктів, примхливість, вередування. Роздратованість, гострі істеричні реакції, коли дитина для того, щоб наполягати на своєму, плаче, кидається на підлогу, б’є інших.

Органічна психопатія, яка обумовлена органічною недостатністю підкіркових, мозкових систем, характеризується недорозвитком особистості: недостатня здатність оцінювати свої вчинки, дії, діяльність; своєрідна емоційна сфера: емоції нестійкі і поверхневі; недорозвиток волі: не вміють регулювати свою поведінку.

В дитинстві – неспокійні, невмотивовано крикливі, поганий сон; в дошкільному віці – не вміють грати з дітьми, б’ються; пізніше – з’являється упертість, афективні спалахи; в школі – не виконують вимоги вчителя,

завдання, порушують дисципліну, тікають із школи, навіть з дому; мають підвищені потяги до задоволень, до їжі.

Психопатам властиві нездатність до організованої систематичної діяльності через слабку активність уваги, відсутність інтересу до причин подій і явищ. Діти некритичні, недостатньо розуміють і оцінюють ситуацію. Загальний фон настрою благодушний зі значним ейфоричним відтінком. Інтелектуальна продуктивність різко обмежена внаслідок порушення передумов інтелекту і відсутності доцільної мотивації вчинків, інтересу до пізнання. Характерні швидка реакція на будь-яке зовнішнє враження і миттєва, імпульсивна реалізація бажання, що виникло без розуміння і врахування наслідків своїх дій. Періодично спостерігаються розлади настрою за типом дисфорії (злобно-гнівливий настрій). Блукання пов'язані або з розгальмованістю інстинктів, або з первинним посиленням їх (дромоманія, як непересічний потяг до бродяжництва).

Корекційна робота базується на збережених сторонах особистості – нормальному інтелекті, здібностей, які вона має, створення спеціальних умов для виявлення їх, формування почуття обов'язку, відповідальності, вміння враховувати і поважати інтереси інших, підкорятися вимогам колективу, вміння стримувати свої емоції, передбачати напади істерії та запобігати їм, відучать від нездорового фантазування, брехні, “героїчних дій”.

Психози в дитячому віці зустрічаються рідше, але підхід до них щодо лікувального впливу той самий, що і в зрілому віці. При шизофренії, як правило, рекомендуються нейролептики більш м'якої дії (промазин, тіорідазин) або нейролептики, що володіють вираженим антипсихотичним ефектом (тиопроперазин, флуфеназін та ін.), але в порівняно помірних дозах. Протягом усього періоду лікування потрібно проводити повноцінну психо- і соціотерапію; тут її значення особливо велике: у цьому віці оформляються основні риси особистості, а психоз порушує психічний розвиток.

Депресивні і маніакальні стани добре піддаються впливу відповідних психотропних медикаментів. Тут необхідна обережність у дозуванні ліків

щоб уникнути важких побічних явищ, а головне, щоб не змінити перебіг психозу в сторону альтернативного розвитку. У таких випадках необхідно своєчасно доповнити антидепресивне лікування нейролептиками, особливо якщо намічається тенденція до зміни депресивної фази маніакальною і навпаки.

Фармакотерапія епілепсії в терапевтичному плані підпорядкована тим самим правилам, що і в зрілому віці. Відзначають хороший лікувальний ефект проперіціазіна (неулептил) при епілептичній деградації особистості; препарат цей, зменшуючи збудливість і підвищуючи товарицькість дітей, сприяє здійсненню психотерапевтичних, педагогічних і соціальних заходів.

Терапія дитячих неврозів і психогенних реакцій. При лікуванні неврозів у дитячому віці потрібно розраховувати головним чином на психотерапію та педагогічні заходи. Психофармакологічні засоби слід застосовувати якомога рідше і в найменших дозах. Питання про вплив психотропних засобів на психічний розвиток дітей недостатньо вивчений, тому потрібно мати на увазі положення деяких авторів (Taeschler, Loew), що підкреслюють, що «високі субтоксичні дози безсумнівно викликають порушення розвитку». При переживаннях страху, дратівливості і особливо при тривозі сприятливу дію чинять бензодіазепіни – хлордіазепоксид, діазепам.

Заслуговують на увагу дослідження Д. Даскалова, коли в комплексну терапію заїкання (логоневрозів), крім коригуючих вправ, психотерапії, фізкультури і логоритміки, широко включаються психотропні засоби (нейролептики, антидепресанти або транквілізатори). Ці автори виходять з тих міркувань, що в клінічній картині заїкання на передній план виступають прояви страху і тривожної напруженості, що виявляються переважно при спробах мовних комунікацій або в процесі реалізації їх. Ведучий синдром супроводжується деякими іншими невротичними і нейровегетативними симптомами, які блокуються психофармакологічними засобами, що створює

сприятливі умови для застосування лікувального комплексу, коригуючого заїкання.

Дитяча олігофренія. Олігофренія досі залишається складною проблемою в психіатрії; вона отримала відомий розвиток завдяки впровадженню психотропної терапії. Лікування цього захворювання має кілька основних аспектів.

1. Лікувальні заходи для впливу на різкі відхилення в поведінці (характерологічні зміни, аномальні реакції внаслідок неправильного осмислювання або тлумачення дій оточуючих).

2. Лікування істинних психотичних реакцій психогенного і процесуального генезу, що виникають на олігофреничному тлі.

3. Коригування інтелектуальної недостатності і стимулювання інтелектуального розвитку хворих олігофренією.

Антиолігофренна терапія. До теперішнього часу не встановлені ефективні методи медикаментозного впливу на інтелектуальну недостатність у хворих олігофренією. Розроблені методи лікування не викликають, проте, впевненості в тому, що вони дають суттєві результати.

В останні роки при олігофренії часто використовують глютамінову кислоту. Участь останньої в обміні білків і вуглеводів служить теоретичним обґрунтуванням до її застосування. Глютамінова кислота, пов'язуючи аміак, дезінтоксикає його. Це єдина кислота, яка посилено споживається головним мозком при окислювальних процесах; вона допомагає накопиченню і найбільш економній витраті вуглеводів. Препарат цей застосовують у вигляді порошків.

Терапія дитячих психопатій. У дитячій психіатричній практиці переважають хворі з характерологічними і поведінковими розладами. Поставити діагноз в цих випадках не завжди легко: потрібно встановити, чи пов'язані ці відхилення з психопатією, похибками виховання або з раннім церебральним ураженням. Хоча діагноз - психопатія - важко поставити в дитячому віці, безсумнівно, що психопатичну структуру особистості можна

визначити ще в ранньому дитинстві. Таким дітям залежно від переважання збудження, негативізму, дромоманії призначають психотропні засоби. Добре діє левомепромазин, який ефективно пригнічує збудження і активність. При сильному збудженні хороший лікувальний результат дають транквілізатори - діазепам (валіум).

Важливою проблемою в дитячій психіатрії є характеропатії, що супроводжуються психопатоподібними змінами поведінки, які важко піддаються дії. Крім хлорпромазина, левомепромазина та ін., останнім часом особливо рекомендують проперіціазін (неулептил). Коли мова йде про заспокійливу дію психофармакологічних засобів на дітей, необхідно бути завжди обережним і не поспішати з їх призначенням.

Першорядне завдання психіатра – заспокоїти дитину психотерапевтичними та педагогічними заходами. Потрібно знати, що показання до застосування психотропних засобів у дітей з відхиленнями в психіці відносні.

Фармакотерапія психічних захворювань у дитячому віці повинна узгоджуватися із наступними моментами.

1. Оздоровчий процес як при психогенних, так і при ендогенних, симптоматичних і органічних психозах в дитячому віці протікає по іншим закономірностям, ніж у дорослих. Психотерапевтичні чинники відіграють більшу роль, особливе значення набувають особисті якості лікаря та іншого медичного персоналу.

Завдання терапії стають ще більш важкими в зв'язку з відривом дитини від матері, присутність та любов якої є вирішальним чинником для її психічного здоров'я і дозрівання.

2. Реактивність дитячого організму до психотропних засобів — причина нерідких, часом несподівано виникаючих побічних явищ та ускладнень, частина з яких різко відрізняється від відповідних явищ у дорослих хворих.

3. Контроль за лікувальним процесом з боку лікаря вкрай утруднений: діти зазвичай не в змозі правильно зрозуміти і сформулювати ті соматичні і психічні зміни, які виникають у них в результаті прийому медикаментів.

Щодо вибору найбільш придатного психотропного лікування і його дозування в загальних рисах можна сказати, що і тут застосовуються ті ж препарати, якими користуються дорослі.

Лікар повинен застосовувати мало токсичні препарати, що не викликають вираженого побічного ефекту. Так, крім хлорпромазину, що залишається до теперішнього часу найпоширенішим медикаментом в психіатричній практиці, в багатьох випадках слід віддати перевагу промазину (спарин) як менш токсичному.

Придатний левомепромазин, а також відомий у дитячій психіатрії препарат минозин (таблетки по 2 мг). Виражені гіпнотичні властивості останнього і блокування ним психотического страху створюють сприятливі умови для психотерапії. Colomb рекомендує поєднання хлорпромазину з галоперидолом: зазначена комбінація скорочує тривалість психозу, а іноді запобігає перехід його в хронічну форму.

В дитячій психіатричній практиці, особливо в амбулаторних умовах, знаходить застосування слабкий нейролептик тіоридазин (мелерил), що рідко викликає побічні явища при використанні середніх доз. З тих же міркувань рекомендується і хлорпротіксен (труксал).

Corboz звертає увагу на те, що потужний нейролептик галоперидол, позбавлений неприємного смаку, в краплях приймається дітьми без опору; це робить його дуже зручним для тривалого вживання. Популярний в дитячій психіатрії і такий препарат, як диксиразин (езуко).

Переходячи до антидепресантів, необхідно насамперед підкреслити відносно обмежене застосування цих медикаментів в дитячій психіатрії. Це пояснюється тим, що депресії у дитячому віці рідкісні; крім того, тімолептики погано переносяться дитячим організмом. Corboz зазначає, що вибірково

діючим засобом при депресіях у дітей є іміпрамін (тофраніл), який у відносно малих дозах (10-30 мг) дає хороший результат.

На думку ряду авторів, при депресивних картинах у дітей сприятливу дію має також опипрамом (инсидон), що обумовлено його вираженими седативними властивостями.

2. Геронтопсихофармакологія

У сучасній психіатрії найбільш актуальними проблемами за останні роки безперечно стали питання геронтопсихіатрії. Відомо, що зі збільшенням тривалості людського життя, значно зростає психічна захворюваність в пізньому віці. Потрібно визнати, що ні в одній області психіатричної терапії комплексність лікувальних заходів не грає такої великої ролі, як при лікуванні психозів у старих людей.

Переважаюча частина психотичних і неврозоподібних синдромів у людей похилого віку обумовлена порушенням мозкового кровообігу. Не без підстави в подібних випадках говорять про судинно-мозкову декомпенсацію. Крім атеросклерозу судин, провідну роль тут відіграє і слабкість серцевого м'яза. Настає і висока гіперкапнія, ацидоз тканин і розширення артеріол і капілярів. Першочерговий захід в цих випадках - застосування строфантину.

При синдромах психомоторного занепокоєння, сплутаності свідомості, агресивності і ворожості - станах, якими часто супроводжуються психічні розлади в старечому віці, - слід швидко перейти до призначення седативних засобів. Хоча Lemke рекомендує застосування комбінації барбітуратів з нейролептиками, Poldinger, як і більшість авторів, дотримується думки, що барбітурати можна призначати тільки у виняткових випадках. Той же автор вказує, що промазин дає дуже хороший седативний ефект. Якщо хворий відчуває занепокоєння в нічний час, Berner рекомендує призначати мепробамат, паральдегід або хлоргідрат.

При вживанні нейролептиків - левомепромазину, хлорпротиксену та ін. необхідно пильно стежити за рівнем артеріального тиску, зниження якого може ще більше погіршити кровопостачання мозку.

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

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

2. Транквілізатори характеризуються такими загальними ознаками:

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

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Тизерцин більш ефективний:

А) при депресивно-параноїдному порушенні;

Б) при тривожно-депресивному порушенні;

В) при маніакальному збудженні;

Г) при онейроїдно-кататонічному порушенні.

7. Френолон показаний при лікуванні:

А) неврозів;

Б) циркулярного психозу (депресивних фаз);

В) невротичних станів.

8. Меліпрамін - антидепресант стимулюючої дії - надає:

А) стимулюючий ефект;

Б) тимоаналептичний ефект (загальний антипсихотичний);

В) тимолептичний ефект;

Г) нічого з перерахованого.

9. У дитячій психіатричній практиці інказан адресується до депресій:

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

10. У дитячій психіатричній практиці меліпрамін адресується до депресій:

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

11. Меліпрамін - антидепресант стимулюючої дії - надає:

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

12. Патогенетична терапія психотропними засобами заснована:

- А) на єдності медикаментозного і соціально-трудоного впливу;
- Б) на безперервності терапевтичного впливу з наступністю між стаціонарним і позалікарняним лікуванням;
- В) ні на чому з перерахованого;
- Г) на комплексності терапії (постійному поєднанні медикаментозного лікування з психотерапією, іншими заходами сомато-неврологічної лікувальної дії).

13. Побічні ефекти і ускладнення, пов'язані з фармакологічними властивостями психотропних препаратів, виявляються такими сомато-вегетативними розладами:

- А) сухістю слизової рота;
- Б) жодним з перерахованих;
- В) порушенням сечовипускання;
- Г) порушенням секреції і моторики шлунково-кишкового тракту.

14. До побічних ефектів при лікуванні ноотропілом (пірацетамом) відносяться:

- А) епілептичні випадки;
- Б) дратівливість;
- В) розлад сну.

15. Транквілізатори характеризуються такими загальними ознаками:

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

16. Сіднофен показаний при лікуванні всього перерахованого, окрім...

- А) легких простих депресій в клініці циклотимії;
- Б) ендокринних захворювань з млявістю, адинамією;
- В) астеничних станів різного генезу;
- Г) резидуально-органічних захворювань центральної нервової системи з апатією, підвищеною сонливістю;
- Д) складних ендогенних депресій.

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

- А) періодичні м'язові посмикування, "здрігання";
- Б) літєвий тремор - неритмічне, повільне тремтіння пальців рук;
- В) таксікінезія.

18. Спектр психотропної активності сиднокарба включає:

- А) антимаїячну дію;
- Б) антигалюціаторну дію;
- В) антипсихотичну дію;
- Г) психостимулюючу і помірну антидепресивну дію.

19. Звикання до психотропних препаратів (лекоманія) має такі особливості:

- А) немає обов'язкових ознак психофізичної залежності, є психологічна залежність;

Б) немає непереборного потягу до певного препарату, а є потяг до певного класу психотропних препаратів;

В) звикання може виникнути до будь-якого психотропного препарату, але частіше - до транквілізаторів, психостимуляторів, антидепресантів, малих нейролептиків.

20. Психостимулятори показані при лікуванні:

А) неврозоподібних розладів;

Б) нічого з перерахованого;

В) астеничних розладів з млявістю, зниженням працездатності;

Г) невротичних розладів.