
Б. В. Михайлов,

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков, Украина.

B. V. Mukhlaylov,

Kharkov Medical academy of postgraduate education, Kharkov, Ukraine.

КЛИНИКА И ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ЭКСТРЕМАЛЬНО- ПСИХОГЕННОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

**КЛІНІКА І ТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ І ПОВЕДІНКИ
ЕКСТРЕМАЛЬНО-ПСИХОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ**

**CLINIC AND THERAPY OF MENTAL AND BEHAVIOR DISTURBANCES
OF EXTREME-PSYCHOGENIC ORIGIN**

УДК 612.821+616.89

Статья поступила в редакцию 25.03.2015

Резюме

В работе представлены современные данные относительно психогенных расстройств, которые наблюдаются во время и непосредственно после чрезвычайных ситуаций. Данные расстройства можно объединить в 4 группы: непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психотические состояния. В отдаленном периоде у потерпевших развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы. Приведены современные данные относительно психотерапии и фармакотерапии данных расстройств.

Ключевые слова

реакция на стресс, невротические состояния, психотические состояния, психотерапия, фармакотерапия, экстренная медико-психологическая помощь.

Резюме

В роботі представлені сучасні дані відносно психогенних розладів, які спостерігаються під час і безпосередньо після надзвичайних ситуацій. Вони об'єднуються в 4 групи – непатологічні (фізіологічні) реакції, патологічні реакції, невротичні стани і реактивні психотичні стани. У віддаленому періоді у постраждалих розвиваються посттравматичні стресові розлади (ПТСР) або хронічні зміни особистості внаслідок перенесеної катастрофи. Приведені сучасні дані щодо психотерапії і фармакотерапії цих розладів.

Ключові слова

реакція на стрес, невротичні стани, психотичні стани, психотерапія, фармакотерапія, екстрена медико-психологічна допомога.

Resume

The contemporary data about psychogenic mental disorders that performed in process and after outstanding situations was observed. There consist 4 groups - non-pathological (physiological) reactions, pathological reactions, neurotic disturbances, psychotic disturbances. On the latest period on the victims the posttraumatic stress disorders (PTSD) or chronic per-

sonality disorders after catastrophic events were performed. The contemporary data about psychotherapy and pharmacotherapy were observed.

Keywords

stress disorder, neurotic disturbances, psychotic disturbances, psychotherapy, pharmacotherapy, urgent medical-psychological care.

В последнее время в Украине возросло количество лиц, которые нуждаются в экстренной медико-психологической помощи. Это связано с наличием значительных контингентов непосредственных участников военных действий в зоне АТО, свидетелей этих событий и пострадавших среди мирного населения, временно перемещенных лиц.

Психогенные расстройства при социальных волнениях, стихийных бедствиях, массовых катастрофах занимают особое место в связи с тем, что могут одновременно возникать у большого количества людей. Этим определяется необходимость оперативной оценки состояния пострадавших, прогноза расстройств, которые выявляются, а также проведение всех возможных (в конкретных экстремальных условиях) коррекционно-лечебных мероприятий.

Характеристика чрезвычайных ситуаций

Чрезвычайная ситуация (ЧС) – обстановка на определенной территории (акватории, объекте), сложившаяся в результате определенных событий (социального волнения, в т.ч. военных действий, естественной или техногенной катастрофы, другого бедствия), которые могут вызвать или вызвали человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительный материальный ущерб и нарушение условий жизнедеятельности людей.

Психопатологические расстройства в чрезвычайных ситуациях

Психопатологические расстройства в ЧС имеют много общего с клиническими нарушениями, которые развиваются в обычных условиях. Однако есть и существенные отличия. Вследствие многочисленности внезапно действующих психотравмирующих факторов в ЧС психические расстройства одновременно возникают у большого количества людей. Клиническая картина в этих случаях не носит индивидуального характера и сводится к достаточно типичным проявлениям: от состояния дезадаптации и невротических реакций до реактивных психозов.

Определяющее значение для возникновения расстройств психики и поведения имеют характер и сила психической травмы, с одной стороны, и конституциональные особенности и преморбидное состояние – с другой.

Психогенные расстройства, которые наблюдаются во время и непосредственно после ЧС, объединяют в 4 группы – патологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. В отдаленном периоде у пострадавших вследствие ЧС развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы [1 – 3].

1. Непатологические (физиологические) реакции. Характеризуются преобладанием эмоциональной напряженности, психомоторных, психовегетативных, гипотимических проявлений. Типичными являются чувство тревоги, страха, подавленности, беспокойство за судьбу родных и близких, стремление выяснить настоящие размеры катастрофы. Обычно сохраняются трудоспособность, возможность общения с окружающими и критическое отношение к своему поведению, способность к целенаправленной деятельности. Такие реакции также определяются как состояние стресса, психической напряженности, аффективные реакции и т. д.

В МКБ-10 такие реакции рубрифицируются в диагностическом кластере Z65.5 (переживание стихийного бедствия, боевых действий и других подобных обстоятельств).

2. Психогенные патологические реакции характеризуются невротическим уровнем расстройств. Общей характеристикой является острое возникновение, снижение критической оценки происходящего и возможностей целенаправленной деятельности.

Непосредственно после острого стрессового воздействия возникают растерянность, непонимание того, что происходит, наблюдается умеренное повышение активности. Нарушение речи ограничивается ускорением ее темпа, запинками, голос становится неадекватно громким. Мнестические нарушения обусловлены снижением фиксации окружающего, нечеткими воспоминаниями в дальнейшем, тем не менее, собственные действия и переживания запоминаются. Характерным является субъективное изменение течения времени. При попытке оказать помощь пострадавшие пассивно подчиняются или становятся негативистичными. Речевая продукция отрывистая, ограничивается восклицаниями, в ряде случаев имеет место афония.

Наряду с собственно психопатологической симптоматикой нередко отмечается соматовегетативная симптоматика. Возможны нарушения восприятия пространства.

Наиболее характерны три феномена: субъективное чувство сужения времени, когда все воспринимается как «здесь и сейчас», а прошлого и будущего нет; представление об отсутствии ресурсов для выхода из ситуации; переживание угрозы на уровне содержаний ценностей.

При смягчении или исчезновении стрессовой ситуации симптомы ослабевают в течении 8 часов, а при сохранении стресса – в течении 48 – 72 часов.

В МКБ-10 психогенные патологические реакции диагностируются в пределах рубрики F43.0 (острая реакция на стресс).

3. Психогенные невротические состояния. Важной особенностью невротических расстройств являются сохранения интеллекта и критического отношения к заболеванию, важнейших психологических характеристик личности, а также обратимость патологической симптоматики. В МКБ-10 эти состояния идентифицируются в пределах диагностического кластера F4 – невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства.

Диссоциативное (конверсионное) расстройство (F 44) наиболее частое расстройство вследствие острой психогении. В клинической картине выделяют три главных симптомокомплекса: двигательные, сенсорные и вегетативные нарушения. Гиперкинезы довольно разнообразны: грубый ритмический тремор головы и конечностей, тики, хореоформные подергивания, блефароспазм, глосолабильный спазм и др. Гиперкинезы коррелируются с эмоциональным состоянием больных, сочетаются с другими истероидными симптомами. Акинезии наблюдаются в виде истерического пареза и паралича, их течение происходит по типу моно-, пара-, редко – гемипареза и плегии. Классическими являются астазия – абазия. При этом тонус мышц, сила и объем движений в конечностях сохраняются в положении лежа. Относительно редко наблюдаются потеря голоса – афония, паралич языка, мышц шеи, конечностей, истерические контрактуры. Одним из характерных истерических проявлений являются припадки.

Сенсорные нарушения чаще всего наблюдаются в виде расстройств чувствительности и болевого синдрома: гипер-, гипоанестезии, алгии. Как и при двигательных нарушениях, не бывает анатомо-топографического соответствия.

Фобическое расстройство (F40.1 – 40.2) формируется реже и несколько позднее. Характеризуется развитием ощущения страха с четкой фабулой при наличии достаточной критики. На фоне острых приступов страха критическое начало может теряться, и больные считают опасность реальной.

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) формируется менее часто и несколько позже по времени. Характеризуется явлениями навязчивости, навязчивыми идеями, страхами (фобиями), навязчивым счётом, навязчивым мудрствованием («умственной жвачкой»), навязчивым воспоминанием забытых имен, терминов, дат, формулировок и т. д. Навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, страхи и представления иногда переходят в навязчивые действия, т.е. такие, которые осуществляются против желания или при полном осознании их бессмысленности, несмотря на все приложенные усилия, чтобы удержаться от них.

Расстройство адаптации (F43.2) формируется, когда психогенный фактор носит подострый, но

продолжительный характер. В клинической структуре преобладает депрессивный синдром на астеническом фоне. Депрессия не имеет витального характера. Тоска неглубокая, слабо выражены сомато-вегетативные проявления. Суточная динамика обратная по сравнению с эндогенной депрессией (состояние ухудшается в вечерние часы).

4. Реактивные психозы.

Среди реактивных психозов в ситуации массовых катастроф чаще всего наблюдаются аффективно-шоковые реакции, депрессивные реакции и диссоциативно-конверсионные расстройства психотического уровня.

Аффективно-шоковые реакции возникают при внезапном потрясении с угрозой для жизни, они всегда непродолжительные – от 15 – 20 минут до нескольких часов или суток. Клинически эти реакции проявляются в двух формах: гиперкинетической и гипокинетической.

Гиперкинетическая форма (реактивное, психогенное возбуждение): диссоциативная fuga (F44.1) – внезапное хаотическое, бессмысленное двигательное беспокойство. Это поведение возникает на фоне психогенного сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем и последующей амнезией.

Гипокинетическая форма (реактивный, психогенный ступор): диссоциативный ступор (F44.2) – внезапная обездвиженность. Несмотря на смертельную опасность, человек застывает, речь нарушена (мутизм). Реактивный ступор обычно длится от нескольких минут до нескольких часов. В тяжелых случаях это состояние затягивается. Наступает выраженная атония или напряженность мышц. Больные лежат в эмбриональной позе или вытянувшись на спине, не принимают пищу. Глаза широко раскрыты, мимика отражает или испуг, или безвыходное отчаяние. При упоминании о психотравмирующей ситуации наблюдается вегетативная реакция. В дальнейшем наблюдается частичная психомоторная заторможенность.

Депрессивные психогенные реакции (реактивная депрессия). В этом состоянии больные подавлены, печальные, слезливые, ходят сгорбившись, сидят в сгорбленной позе с опущенной на грудь головой или лежат, поджав ноги. Идеи самообвинения бывают не всегда, но обычно переживания концентрируются вокруг обстоятельств, связанных с психической травмой. Реактивная депрессия иногда сочетается с отдельными истерическими расстройствами, а также явлениями дереализации, деперсонализации, сенестопатически-ипохондрическими расстройствами, бредом. Иногда состояние принимает вид депрессивного раптуса.

От эндогенных реактивных депрессий отличаются тем, что их возникновение совпадает с психической травмой; психотравмирующие переживания отражаются в клинической картине депрессии, после разрешения психотравмирующей ситуации или по истечении некоторого времени реактивная депрессия исчезает.

В случае, когда депрессия имеет ощутимую положительную динамику, эти состояния нужно определять по МКБ-10 как F43.2 (расстройства адаптации), если же динамика имеет прогрессирующий характер, она приобретает признаки т.н. эндореактивной депрессии по А.Б. Смулевичу и должна рубрицироваться как F33 (рекуррентное депрессивное расстройство).

Диссоциативно-конверсионные реакции психотического уровня. Ганзеровский синдром (F44.90) характеризуется истерическим сумеречным расстройством сознания, во время которого больные дают нелепые ответы на простейшие вопросы, обнаруживают неспособность выполнять простейшие действия, не понимают назначения обычных предметов. Состояние протекает остро и заканчивается на протяжении нескольких дней.

Псевдодеменция (F44.9) отличается от Ганзеровского синдрома меньшей степенью нарушений сознания. Больные также дают неправильные ответы на простые вопросы. Делая ошибки при простых действиях, больные неожиданно могут справиться со сложной задачей. Выражение лица глуповато, больные таращат глаза, иногда смеются, однако аффект чаще депрессивный. Иногда бывают состояния тревоги. Псевдодеменция может протекать остро и заканчиваться в несколько дней, но иногда длится месяцами.

Пуэрилизм (F44.9). Характеризуется выраженными чертами детскости в поведении, мимике и речи, характере суждений и эмоциональных реакций. Больные начинают играть в игрушки, делают кораблики, капризничают, плачут, называют себя детскими именами. При выполнении элементарных задач делают такие же ошибки, как и больные с псевдодеменцией. По сравнению с псевдодеменцией пуэрилизм имеет тенденцию к более продолжительному течению.

Психогенный ступор – диссоциативный ступор (F44.2), которому может предшествовать одно из описанных выше реактивных состояний, выражается в полной обездвиженности больных и мутизме. На лице больных обычно выражение страха, они отказываются от пищи, бывают неопрятными. Наблюдаются тахикардия, повышенная потливость. Эта форма реактивного состояния может иметь тенденцию к затяжному течению.

Особенностью всех диссоциативно-конверсионных реакций является их способность переходить из одной формы в другую [4].

Отсроченные во времени расстройства психики и поведения невротически-личностного регистра

Посттравматические стрессовые расстройства (F43.1) – отсроченные и затяжные реакции на стрессовое событие исключительно угрожающего или катастрофического характера, после латентного периода от нескольких недель до нескольких месяцев. Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде флешбеков, снов или кошмаров, которые возникают на фоне хронического чувства «оцепенения» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии, избегания ситуаций, которые напоминают о травме [5].

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0). Стойкие изменения психики и поведения, которые возникают вследствие стресса, катастрофы, и наблюдаются на протяжении более 2 лет с момента события. Характеризуются наличием ригидных и дезадаптирующих признаков, которые приводят к нарушениям в межличностном, социальном и профессиональном функционировании: враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отчужденность; ощущение опустошенности и безнадежности; хроническое чувство постоянной угрозы, существование «на грани».

Экстренная медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях

Прежде всего, необходимо устранить пребывание пациента в психотравмирующей ситуации.

Главными принципами предоставления помощи пострадавшим, которые перенесли психологическую травму в результате воздействия ЧС, являются: неотложность, близость к месту событий, ожидание, что нормальное состояние восстановится, единство и простота психологического воздействия.

В целом служба экстренной медико-психологической помощи выполняет следующие базовые функции: практическую: предоставление быстрой медико-психологической и (по необходимости) первой медицинской помощи населению; координационную: обеспечение связей и взаимодействия со специализированными медико-психологическими и психиатрическими службами.

Экстренная медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях проводится на основах кризисного вмешательства.

Техника кризисного вмешательства

Кризисное вмешательство определяется как экстренная и неотложная медико-психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, предотвращение прогрессивного развития нарушений психики, снижение отрицательного влияния травматического события. Основными принципами кризисного вмешательства являются неотложность, близость к месту события, установка на восстановление, фокус на решении проблем, кратковременность и простота. Основными целями являются стабилизация состояния, снятие или уменьшение острых симптомов дистресса и восстановление адаптивного независимого функционирования.

Технические приемы:

- 1) помощь пациенту в изложении своих переживаний;

- 2) помочь пациенту дистанцироваться от события, чтобы понять, что произошло;
- 3) преодолеть текущую алексетирию, 4) вернуть пациента к его прежнему уровню функционирования.

В процессе высказывания травмирующих переживаний встречаются несколько феноменологических разновидностей:

- 1) Люди, которые захвачены эмоциями и с трудом говорят.
 - 2) Люди, которые, рассказывая об ужасающих событиях, не выражают никаких эмоций вообще.
 - 3) Люди, которые испытывают чувство вины за то, что они пережили это бедствие, тогда как другие погибли или пострадали.
 - 4) Люди, которые чувствуют, что они каким-то образом стали причиной катастрофы, или, что им следовало сделать что-то иначе, чтобы кого-либо спасти.
1. В первом случае специалист должен помочь пациенту успокоиться и направить процесс вербализации переживаний.
 2. Во втором случае специалист может направить процесс формирования обычных чувств, которые большинство людей могли бы чувствовать в подобных обстоятельствах.
 3. Для пациентов, которые переживают чувство вины за то, что они выжили в трагедии, необходимо смещение фокуса вины на конструктивные действия пациентов в дальнейшем.
 4. Для пациентов, которые чувствуют, что они могли каким-то образом стать причиной катастрофы, важно помочь осознать, насколько непреодолимым было происшествие, с которым им пришлось столкнуться. Путем изложения своих переживаний следует добиваться высвобождения и деактуализации аффекта.

Варианты проведения кризисного вмешательства

В экстремальных ситуациях, связанных с угрозой для жизни

Ситуационные реакции невротического уровня.

1. Помогите пострадавшему высказать чувства, связанные с пережитым событием.
2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам подумает над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).
3. Дайте пострадавшему возможность общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события и т.п.).
4. Не разрешайте пострадавшему играть роль «жертвы», т.е. использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

Ситуационные реакции психотического уровня.

1. Вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.
2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Заберите от него предметы, которые представляют потенциальную опасность.
3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.
4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не старайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации убедить потерпевшего невозможно.

Целью медико-психологического сопровождения всех пострадавших является купирование нарушений психики и поведения, профилактика (вторичная и третичная) психической дезадаптации, прогрессивного течения психических нарушений. Для этого используют психокоррекцию, суггестивную, когнитивно-поведенческую и некоторые другие виды психотерапии. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить в нем чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачей психотерапевтической помощи является поддержка пациента, переработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть пострадавшему чувство компетентности за счет воспоминаний о преодоленных трудных ситуациях и

проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт. При этом специалисту нужно отслеживать возможные суицидальные тенденции и аффективные реакции, разряжать агрессию, переводя ее на себя.

При невротических состояниях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях продолжающейся психогении. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этих случаях является когнитивная психотерапия [6 – 8].

Психофармакотерапия расстройств психики и поведения

Психофармакотерапия расстройств невротического уровня

Применяется широкий спектр психотропных средств – анксиолитиков, антидепрессантов, атипичных нейролептиков, антипароксизмальных и тимолептических препаратов. При их назначении целесообразно стремиться к монотерапии с применением комфортных при употреблении для больных лекарственных препаратов.

Учитывая возможность повышенной чувствительности, а также возможность побочных эффектов, психотропные средства обычно назначаются в малых и средних дозировках.

Фармакотерапия направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективных и соматовегетативных. Это обуславливает выбор соответствующих фармакологических групп.

Препаратами первого выбора для этой категории являются антидепрессанты.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА): амитриптилин – от 25 до 200 мг в сутки – (max доза – 400 мг). Может применяться как длинными, так и короткими курсами. Тианептин – от 12,5 до 37,5 мг в сутки (max доза – 50 мг).

Антидепрессанты селективного действия, а именно ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС): сертралин, пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, циталопрам, S-циталопрам. Недостатком препаратов этой группы является относительно малый анксиолитический компонент действия и, в силу этого, недостаточная эффективность в отношении нарушений эмоциональной сферы с тревожным компонентом. Латентное окно терапевтического действия в течение 10 – 14 дней у всех препаратов этой группы вынуждает на протяжении этого времени применять анксиолитики-транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Препараты этой группы назначаются продолжительными курсами, до 4 месяцев: проксетин – 10 до 40 мг в сутки (max доза – 80 мг); сертралин – от 50 до 100 мг в сутки (max доза – 200 мг); флуоксетин – от 20 до 40 мг в сутки (max доза – 80 мг); циталопрам – от 20 до 40 мг в сутки (max доза – 60 мг); флувоксамин – от 50 мг до 100 мг в сутки (max доза – 300 мг).

Тетрациклические антидепрессанты: мirtазапин (пресинаптический α_2 -антагонист, улучшающий норадренергическую и серотонинергическую передачу) – доза от 15 до 30 мг в сутки (max доза до 45 мг/сут.).

При выраженных компонентах тревоги более эффективным может быть применение антидепрессантов двойного действия – ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН) (венлафаксин – 75 – 225 мг/сут., милнаципран (иксел) – 25 – 200 мг/сут., тразодон (тритико) – 50 – 600 мг/сут.). Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда – мелитор – от 25 до 50 мг/сут. (max доза – 50 мг).

При затяжном течении возможно применение нормотимиков: карбамазепин – от 200 до 400 мг/сут. (max доза – 1000 мг); вальпроат натрия – от 300 до 600 мг/сут. (max доза – 1400 мг); прегабалин (лирика) – от 150 до 600 мг/сут. (max доза – 600 мг).

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда могут применяться однократно или короткими курсами 7 – 14 дней: диазепам – от 5 до 40 мг/сут. (max доза – 60 мг); клоназепин – от 2 до 8 мг/сут. (max доза – 16 мг); гидазепам – от 10 до 40 мг/сут. (max доза – 60 мг); оксазепам – от 10 до 60 мг/сут. (max доза – 90 мг); феназепам – от 0,5 до 3,0 мг/сут. (max доза – 6,0 мг).

Препаратом выбора при пароксизмах с алгическим и выраженным тревожным компонентом является прегабалин (лирика) – от 75 до 300 мг/сут.

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик – афобазол от 10 до 30 мг/сут. и бензодиазепиновый – Гидазепам от 50 до 500 мг.

Если эффект лечения транквилизаторами оказывается недостаточным, возможно их совместное применение с корректорами поведения: тиоридазин – от 30 до 75 мг/сут. (max доза – 800 мг). При наиболее выраженных сомато-вегетативных и сомато-сенсорных компонентах как пароксизмального, так, особенно, перманентного характера показанное применение атипичных нейролептиков – сульпирид – от 100 до 300 мг/сут. (max доза – 800 мг).

При астеническом синдроме применяют седативные и психостимулирующие средства (сиднокарб, сиднофен – 10 – 20 мг/сут., кофеин, кордиамин – до 10 мг/сут.), растительные адаптогены – стимуляторы, витамины, ноотропные препараты. Эффективным является фенилпирацетам (энтроп) в дозе 100 мг дважды в сутки).

Для лечения соматовегетативных нарушений дополнительно назначают также альфа- и бета-блокаторы (пирроксан – до 100 мг/сут., анаприлин – до 40 мг/сут. и их аналоги), М-холинолитики (амизил – до 3 мг/сут.), препараты никотиновой кислоты, ганглиоблокаторы (ганглерон – до 100 мг/сут.).

Психофармакотерапия расстройств психотического уровня

Терапевтическая тактика определяется остротой и клинической формой реактивного психоза. Парентерально вводят нейролептические средства хлорпромазин (до 500 мг/сут.), галоперидол (до 40 мг/сут.), тизерцин (до 400 мг/сут.), клопиксол (до 400 мг/сут.) с коррекцией действия паркопаном, циклодолом и др. После купирования острейшего периода возможен переход к транквилизаторам бензодиазепинового ряда (диазепам, хлордиазепоксид, до 40 – 60 мг/сут., транксен, по 50 – 100 мг) с дальнейшим пероральным введением этих или других (медазепам, по 20 – 30 мг, нитразепам, по 5 – 10 мг) транквилизаторов.

В лечении реактивных депрессий главное место принадлежит тимолептикам, по необходимости – в сочетании с атипичными антипсихотическими средствами и транквилизаторами. При мономорфных депрессиях с преобладанием моторной и идеаторной заторможенности показаны СИОЗС и ТЦА. Полиморфные депрессии, в клинической картине которых есть психопатоподобные расстройства (чаще всего истероидного круга), лечат антидепрессантами широкого спектра действия с седативным компонентом ТЦА или ИОЗСиН.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛИТЕРАТУРНЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия: Клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе / Под ред. проф. Б. В. Михайлова, проф. М. П. Боро. – Донецк: Каштан, 2009. – С. 395 – 422.
2. Психоневрологічні розлади у осіб, що постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС (Клінічний посібник) / Б. В. Михайлов, Т. С. Міщенко, Н. П. Волошина [та ін.] (російською мовою). – Х., 2006. – 40 с.
3. Посттравматичні стресові розлади: Навчальний посібник / Під заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. – Х.: ХМАПО, 2013. – 224 с.
4. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників) (Методичні рекомендації). – К.: МОЗ України, 2010. – 31 с.
5. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак [та ін.]. – Х., 2014. – 16 с.
6. Психотерапія: Уч. для лікарів-інтернів вищих медических навчальних закладів III – IV рівней акредитації / Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко и др. – Х.: Око, 2002. — 768 с.
7. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (методичні рекомендації) / Б. В. Михайлов, О. М. Зінченко, Б. С. Федак [та ін.]. – Х., 2014. – 28 с.
8. Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders / M. P. McGovern, C. Lambert-Harris, A. I. Alterman [et al.] // Journal of Dual Diagnosis. – 2011. – №7. – P. 207 – 227.