

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЫБОРА МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ (РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ)

© А.Т. Давыдов, В.Г. Агишев

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова;
Городская психиатрическая больница № 3 им. И.И. Скворцова-Степанова, Санкт-Петербург

Ключевые слова

психические заболевания; психиатрическая практика; методы лечения; психофармакотерапия

Давыдов А.Т., Агишев В.Г. Стратегия и тактика выбора методов лечения в психиатрической практике (роль и место психофармакотерапии) // Обз. клин. фармакол. лек. терапии. — 2004. — Т. 3, № 4. — С. 42–54.

В обзоре с современных позиций излагаются стратегия и тактика выбора методов лечения больных с различными психическими заболеваниями. Рассмотрены основные методы терапии психических расстройств с позиции первоначальности их использования. Показано, что, несмотря на проблему фармакорезистентности, основным методом терапии психических расстройств является психофармакотерапия. Библ. 54 назв.

ВВЕДЕНИЕ

Стратегия и тактика выбора определенного метода терапии в психиатрической практике основывается на базовых принципах лечения [1, 2, 3, 5, 6] и в основном определяется клинической формой расстройства, ведущим клинко-психопатологическим синдромом, наличием негативных расстройств, стадией болезни, типом течения, физическим здоровьем, возрастом, наличием или отсутствием признаков органического поражения центральной нервной системы, риском развития осложнений, наличием арсенала современных методов лечения и другими немаловажными факторами [6, 7, 8, 23, 25].

Современные методы терапии психических расстройств условно подразделяются на биологические и психосоциальные [9, 14, 45, 46]. Их разделение является условным и требует комплексного использования с учетом того факта, что до сих пор нет универсального метода монотерапии, а психофармакотерапия, претендующая на эту роль,

сама по себе, как правило, является недостаточной для полного выздоровления [26, 30, 31, 37]. Для правильного выбора метода лечения основополагающим является процесс постоянного уточнения клинко-диагностического состояния пациента. При этом длительность лечения и время его начала в первую очередь определяются стадией заболевания. При разработке плана лечебных мероприятий всегда следует взвешивать соотношение предполагаемой пользы и степени риска возможных негативных последствий предлагаемой терапии. При выборе определенного метода терапии нужно учитывать анамнестические данные о переносимости (в том числе аллергической), сведения о ранее использованных способах лечения, их эффективности, наличии вызванных осложнений и побочных эффектов, а также степени риска негативных последствий предполагаемой терапии [3, 11, 12, 23, 25]. Как правило, предполагаемая терапия должна быть направлена на определенные и ключевые для данного психопатологического состояния симптомы, а также сопровождаться оценкой их динамики на протяжении всего курса лечения. При этом должен проводиться постоянный мониторинг психосоматического состояния пациента, в том числе с использованием вспомогательных методов контроля (лабораторных, электрофизиологических) и других. В связи с этим, выбор методов лечения требует от врача дифференцированного подхода, использования общих и частных принципов, учета длительности и степени прогрессивности заболевания [3, 4, 10, 17, 26, 39, 40, 47].

В современных условиях возрастает актуальность разработки новых методов и усовершенствования уже имеющихся способов терапии в связи с продолжающимся ростом психической заболеваемости, появлением новых форм патологии, возникновением целого ряда лекарственных и аутоиммунных расстройств, увеличением случаев фармакорезистентных и неотложных состояний, а также высоким риском развития осложнений и побочных эффектов традиционных методов лечения [15, 20, 21, 38, 52]. Поэтому несмотря на продолжающийся синтез новых психотропных препаратов, возник-

ла необходимость разработки альтернативных и/или комплексных методов терапии [3, 13, 20, 22, 43]. В настоящее время все основные методы терапии, как правило, отвечают синдромологическому принципу и используются в комплексе с учетом индивидуального подхода, показаний и противопоказаний.

АЛГОРИТМ ВЫБОРА МЕТОДОВ ТЕРАПИИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

В настоящее время с учетом необходимости комплексного использования биологических и психосоциальных методов терапия больных с психическими расстройствами должна включать следующие основные виды:

- психофармакологическую терапию;
- психотерапию (наркопсихотерапию);
- психореабилитационные методы терапии (социотерапия, трудотерапия, арт-терапия, психическая саморегуляция, терапия реальностью, психодрама, поведенческая терапия, экзистенциальная терапия, групповая и семейная психотерапия, транзактный анализ) и другие;
- физиотерапию и другие «аппаратные» методы терапии (оксигенотерапия, электроанальгезия, магнитотерапия, ксенонотерапия, биологическая обратная связь) и другие;
- инфузионно-детоксикационную терапию;
- эфферентную терапию;
- инсулиношоковую терапию;
- электросудорожную терапию;
- психохимию (инвазивную, неинвазивную).

С учетом степени риска для здоровья, прогнозируемых осложнений и побочных эффектов перечисленные методы терапии представлены в порядке возрастания негативных последствий и предполагаемых осложнений, а с другой стороны, и наибольшей дороговизны, сложности и опасности использования в психиатрической практике. Предполагаемый риск использования определенного метода терапии не должен превышать его возможной эффективности [6, 23, 26, 27, 48]. Как правило, выбор «сложного» метода терапии должен приниматься после консилиума или клинического разбора с привлечением специалистов различного профиля. При этом считаем, что первые пять указанных основных видов терапии могут и должны использоваться в комплексе и длительно. В случаях неэффективности такой комплексной терапии и только после применения нескольких курсов лечения или при возникновении неотложного (критического) состояния и/или при сформировавшейся стойкой терапевтической резистентности могут быть рассмотрены и применены другие нижеперечисленные методы терапии в порядке возрастания их сложности и степени риска для пациента, а именно, начиная с менее опасной

и высокоэффективной эфферентной терапии [15, 20, 21, 22, 26]. При этом выбор метода терапии должен осуществляться от простого к сложному, от монотерапии к комбинациям и сочетаниям различных способов терапии. При выборе определенного метода терапии в первую очередь должны быть учтены четкие показания и противопоказания к их назначению.

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЫБОРА МЕТОДОВ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ЭНДОГЕННЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ (РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ)

Основным методом лечения больных с эндогенными психическими расстройствами является психофармакотерапия. Антипсихотические препараты подавляют продуктивную симптоматику, сокращают время пребывания пациента в больнице и уменьшают вероятность повторной госпитализации. Основными задачами психофармакотерапии являются купирование продуктивной психопатологической симптоматики и сдерживание прогрессивности эндогенного процесса. Успех комбинированной психофармакологической терапии во многом зависит от строгой индивидуализации методики лечения, соответствующей психопатологическим особенностям и клинической картине болезни. Выбор комбинаций и суточных доз обуславливается психотропной активностью препаратов, а также стадией и типом течения процесса. Лечение препаратами требует постоянного динамического наблюдения за больным, глубокого психопатологического анализа структуры психотического состояния, своевременной замены препаратов и изменения их дозировок. Выбор психотропных препаратов, как правило, сопряжен со значительными трудностями для клиницистов вследствие недостаточности стойких клинических эффектов, часто проявляющимися побочными действиями и осложнениями, в том числе формирующимся лекарственным патоморфозом [15, 22, 25, 37, 38, 41, 48, 53, 54].

При выборе метода психофармакотерапевтического лечения следует учитывать ряд особенностей психотропных препаратов [3, 4, 5, 8, 23, 29, 38, 49, 50, 51]:

- они действуют на психическую сферу в минимальных дозах;
- затрагивают своим воздействием одновременно многие психические сферы;
- эффект воздействия препаратов формируется обычно на уровне синаптических связей в ЦНС с помощью различных медиаторных систем;
- обладают чаще всего свойствами противоположного воздействия на психическую сферу (например, одновременно оказывают седативный и стимулирующий эффект);

■ **Таблица 1.** Препараты выбора при лечении отдельных психопатологических синдромов в психиатрической практике

Ведущий психопатологический синдром	Нейролептики	Антидепрессанты	Транквилизаторы	Психостимуляторы, ноотропы, адаптогены
Депрессивный:				
легкой степени	Тиоридазин	Коаксил, флуоксетин, бефол, тразодон, пирроксан	Мебикар, триоксазин, амизил, грандаксин	Элеутерококк, Индопан
средней степени	Френолон, тиоридазин, левомепромазин	Имипрамин, хлоримипрамин, амитриптилин	Мезапам, грандаксин, мепробамат	Элеутерококк-центедрин, милдронат, кофеин
выраженный	Левомепромазин	Амитриптилин, хлоримипрамин, имипрамин	Сибазон, феназепам, элениум	Мезокарб, фенамин
с тревогой и беспокойством	Хлорпротиксен, левомепромазин	Пиразидол, амитриптилин, азафен, ксанакс, миансерин	Феназепам, элениум, нитразепам ксанакс, пирроксан	Фенибут
с ипохондрией	Тиоридазин, левомепромазин	Пиразидол, инказан, лудиомил	Феназепам, элениум, сибазон, мепробамат	Беметил, томерзол, энерион
астенией	Метофеназин, тиоридазин	Азафен, пиразидол, бефол, флуоксетин, пиразидол, пирроксан	Триоксазин, мебикар, мезапам, грандаксин, дибунол	Аминалон, беметил, энерион, томерзол, индопан
Параноидный:				
острый	Аминазин, галоперидол, трифтазин, rispолепт	Амитриптилин	Феназепам, нитразепамсибазон	
хронический	Трифтазин, клозапин, флуфеназин, зипрекса, rispолепт	Амитриптилин, пипофезин, тразодон	Феназепам, нитразепамэлениум, окзазепам, хальцион	Энерион, беметил
с галлюцинациями	Галоперидол, трифлуоперазин, пипортил, азалептин, зипрекса, rispолепт	Амитриптилин, леривон, азафен, ксанакс, флувоксамин	Феназепам, нитразепамхальцион элениум, сибазон	Фенибут
с депрессией	Метофеназин, тизерцин, тиоридазин	Амитриптилин, леривон, азафен, мелипрамин, нуредаль	Сибазон, мепробамат, грандаксин, мезапам	Сиднофен, фенамин, меридил, мезокарб
с ипохондрией	Тиоридазин	Пиразидол, флуоксетин	Сибазон, грандаксин, мезапам	Аминалон, энерион
Паранойальный	Трифлуоперазин	Пипофезин, ксанакс	Нитразепам мезапам	Фенибут
Кататонический	Тиопроперазин	Амитриптилин, леривон	Феназепам, нитразепам	Аминалон
Онейроидный	Левомепромазин	Леривон, ксанакс	Феназепам, нитразепам	Фенибут
Гебефренический	Хлорпромазин, тиопроперазин	Амитриптилин, леривон, ксанакс	Феназепам, нитразепам элениум, сибазон	Фенибут
Психопатоподобный	Проперидиазин, этаперазин, фторфеназин	Амитриптилин	Феназепам, нитразепам хальцион	Фенибут
Простая форма шизофрении	Метофеназин, трифлуоперазин	Пипофезин, бефол	Сибазон, грандаксин, мезапам, мебикар	Беметил, энерион, томерзол
Неврозоподобная шизофрения:				
обсессивно-фобический	Хлорпротиксен, семап, сонапакс, терален	Пиразидол, пипофезин, анафранил	Феназепам, нитразепам хальцион, ксанакс	Фенибут
астено-ипохондрический	сульпирид, трифлуоперазин, сонапакс	Метралиндол, бефол	Триоксазинмебикар, мезапам, грандаксин, сибазон	Мезокарб, беметил, энерион, томерзол, элеутерококк

- вызывают, как правило, побочные действия, которые практически неотделимы от лечебного эффекта (нейролептический синдром, синдром «ватных», «беспокойных» ног и др.).

В узком смысле все психофармакологические препараты лечебного характера подразделяют в основном на три группы: нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты. Кроме того, в эту группу обычно включают психостимуляторы, ноотропы и некоторые другие средства. Лечебное действие психофармакологических препаратов во многом зависит от дозы. Так, в средних дозах в наибольшей степени проявляется весь антипсихотический спектр воздействия, характерный для данного лекарственного препарата. В малых дозах чаще всего превалируют только некоторые лечебные свойства, например, стимулирующие. В этих дозах лекарство действует мягко, как правило, не обнаруживая побочных эффектов. Наоборот, в больших дозах, наряду с максимальным антипсихотическим воздействием, выявляется обрывающий психоз лечебный эффект, однако часто при этом имеют место выраженные побочные явления и осложнения, которые требуют от врача адекватного подбора психокорректоров.

Ориентировочные варианты выбора психофармакологических препаратов при лечении отдельных психопатологических синдромов у больных с эндогенными психическими расстройствами представлены в табл. 1. При этом предлагаемый выбор препаратов при указанных психопатологических синдромах и состояниях носит условный или чисто рекомендательный характер без учета новых лекарственных препаратов.

В экстренных случаях и при оказании неотложной помощи в минимальные сроки врачам-психиатрам приходится часто назначать психофармакологические препараты по ведущему психопатологическому симптому-мишени. Как правило, у врача при дефиците времени на диагностику и при быстро возникающих острых и неотложных состояниях препаратами выбора могут быть рассмотрены следующие:

- **бред:** трифтазин, галоперидол, аминазин, этаперазин, карбидин, фторфеназин, метеразин, пропазин, флупентиксол, мажептил, азалептин, зипрекса, rispолепт, сероквель, солеан;
- **возбуждение:** аминазин, галоперидол, дроперидол, триседил, хлорпротиксен, клопиксол, пропазин, пипортил, мажептил, седуксен, феназепам;
- **галлюцинации:** галоперидол, пипортил, пимозид, трифтазин, (триседил), этаперазин, зипрекса, rispолепт, сероквель, солеан;
- **делирий:** диазепам (элениум), феназепам, аминазин, (тизерцин), ноотропил (пирацетам), витамины группы В, сердечные средства;
- **депрессии:** амитриптилин, имизин (мелипрамин), анафранил, тизерцин, эглонил, френолон, тиаприд, пиразидол, азафен, бефол, нуредаль, тразодон, соннапакс, сиднофен, инказан, лудиомил, леривон, индопан, карбамазепин (финлепсин), ксанакс;

- **дисфории:** феназепам, диазепам (седуксен), хлордиазепоксид (элениум), неулептил, терален, rispолепт, кветиапин, аминазин, (тизерцин), амитриптилин, фторфеназин, леривон, тразодон, бефол, герфонал, карбамазепин (финлепсин), ксанакс, пирроксан, седуксен;

- **ступор:** сиднокарб, тиопроперазин (мажептил), френолон, этаперазин, мелипрамин;

- **маниакальные состояния:** бенперидол, сультоприд, литий, галоперидол, (триседил), (тизерцин), аминазин, хлорпротиксен, клопиксол, феназепам;

- **судорожные припадки:** бензонал, дифенил, триметин, карбамазепин (финлепсин), диазепам (седуксен), хлордиазепоксид, нитразепам (эуноктин, радедорм), феназепам;

- **бессонница:** феназепам, хальцион, имован, нитразепам (эуноктин, радедорм), хлордиазепоксид (элениум), оксазепам (тазепам), диазепам (седуксен), (тизерцин), азафен, азалептин.

Выработка единой стратегии и тактики выбора антипсихотических препаратов является актуальной в связи с возможным возникновением побочных эффектов, экстрапирамидных расстройств, формированием терапевтической резистентности и снижением эффективности психофармакологического лечения за счет толерантности или обострения психического расстройства.

В связи с этим современные «атипичные» нейролептики антипсихотического действия постепенно становятся стандартными средствами терапии эндогенных психических расстройств. Поэтому для успешной замены нейролептика врачу необходимо получить согласие пациента и членов его семьи, учесть экономическое (финансовое) благополучие пациента и его семьи, правильно выбрать время для замены препарата, сделать правильный выбор из преимущественно атипичных нейролептиков, обучить пациента и его родных процедуре замены антипсихотика, избрать наиболее адекватную схему замены и перехода на новый антипсихотический препарат с определением суточной дозы и предполагаемой длительности терапии [31, 40, 41, 49, 51, 54].

Стратегия первичного выбора антипсихотика должна заключаться в назначении типичного нейролептика в дозах, эквивалентных 250–750 мг аминазина при средней продолжительности не менее шести недель. Если первичная схема терапии оказывается неэффективной, то в течение следующих шести недель должна проводиться терапия препаратом другой химической группы в эквивалентных дозах. В случаях неэффективности должен рассматриваться вопрос о лечении больного лепонексом или другим современным атипичным нейролептиком в эквивалентных дозах.

Необходимость замены нейролептика с позиции врача-психиатра должна быть обусловлена следующим: у больного несмотря на проведенный курс лечения сохраняется стойкая позитивная и/или не-

гитивная симптоматика; имеются стойкие экстрапиримидные симптомы; несмотря на проводимую терапию и полное соблюдение режима, клинически определяется обострение психического заболевания; выявляются осложнения и побочные эффекты проводимой терапии (аменорея, галакторея, отставленная дискинезия и другие).

После выписки из стационара идеальным для замены препарата можно считать период после 6 месяцев стабильной ремиссии, особенно если лечащий врач хорошо изучил больного. При этом следует предупредить пациента о том, что побочные эффекты, связанные с отменой нейролептика, могут развиваться раньше, чем наступит улучшение состояния. Известно, что большинство симптомов отмены нейролептиков и антихолинергических препаратов развивается в течение первых двух недель перехода на новый нейролептик.

Длительность периода постепенного перехода с типичного нейролептика на новый антипсихотик занимает от 2 недель до 3 месяцев. Известно, что чем тяжелее состояние пациента, тем медленнее надо проводить замещение одного препарата другим. При определении скорости снижения дозы предыдущего препарата следует ориентироваться на суточную дозу, силу антипсихотического действия и способ введения типичного нейролептика. Дозы нейролептиков со слабым антипсихотическим действием и клозапина следует снижать медленнее, чем дозы более мощных препаратов. Нейролептики в форме депо сами постепенно выводятся из организма. Скорость наращивания дозы нового антипсихотика также варьируется в зависимости от стабильности состояния, тяжести симптоматики, способности больного следовать инструкциям врача и контролируемости ситуации.

Таким образом, психиатру следует принимать решение о замене антипсихотика при участии самого пациента и лиц, которые его опекают. В каждом случае врач должен выбрать наиболее подходящий атипичный антипсихотик. На сегодня доступны для применения 4 препарата этого класса: клозапин, оланзапин, рисполепт и кветиапин. Для обеспечения максимально полного соблюдения режима терапии при переходе с одного препарата на другой образовательная программа с пациентом и лицами, которые осуществляют уход за ним, должна продолжаться на протяжении всего периода замены.

Схематично современный подход к психофармакотерапии эндогенных психических расстройств можно представить в следующем виде: «активное» или «обязательное» стационарное лечение (от 6 до 12 недель) в целях купирования симптомов, достижения ремиссии; «длительное» стационарное и/или амбулаторное лечение (от 4 до 6 месяцев) для предотвращения рецидивов; «поддерживающая» терапия (1 год и более) в целях профилактики повторных эпизодов и достижения устойчивой и качественной ремиссии типа А. Чтобы избежать формирования терапевтической резистентности

курсы психофармакотерапии должны быть длительностью: не менее 6 недель с использованием нейролептиков первого выбора в дозах, эквивалентных 250–750 мг аминазина в сутки; 6 недель нейролептиков другой химической группы (в суммарной эквивалентной дозе не более 900 мг аминазина в сутки) и последующих 6 недель назначения атипичных нейролептиков типа лепонекса. Если проводимая терапия оказывается неэффективной, то данное состояние является фармакорезистентным. Для преодоления фармакорезистентного состояния требуется поиск другого атипичного нейролептика и/или более «сложного» метода терапии.

В случае диагностированного фармакорезистентного состояния следующим этапом действий психиатра является отмена предшествующей психофармакотерапии и преодоление терапевтической резистентности назначением курса инфузионно-детоксикационной терапии.

Основным принципом современной инфузионной терапии является введение в организм больного значительных количеств растворов. Это мероприятие нередко достаточно эклектично. По своему объему и качеству используемого раствора представляет скорее психологическое воздействие на больного (как же — ведь «ставится капельница!»), либо решает задачу разведения и выведения необходимых сильнодействующих лекарственных средств до определенного уровня, обеспечивающего безопасность жизнедеятельности. Однако существует целый раздел в медицине критических состояний, где практика вливания различными путями значительного количества растворов обоснованно считается необходимой для решения целого ряда задач в программах интенсивной терапии, в том числе для устранения неотложных (критических) состояний в психиатрии и для преодоления терапевтической резистентности у больных, длительное время получающих нейролептики [16, 20, 21, 22, 27, 40].

Решение задач инфузионной терапии достигается при соблюдении нескольких условий:

- рациональным доступом к сосудистой системе или в целом к внутренней среде организма больного с помощью канюлирования или катетеризации сосудов;
- техническим обеспечением инфузионной терапии с применением пассивного, гравитационного инфузионного тракта (системы) или активного на основе применения насосов-инфузоров;
- медицинскими и коммерческими возможностями выбора инфузионной среды соответственно конкретной клинической задаче;
- контролем достигнутого эффекта инфузионной терапии с помощью клинко-лабораторных критериев, а в трудных случаях с помощью мониторингового наблюдения, позволяющего оценивать *on line* центральную гемодинамику, состояние жидкостных пространств организма больного и изменение микроциркуляции крови.

Использование инфузионной терапии в активной детоксикации — широкое поле деятельности для клинициста в целях преодоления фармакорезистентности и для устранения неотложных (критических) состояний в психиатрической практике. Уже расширение внеклеточного жидкостного пространства с помощью инфузии кристаллоидов уменьшает повреждающее действие экзогенных токсикантов и эндогенных токсических субстанций за счет их разведения. Появление в распоряжении клиницистов так называемых детоксикационных кровезаместителей на основе поливинилпирролидона (гемодез) и поливинилового спирта (полидез) обеспечило направленные действия такой детоксикационной инфузии. В практике интенсивной медицины до последнего времени широко используют инфузионно-форсированный или медикаментозно-форсированный диурез — целое инфузионно-трансфузионное пособие, обеспечивающее высокий темп диуреза (оптимально 4–5 мл/кг МТ в час) на протяжении часов и суток.

Последующий алгоритм выбора метода терапии (при неэффективности инфузионно-детоксикационной) при фармакорезистентном состоянии заключается в назначении эфферентной терапии с одновременной отменой психофармакотерапии нейрорепрессантами. Другим и наиболее основным по-

казанием к назначению методов эфферентной терапии являются неотложные (критические состояния), связанные и/или несвязанные с терапевтической резистентностью [20, 22, 26, 27, 40]. К ним относятся: фебрильная шизофрения; злокачественный нейрорепрессивный синдром; острые отравления техническими спиртами (метиловый, технический спирт, антифриз) и этиленгликолем; острые отравления психотропными препаратами. Основные клинические эффекты эфферентной терапии включают антипсихотическое, детоксикационное, иммунокоррегирующее, реокоррегирующее воздействия и лечебный эффект метаболической коррекции. Выбор методов эфферентной терапии при неотложных и фармакорезистентных состояниях у больных психиатрического профиля представлен в табл. 2.

При безуспешной или недостаточно эффективной эфферентной терапии последующий алгоритм выбора метода терапии при фармакорезистентном или некурабельном состоянии заключается в проведении инсулинокоматозного (при длительности заболевания до 2–3 лет) лечения. В случае его неэффективности, как правило, проводится электросудорожная терапия (по четким показаниям). Если при этом не полностью решаются клинические задачи, то принято считать, что одним из последних

■ **Таблица 2.** Показания к эфферентной терапии неотложных и фармакорезистентных состояний с учетом ведущего психопатологического синдрома

Ведущий психопатологический синдром	Основные лечебные эффекты эфферентной терапии	Предпочтительный выбор метода эфферентной терапии
Депрессивно-параноидный*	Антипсихотический, антидепрессивный Антидепрессивный, психостимулирующий	Гемосорбция (2) Плазмаферез с ЛОК (3)
Галлюцинаторный*	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (2)
Кататонический*	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (3)
Фебрильная шизофрения	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (2) с плазмообменом (2)
Делириозный	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (2)
Онейроидный*	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (2)
Аментивный*	Антипсихотический, детоксикационный, иммунокоррегирующий, психостимулирующий	Гемосорбция (1) с плазмаферезом и ЛОК (2)
Сумеречного помрачения сознания*	Антипсихотический, детоксикационный	Гемосорбция (2)
Депрессивный*	Антидепрессивный, антипсихотический	Плазмаферез с ЛОК (3)
Маниакальный*	Детоксикационный, антипсихотический	Гемосорбция (2)
Злокачественный нейрорепрессивный*	Детоксикационный, антипсихотический	Гемосорбция (2) и плазмообмен (2)
Неврозоподобный*	Имунокоррегирующий	Плазмаферез (2)
Ипохондрический*	Антидепрессивный, психостимулирующий, иммунокоррегирующий	Плазмаферез с ЛОК (3)
Синдром Котара*	Антипсихотический, иммунокоррегирующий	Плазмообмен (2)
Острые отравления техническими спиртами, этиленгликолем	Детоксикационный, антипсихотический	Гемодиализ (3)
Острые отравления психотропными препаратами и веществами бытовой химии	Детоксикационный, антипсихотический	Гемосорбция (3)

Примечание: * — фармакорезистентные состояния; в скобках графы «...выбор метода эфферентной терапии» указано рекомендуемое количество операций и их сочетаний; ЛОК — лазерное облучение крови.

в этом ряду и наиболее сложным методом лечения является психирургия. Однако выбор показаний и противопоказаний к психирургическому лечению некурабельных больных представляется сложным и проблематичным [48].

СТРАТЕГИЯ И ТАКТИКА ВЫБОРА МЕТОДОВ ТЕРАПИИ ПОГРАНИЧНЫХ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ (РОЛЬ И МЕСТО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ)

Лечение пограничных и психосоматических расстройств является одним из сложных разделов современной терапии и тесно связано с клиническими проблемами отграничения, дефиниции, динамики и прогнозируемости исходов [3, 7, 24, 28, 32, 33].

В последнее время основной чертой лекарственного патоморфоза стал сдвиг с психотического на невротический и психопатоподобный уровень, а также остановка или замедление прогрессивности. Эти обстоятельства привели к резкому увеличению в амбулаторной практике числа достаточно глубоких ремиссий, вялотекущих форм психозов, трансформации галлюцинаторных и бредовых расстройств в состояния, схожие с обсессивно-фобическими, невротическими и психопатоподобными синдромами, учащению стертых или маскированных депрессий и других состояний [29, 34, 35, 36, 43, 44]. В связи с этим терапевтическая тактика строится на основе комплексного биологического и социореабилитационного воздействий, в котором ведущая роль принадлежит психотерапевтическому воздействию и психофармакологическому лечению (в частности, транквилизаторами и антидепрессантами). Общепринятая классификация психотропных

■ Таблица 3. Классификация психотропных средств*

Психолептики препараты, обладающие успокаивающим (депримирующим) действием		
Нейролептики (препараты с резко выраженным депримирующим эффектом)	Нейролептики-седатики	аминазин тизерцин
	Антипсихотические (селективные)	галоперидол трифтазин мажептил этаперазин зипрекса (рисполепт)
Транквилизаторы (препараты с умеренным депримирующим эффектом)	Транквилизаторы-седатики	седуксен (реланиум) феназепам
	«Дневные» транквилизаторы	ксанакс мезапам
	Эугипнотики	радедорм (эуноктин)
Психоаналептики препараты, обладающие активирующим, стимулирующим действием		
Антидепрессанты (препараты, уменьшающие выраженность депрессии)	Седатики	амитриптилин леривон; ксанакс; третикко; феварин
	Стимуляторы	мелипрамин нуредаль
Психостимуляторы (препараты, повышающие «уровень бодрствования» и работоспособность)	—	сиднокарб; сиднофен кофеин; меридил милдронат; сиднофен фенамин
	Растительные биостимуляторы	препараты женьшеня, элеутерококка и др.
Адаптогены (препараты, повышающие резистентность организма)	Ноотропы	аминалон; пирасетам глиатилин; кортексин; пикамилон; фенибут
	Актопротекторы (антиастенические средства)	бемитил; энерион олифен; томерзол
Психодизлептики препараты, вызывающие кратковременные психотические состояния (в психиатрии для наркопсихотерапии используется кетамин)		
Соли лития препараты, обладающие профилактическим действием при фазно- и периодически протекающих психозах		

Примечание: * — приводятся только наиболее распространенные и традиционно используемые в нашей стране препараты.

средств представлена в табл. 3, где в основу положена систематика J. Delay, P. Deniker (1960) в модификации Г.Я. Авруцкого [2, 3].

Комплексная терапия пограничных и психосоматических расстройств должна включать несколько основных задач и направлений:

- устранение эмоциональных нарушений, типичных для невротического уровня поражения (эмоциональная лабильность, «раздражительная слабость», страхи, тревога, напряженность и др.);
- лечение астенических расстройств, преодоление физической и умственной истощаемости, регуляция вегетативных расстройств;
- терапию навязчивостей и фобий, если они имеются;
- коррекцию личностных особенностей;
- устранение отрицательных внешних факторов, а также выявление и устранение соматических жалоб.

Лечение больных, страдающих пограничными и психосоматическими заболеваниями, должно быть сугубо индивидуальным, комплексным и комбинированным [8, 18, 24, 25, 45]. Чаще и обычно оно проводится стационарно в терапевтической или психосоматической клинике. Практикующий врач в общении с больным сталкивается с постоянно повторяющимися трудностями. С одной стороны, он видит свою задачу в интерпретации найденных у больного соматических, физических и биохимических данных. С другой стороны, он вынужден констатировать, что таким способом диагностики он часто не получает четкого ответа относительно жалоб больного.

Следовательно, помимо непосредственного медикаментозного лечения пограничной и психосоматической патологии, существенное, а в большинстве случаев и главное значение следует придавать психотерапевтическому воздействию с учетом психологических особенностей пациента, особенностей психотравмирующей ситуации, наличия специфических психологических форм защиты, тяжести и длительности болезненного расстройства. При этом методы психотерапии выдвигаются на ведущую роль в комплексной терапии пограничных и психосоматических расстройств.

В связи с этим для комплексного лечения пограничных и психосоматических расстройств целесообразно привлекать психотерапевтов и медицинских (клинических) психологов, т. е. использовать основные методы психотерапии, психокоррекции и психодиагностики. При этом основное значение следует придавать выявлению социальных и психотравмирующих причин возникновения заболеваний и их постоянно изменяющейся динамике; психологических форм отношения (защиты) больного к болезни и своему социальному окружению; выработке позитивных изменений отношения к себе, своему здоровью и имеющемуся заболеванию; адекватному восприятию внешнего мира и себя в нем с выработкой

адекватной позиции — «жить в реальном времени и месте, а не играть в жизнь».

Методы психотерапии используются как системы лечебного воздействия на психику и через психику на организм больного [7, 12, 14, 24, 33, 36, 43]. В настоящее время в комплексной терапии пограничных и психосоматических расстройств используются свыше 500 самостоятельных методов психотерапии. Основные методы психотерапии [46] в комплексном лечении пограничных и психосоматических расстройств приведены в табл. 4.

Уникальность психотерапевтической задачи заключается в том, что больной обращается за психотерапевтической помощью, а выбор терапии зависит не от диагноза или других объективных характеристик состояния пациента, а от того, какой психотерапевтической техникой владеет психиатр или врач-психотерапевт. При этом не один из существующих методов психотерапии не является самым лучшим. Принято считать, что разные методы преследуют разные цели и применимы не ко всем больным, а к определенным группам пациентов.

В психотерапевтических кабинетах и отделениях лечебных заведений в основном используются рациональная психотерапия и суггестивные методы воздействия, обычно с применением современных радиотехнических средств. Обычно короткие сроки пребывания в клинике, большое число обслуживаемых больных требуют, с одной стороны, приспособления существующих методов психотерапии к данным условиям и, с другой, — определенной тактики ведения больных психотерапевтом с использованием активного характера психотерапии и обязательным сочетанием ее с медикаментозным лечением. Психотерапевтический кабинет клиники должен представлять собой центр психотерапевтической, психопрофилактической и психогигиенической работы и деонтологического воспитания всего персонала клиники.

Основной тенденцией развития психотерапии в психосоматической клинике применительно к различным контингентам больных является специализация ее по отдельным группам заболеваний. Главной задачей развития психотерапии является более широкое использование современных форм групповой психотерапии, функциональных тренировок и поведенческих приемов. Началу групповой психотерапии предшествуют беседы с отдельными пациентами с целью подготовки их к участию в работе группы и создания мотивации на этот чаще всего неизвестный им вид психотерапии. Этому же служит и общая беседа с членами группы с элементами рациональной психотерапии, освещающая роль психического фактора в происхождении, течении, излечении (или компенсации) заболевания. Из большого арсенала методов групповой психотерапии для клинических условий целесообразно отбирать те, которые позволяют с первых занятий заинтересовать, объединить пациентов, повысить их эмпатический потенциал, а также дают возмож-

■ **Таблица 4.** Основные психотерапевтические методы (по А.И. Колчеву, 1998)

Интрапсихическая психотерапия.	
Направлена на улучшение процессов социальной адаптации, купирование болезненных проявлений путем осознания механизмов неадекватных поведенческих реакций	
Психоанализ (Freud S., 1895)	Интеграция ранее подавленных болезненных проявлений в общую структуру личности, анализ психологических причин, их обуславливающих, с последующей коррекцией
Аналитическая (Jung C., 1904)	Оптимизация соотношения сознательного и бессознательного в поведенческих реакциях пациента, установление динамического равновесия между ними
Индивидуальная (Adler A., 1911)	Интеграция личности пациента, осознание им механизмов собственных поведенческих реакций, формирование повышенного социального интереса
Рациональная (Бехтерев В.М., 1911)	Разъяснение пациенту психопатологических механизмов его болезненных симптомов и неадекватных поведенческих реакций
Патогенетическая (Мясищев В.Н., 1960)	Изучение этиопатогенетических механизмов психопатологических процессов, установление причинно-следственных связей болезненных проявлений и особенностей личности пациента с последующей коррекцией его поведенческих реакций
Экспрессивная (Alexander F., 1956)	Разрешение конкретных конфликтных ситуаций, связанных с особенностями психосексуального развития личности, купирование негативного влияния психологической защиты
Поддерживающая (Klein M., 1946)	Оказание психотерапевтической помощи в сложных или субъективно труднопреодолимых условиях
Кратковременная динамическая (Alexander F., French T., 1946; Balint M., 1952)	Оказание психотерапевтической помощи в ходе ограниченного во времени лечебного процесса, как правило, сфокусированного на разрешении конкретной проблемы
Центрированная на клиенте (Rogers C., 1951)	Приведение «реального Я» пациента в соответствие с его глубинными переживаниями и накопленным субъективным опытом
Эмотивно-рациональная (Ellis A., 1962)	Анализ проблемных ситуаций, доведение до сознания пациента иррациональных когнитивных установок, влияющих на психоэмоциональное состояние и принимаемые решения
Гештальт-терапия (Perls F., 1947)	Формирование гармоничной личности пациента за счет развития его самосознания и разрешения внутренних конфликтов
Наркоанализ (Horsley S., 1932)	Проведение психоаналитической терапии на фоне психотропных средств, вызывающих состояние измененного состояния
Поведенческая (бихевиористская) терапия (Wolpe J., 1962).	
Направлена на замену неадекватных форм поведенческих реакций, приводящих к дезадаптации на более оптимальные	
Контробусловливание	Систематическая десенсибилизация: выработка реакций, противоположных тем, которые приводят к дизадаптации Имплозивная терапия: помещение пациента в индивидуально значимую психотравмирующую ситуацию в целях выработки к ней соответствующих адаптационных механизмов
Оперантные методы	Метод формирования поведения: выработка оптимальных форм поведения путем применения системы поощрительных мероприятий Метод «накопления жетонов»: используется в лечебных заведениях с применением системы «поощрительных жетонов» (количество которых определяет степень «привилегий»)
Экзистенциальная терапия (Frankl V., 1961; May R., 1967)	
Доведение до понимания пациента смысла, который он старается придать своей жизни путем анализа каждого его поведенческого акта	
Терапия реальностью (Glasser W., 1965)	
Стремление побудить пациента брать на себя ответственность за различные реальные жизненные ситуации и добиваться поставленных целей	
Трансактный анализ (Berne E., 1961)	
Осознание пациентом мотивов своих поведенческих актов (взаимодействий — «трансакций») в целях формирования более адекватного поведения	
Психодрама (Moreno J., 1921)	
Исследование черт характера, конфликтных ситуаций, межличностных связей путем специальной терапевтической драматизации	
Групповая психотерапия (Berne E., 1961; Rodgers C., 1959; Peres F., 1962)	
Поддерживающая	Улучшение социальной адаптации
Аналитически ориентированная	Реконструктивные процессы, направленные на улучшение социального функционирования
Психоанализ групп	Направлена на глубинные реконструктивные личностные процессы
Деловая	Улучшение произвольного контроля над поведенческими актами
Поведенческая	Купирование соответствующих поведенческих расстройств

Продолжение таблицы 4.

Семейная психотерапия (Ackerman N., 1962; Lieberman M., 1972; Haley N., 1978; Whitaker S., 1964) Улучшение межличностных отношений в семье, ее реорганизация	
Психодинамическая	Изучение психологических механизмов семейного конфликта и связанных с ним проблем
Поведенческая	Достижение поведенческих целей методом положительного подкрепления
Стратегическая	Фиксация на разрешение конкретной проблемы, возникающей в ходе межличностного общения в семье
Экспериментальная	Оптимизация межличностных отношений в семье путем внесения изменений в организацию ее структуры
Нейролингвистическое программирование (Grinder D., Bandler R., 1979) Улучшение социального функционирования за счет изменения внутренних программ поведения	
Гипносуггестивная терапия (Braid J., 1841) Купирование симптомов патологических процессов в состоянии гипноза	
Наркопсихотерапия (Lambert F., 1944; Попов Е.А., 1949) Купирование симптомов психопатологических процессов на фоне применения препаратов, вызывающих изменение сознания	
Социотерапия (реабилитационная терапия) (Мелехов Д.Е., 1947; Кабанов М.М., 1971) Восстановление социального статуса больного, активирование саногенетических механизмов психопатологических процессов	
Психическая саморегуляция (Jacobson E., 1922; Shults., 1932) Снижение психофизиологической напряженности, выраженных стрессовых реакций, предупреждение их нежелательных последствий	

ность получить материал для самопознания и развития групповой дискуссии.

Объектом групповой психотерапии как и психотерапевтических воздействий, при пограничных и психосоматических заболеваниях, являются психологические факторы патогенеза заболевания (интрапсихический конфликт, механизмы психологической защиты, «внутренняя картина болезни», в том числе психологическая реакция личности на заболевание, система значимых отношений больного, включая нарушенные в результате заболевания социальные связи пациента). Существенным являются вопросы соотношения ее с различными видами симптоматической психотерапии (гипнотерапией, аутогенной тренировки, рациональной психотерапией и другими). Все вышеперечисленное, наряду с традиционно используемыми методами симптоматической психотерапии, позволяет проводить поиск и адаптацию современных групповых методов к условиям психосоматической клиники.

Групповой методикой, позволяющей пациентам расширить знания о себе, своих психологических особенностях, особенностях поведения и характера через осознание их с телом, понять их значение в развитии своего заболевания является телесно-ориентированная психотерапия. Ее задачами являются: повышение телесной и психологической чувствительности при невербальном контакте с другими людьми; умение отличать объективное и субъективное (интерпретация и факт) при общении; знакомство со своими психологическими особенностями, определение у себя проблем, обусловленных страхом, тревогой, повышенным бессознательным самоконтролем, терпением, искажением или нарушением партнерских и детско-родительских отношений; при-

нятие ответственности за участие в собственном лечении. В основу проводимой телесно-ориентированной терапии положена концепция психосоматической медицины, базирующая на типологии телесных защит Александра Лоуэна. Согласно этой концепции, человек, начиная с раннего детства, соприкасается с различными сложностями и вырабатывает разные способы адаптации и защиты. В течение жизни эти защиты формируются одновременно на психологическом и телесном уровнях, тесно взаимосвязаны и, определяя поведение человека, могут не осознаваться. Телесные защиты чаще всего выражены в разном образном мышечном напряжении, которое является реакцией на отрицательный психогенный фактор. С течением времени этот фактор может исчезнуть, а стереотип поведения и мышечное напряжение сохраняются, вызывая соматический дискомфорт или даже болезненную симптоматику, особенно значимую для больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями и плохо поддающуюся лечению традиционными кардиологическими способами, так как не уделяется должное внимание существованию этих связей.

Основные принципы лечения пограничных и психосоматических расстройств

В комплексном лечении целесообразно придерживаться следующих принципов.

1. *Своевременность выявления.* Принцип предусматривает внимательный осмотр лечащим врачом больного при поступлении. Осмотр должен включать не только определение физического состояния больного, но и определение психического уровня его здоровья. Наличие жалоб на астениза-

цию, психоэмоциональное напряжение, головные боли, нарушения сна, множественность соматических жалоб и других симптомов свидетельствует о необходимости консультации больного психотерапевтом и назначения метода психотерапии.

2. *Комплексность обследования и лечения.* После консультации врач-психотерапевт должен провести больному психометрическое обследование с помощью психологического тестирования. Из имеющихся в арсенале огромного числа психологических тестов можно выбрать два–три, позволяющих дополнить клиническую картину психологического статуса больного. К ним можно отнести: тесты «Астения», «Торонтскую алекситимическую шкалу», вопросники Тейлора, Айзенка, симптоматические вопросники, «самооценку психического состояния», тест САН (самочувствие, активность, настроение), тест по определению уровня невротизации и психопатизации (УНП), проективные тесты и другие методики. В процессе лечения больного должен равнозначно учитываться соматический уровень имеющихся у него нарушений в целях параллельного воздействия на соматическое состояние. Лечебное воздействие должно осуществляться по возможности в соответствии и координации с клиническими и лабораторными исследованиями.

3. *Индивидуализация подхода.* Лечение больного с психосоматическим заболеванием предполагает индивидуальный подход, направленный на перестройку личности, восстановление ее связей с окружающей средой, на убеждение больного в отсутствии у него тяжелых нарушений деятельности тех или иных органов, на формирование у больного новой внутренней позиции и ориентирование его на правильный выход из сложившейся конфликтной ситуации. Поэтому метод, выбираемый психотерапевтом для каждого больного, является специфическим именно для него, учитывающим личностные особенности, интеллект, степень внушаемости, длительность заболевания, отношение к групповым и индивидуальным занятиям и другие факторы.

4. *Последовательность действий.* Методы психотерапии комбинируются. Лечение следует начинать с релаксационных методик, а уже затем — реконструктивных, в зависимости от личности психолога, его опыта, а также от отношения больного к психотерапии. Выбирается одна или несколько техник. Лечение постоянно корректируется.

5. *Многоплановость подхода.* Лечение пограничных и психосоматических больных в условиях клиники предполагает рациональное использование не только методов психотерапии, но и всех имеющихся методов лечения: физиотерапии, лечебной физкультуры, рефлексотерапии, лечебного питания, а при необходимости — медикаментозного лечения.

6. *Охранительность.* Охранительный аспект при лечении пограничных и психосоматических заболеваний очень важен. Он имеет целью успокоение больного, смягчение у него болезненных ощущений, снижение эмоционального реагирования, а также

мобилизацию защитных сил организма в противодействии тем или иным симптомам болезни, должен способствовать усилению социальной активности больного.

7. *Краткосрочность лечения.* На этом принципе лечения основаны все предыдущие. Принцип предполагает учет сроков пребывания больного в стационаре, необходимость оказания ему за период лечения максимально возможной и эффективной помощи. С этой целью предлагаются использование нескольких методов психотерапии в кабинете, а также проведение поддерживающей психотерапии путем транслирования релаксационных методик по радио в палаты, самостоятельные занятия.

8. *Показания для назначения психотерапевтического лечения в пограничной и психосоматической практике:* гипертоническая болезнь I–II стадии, ишемическая болезнь сердца, атеросклеротический кардиосклероз, стенокардия напряжения I–II ФК, НО, постинфарктный кардиосклероз, нейроциркуляторная дистония с различными синдромами, неврозы, неврозоподобные состояния, преневротические состояния, невротические реакции.

9. *Противопоказания для применения методов психотерапии:* острые реактивные и острые лихорадочные состояния, органические поражения ЦНС с аффективной неустойчивостью или напряжением, ригидностью и интеллектуально-мнестическим снижением, эндогенные психозы, а иногда хронический алкоголизм, наркомании и возраст старше 55 лет.

10. *Методы контроля и критерии эффективности психотерапевтического лечения.* Психотерапевтический лечебный процесс предусматривает проведение контроля за ходом лечения. Цель контроля — определение адекватности проводимого лечения, оценка эффективности применяемых методик. Методы контроля системы оценки включают клиническое наблюдение, психометрическое обследование, самоконтроль. Использование системы оценки позволяет получить целостное представление об изменениях психосоматического состояния больного, эффективности применяемого метода.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Терапия психических расстройств эндогенного и пограничного уровней имеет принципиальные различия. В комплексном лечении эндогенных психических расстройств основное место и главенствующую роль занимают методы психофармакотерапии. Как правило, только при их безуспешности, формировании терапевтической резистентности или возникновении неотложного (критического) состояния на фоне отмены нейролептиков должны применяться последовательно: методы инфузионно-дезинтоксикационной терапии, в последующем эфферентной терапии и только при ее неэффективности ин-

сулинокоматозная и электросудорожная терапия, и в последнюю очередь должна рассматриваться психирургия как «отчаянный» метод терапии некурабельных психических расстройств. С другой стороны, при пограничных психических расстройствах основным методом комплексного лечения, как правило, выступают методы психотерапии и медико-психологической реабилитации. В целом, терапия больных должна быть комплексной, последовательной и синдромологической.

Клиницисты должны избегать ошибок в выборе неадекватных препаратов, схем и методов терапии. Частая смена схем психофармакологической терапии или длительная, монотонная терапия одним или комплексом препаратов приводят к вторичной фармакорезистентности (лекарственному патоморфозу), не способствуют сдерживанию прогрессивности, усиливают дезадаптацию за счет фармакологической депривации. Постоянная амбулаторная терапия или поддерживающая терапия, на наш взгляд, не должна назначаться на протяжении всей жизни. Она должна быть короткой по продолжительности, эффективной и направленной на психосоциальную реабилитацию больных психиатрического профиля.

В настоящее время для успешной терапии больных психиатрического профиля потребуются дальнейшая разработка и внедрение в клиническую практику «идеальных» психофармакологических препаратов, желательно без дополнительного применения психокорректоров, не вызывающих побочных действий и осложнений. В большей степени таким стандартам отвечают современные атипичные нейролептики, такие как клозапин, оланзапин, руперидон и кветиапин. Таким образом, лечение больных должно быть комплексным и включать весь арсенал медикаментозных и немедикаментозных методов терапии в зависимости от форм и типов течения заболевания, индивидуального подхода и других факторов. Тяжелые фармакорезистентные и неотложные состояния нуждаются в интенсивной терапии с использованием методов инфузионно-детоксикационной и/или эфферентной терапии в комплексе с медикаментозным лечением.

Литература

1. Андреев Б.В. Фармакологические свойства и особенности действия современных антидепрессантов (обзор) // *Обозрение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева*. — 2000, № 1. — С. 23–31.
2. Авруцкий Г.Я. Неотложная помощь в психиатрии. — М.: Медицина, 1979. — 191 с.
3. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных: Руководство для врачей. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1988. — 528 с.
4. Александровский Ю.А. Клиническая фармакология транквилизаторов. — М.: Медицина, 1973. — 335 с.
5. Бажин А.А. Применение психотропных препаратов в психиатрии и наркологии. 2-е изд., испр. и доп. — СПб.: Знание, ИВЭСЭП, 2004. — 64 с.
6. Биологическая терапия психических заболеваний / Под ред. Авруцкого Г.Я., Вовина Р.Я., Личко А.Е. и Смулевича А.Б. — М.: Медицина, 1976. — 312 с.
7. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Бруенка; Предисл. В.Г. Остроглазова. — М.: ГЭОТАР Медицина, 1999. — 376 с.
8. Бурназян Г.А. Психофармакотерапия. — Ереван: Айастан., 1985. — 344 с.
9. Военная психиатрия / Под ред. С.В. Литвинцева, В.К. Шамрея. — СПб.: ВМЕА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — 396 с.
10. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. — Л.: Медицина, 1964. — 216 с.
11. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. — М.: Медицина, 1994. — 672 с.
12. Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. — М.: Медицина. — 1980. — 448 с.
13. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. — М.: Медицина. — 1985. — 304 с.
14. Карвасарский Б.Д., Ташлыков В.А., Федоров А.П. Соотношение психотерапии и фармакотерапии при лечении неврозов // *Профилактическая и противорецидивная терапия психических заболеваний: Сб. науч. тр. Изд. — Лен. Психоневрол. НИИ им. В.М. Бехтерева*. — Л., 1986. — С. 117–122.
15. Кекелидзе З.И., Чехонин В.П. Критические состояния в психиатрии: Клинические и иммунохимические аспекты. — М.: Медицина, 1997. — 362 с.
16. Клиническая психиатрия / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — 832 с.
17. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. — М.: Медицина, 1995. — 608 с.
18. Личко А.Е. Психопатия и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
19. Личко А.Е. Шизофрения у подростков. — Л.: Медицина, 1989. — 216 с.
20. Литвинцев С.В., Костюченко А.Л., Давыдов А.Т., Софронов А.Г. Эфферентная терапия неотложных состояний в психиатрии и наркологии. — Учебное пособие. — СПб.: ВМЕА, 1998. — 72 с.
21. Лужников Е.А., Гольдфарб Ю.С., Мусселиус С.Г. Детоксикационная терапия: Руководство для врачей. — Серия «Мир медицины». — СПб.: Лань, 2000. — 192 с.
22. Малин Д.И. Плазмаферез в психиатрии и наркологии. — М.: Изд-во Моск. НИИ психиатрии МЗ РФ, 1997. — 144 с.
23. Мосолов С.Н. Основы психофармакотерапии. — М.: Восток, 1996. — 288 с.
24. Мясисев В.Н. Личность и неврозы. — Л.: Изд-во Ленингр. Ун-та, 1960. — 426 с.
25. Недува А.А. Терапия больных шизофренией комбинациями психотропных средств. — М.: 1973. — 76 с.
26. Нечипоренко В.В., Литвинцев С.В., Давыдов А.Т. Современные подходы в терапии больных шизофренией // *Новости фармакотерапии*. — 1997, № 3–4. — С. 127–132.
27. Нитруца М.И., Нагнибеда А.Н. Скорая психиатрическая помощь на госпитальном этапе: Руководство, 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Спец. Лит., 2000. — 208 с.
28. Озерцовский Д.С. Навязчивые состояния. — М.: Медгиз, 1950. — 168 с.

29. Оксфордское руководство по психиатрии / Под ред. М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. — Нью-Йорк: 1998. — Т. 1. — 300 с.; Т. 2. — 436 с.
30. Попов М.Ю. Современные подходы к терапии острых бредовых состояний: Пособие для врачей. — СПб.: Изд-во СПб. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева, 2000. — 36 с.
31. Попов Ю.В. Современные подходы к фармакотерапии острых психозов // Обзорение психиатрии и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. — 2000, № 1 — С. 54–58.
32. Ранняя диагностика психических заболеваний / Под общей ред. В.М. Блейхера. — Киев: Здоровье, 1989. — 288 с.
33. Руководство по психотерапии / Под ред. В.Е. Рожнова. — Ташкент: Медицина. — 1979. — 639 с.
34. Руководство по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1983. — Т. 1. — 480 с., Т. 2. — 544 с.
35. Руководство по психиатрии / Под ред. Г.В. Морозова. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — 640 с.
36. Свядоц А.М. Неврозы. — М.: Медицина, 1982. — 368 с.
37. Сметанников П.Г. Психиатрия. Руководство для врачей. — Изд. 5-е, перераб. и доп. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2002. — 708 с.
38. Спивак Л.И., Райский В.А., Виленский Б.С. Осложнения психофармакологической терапии. — Л.: Медицина, 1988. — 168 с.
39. Справочник по психиатрии / Под ред. А.В. Снежневского. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1985. — 416 с.
40. Стандарты оказания скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе / Под ред. профессора А.Г. Мирошниченко и профессора В.А. Михайловича. — СПб.: СПбМАПО, 1998. — 200 с.
41. Точилов В.А. Антидепрессанты. Классификация, механизмы действия и принципы применения. — СПб.: 2001. — 32 с.
42. Тиганов А.С. Фебрильная шизофрения. — М.: Медицина, 1982. — 128 с.
43. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1978. — 400 с.
44. Фуллер Тори Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. — СПб.: Питер Пресс, 1996. — 448 с.
45. Хвиливицкий Т.Я., Малахов Б.Б. Трудовая терапия и фармакологическое лечение больных шизофренией в амбулаторных условиях. — Л.: Медицина, 1975. — 136 с.
46. Шамрей В.К., Рустанович А.В. Атлас военной психиатрии. — СПб.: ВМедА, 2003. — 350 с.
47. Шизофрения. Клиника и патогенез / Под ред. А.В. Снежневского. — М.: Медицина, 1969. — 464 с.
48. Шустин В.А., Вовин Р.Я., Корзенев А.В. Хирургическая коррекция некоторых психопатологических расстройств. — СПб.: Изд. СПб науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В.М. Бехтерева / Под ред. М.М. Кабанова. — 1997, Т. 136 — 123 с.
49. Meltzer H.Y. Pre-clinical pharmacology of atypical antipsychotic drugs: a selective review // Brit. J. Psychiatry. — 1996. — Vol. 168 (Suppl. 29). — P. 23–31.
50. Weiden P.J., Aquila R., Dalheim L. et al. Switching antipsychotic medication // J. Clin. Psychiatry. — 1997; 58 [Suppl. 10]: 63–72.
51. Schooler N.R. Maintenance medication for schizophrenia: strategies for dose reduction // Schizophr. Bull. — 1991; 17: 311–324.
52. Kinon B., Kane J., Johns C. et al. Treatment of neuroleptic-resistant schizophrenic relapse. — Psychopharmacol. Bull., 1993; 29: 309–315.
53. McEvoy JP, Weiden P.J., Smith T.E. et al., eds. The expert consensus guideline series: treatment of schizophrenia // J. Clin. Psychiatry, 1996; 57. (Suppl. 12B).
54. Tran P.V., Hamilton S.H., Kuntz A.J. et al. Double-blind comparison of olanzapine versus risperidone in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders // J. Clin. Psychopharmacol., 1997; 17: 407–418.