

ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Кафедра психиатрии факультета дополнительного профессионального образования

Е.В. Малинина, И.В. Забозлаева, В.В. Колмогорова, Н.А. Луговых
ПСИХОПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ
В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Учебное пособие предназначено: для слушателей системы послевузовского и
дополнительного профессионального образования врачей по специальности
«Психиатрия» 14.01.06

Челябинск 2014

УДК 616.45-001.1/3-053.3 (07)

ББК 52.5я7

М19

Рецензенты:

Шадрина И.В. – заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, д.м.н.

Атаманов А.А. – заведующий кафедрой социальной работы, психологии и педагогики ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, к.м.н.

Авторы:

Малинина Е.В. – заведующий кафедрой психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, д.м.н.

Забозлаева И.В. – доцент кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, к.м.н.

Колмогорова В.В. – доцент кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России, к.м.н.

Луговых Н.А. – ассистент кафедры психиатрии ФДПО ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

Учебное пособие посвящено актуальной проблеме современного общества – влиянию стрессовых факторов на психическое здоровье детской популяции и комплексным психопрофилактическим мероприятиям реактивных состояний. Изложены классификации психотравмирующих ситуаций, клинические особенности проявлений стрессовых состояний в детском возрасте, основные диагностические методики. Психопрофилактические мероприятия рассмотрены с позиций интердисциплинарного и дифференцированного подхода с участием врачей, психологов, социологов, педагогов, юристов.

Учебное пособие предназначено для слушателей системы послевузовского профессионального образования по специальности Психиатрия.

Учебное пособие утверждено на заседании Ученого совета ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России от ____ 2014 года протокол № ____

Оглавление

Предисловие.....	4
Раздел 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ.....	5
Раздел 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	9
Раздел 3. ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА И ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ	16
3.1. Диагностика стрессовых расстройств у детей и подростков.....	16
3.2. Лечение и профилактика стрессовых расстройств у детей и подростков	18
Приложение.....	42
Эталоны ответов к тестовым заданиям.....	75
Рекомендуемая литература.....	76

Предисловие

На протяжении жизни человек несет не только социальную нагрузку, но и постоянно реагирует на сложные физические, химические и биологические влияния, которые, действуя на организм сверхсильно, приобретают характер стрессоров. В современном мире к всегда существовавшим источникам эмоциональных потрясений, таким как природные катаклизмы, военные действия и индивидуальные насильственные акты, лавинообразно прибавляются обусловленные урбанизацией и развитием техники техногенные катастрофы, различные формы социальной агрессии.

Сложившаяся в последние годы социально-экономическая ситуация объективно привела к ухудшению психического здоровья населения в стране. Среди психических расстройств повысилась заболеваемость, связанная со стрессами, реактивными состояниями на 83,3% и психосоматическими расстройствами на 106% (Чуркин А.Л., 1998).

При невозможности организма адаптироваться к психотравмирующим ситуациям (адаптация к стрессорным факторам формируется с детства в ходе воспитания и обучения) и обстоятельствам, ими определяемыми, могут возникать психические расстройства по механизму реактивного состояния.

Детство является периодом в жизни человека, когда закладываются основы личностной активности, ценности, определяющие «качество» будущей жизни. Одновременно это такой жизненный период, когда ребенок и как человек, и как личность наименее защищен от социального, психологического и физического воздействия стрессора.

В работах Т.П. Симсон (1958) и Г.Е. Сухаревой (1955) обозначаются возрастные особенности, свойственные клинической структуре реактивных состояний на различных этапах развития ребенка, отмечена склонность к затяжному течению и влияние на формирование личности ребенка или подростка. В случаях отсутствия своевременной их коррекции они могут переходить в патологию нозологического круга.

В связи с этим целесообразно обсудить понятие ситуации риска нарушения психического здоровья, дать классификацию таких психотравмирующих событий, клинические особенности реактивных состояний у детей и подростков, их коррекцию и обозначить основные направления психопрофилактических мероприятий.

РАЗДЕЛ 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОТРАВМИРУЮЩИХ СИТУАЦИЙ

Психическая травма – это фактор, действующий своим сигнальным значением: угрозой, опасностью, обидой, информационной перегрузкой. В результате действия психотравмы (стрессора) возникает состояние стресса. В зависимости от вида стрессора и характера его влияния выделяют виды психологического дистресса: физиологический и психологический, последний делится на информационный и эмоциональный. Информационный стресс возникает в результате информационных перегрузок, когда личность не справляется с задачей, не успевает принимать верные решения в требуемом темпе. Эмоциональный приводит к изменениям в протекании психических процессов, эмоциональным сдвигам, нарушениями двигательного и речевого поведения.

Общим причинным фактором психогенных психических расстройств является психотравмирующее воздействие, характер которого может быть различным. Существуют разнообразные классификации трудных, или жизненных стрессовых ситуаций, вызывающих тревогу, страх, фрустрацию.

По характеру травма может быть внезапной, неожиданной, либо предвидимой, ожидаемой (например, смерть близкого человека после длительной болезни), причем в обоих случаях речь идет о собственной травматизации. При наличии прогрессирующих или регулярных (постоянных) лишений, речь идет о фрустрации. Однако в жизни приходится встречать большее многообразие особенностей психических травм.

Если говорить об *интенсивности психических травм*, их можно разделить (Ушаков Г.К.,1987).

1. *Массивные (катастрофические)*, внезапные, острые, неожиданные, потрясающие, одноплановые:
 - а) сверхактуальные для личности;
 - б) неактуальные для личности (например, природные, общественные катастрофы, инактные для данного индивидуума).
2. *Ситуационные острые (подострые)*, неожиданные, многопланово вовлекающие личность (связанные с утратой социального престижа, с ущербом для самоутверждения).
3. *Пролонгированные ситуационные*, трансформирующие условия многих лет жизни (ситуация лишения, ситуация изобилия – кумир семьи):
 - а) осознаваемые и преодолимые;
 - б) неосознаваемые и непреодолимые.
4. *Пролонгированные ситуационные*, приводящие к осознанной необходимости стойкого психического перенапряжения (истощающие):

- а) вызываемые самим содержанием ситуации;
- б) вызываемые чрезмерным уровнем притязания личности при отсутствии объективных возможностей для достижения цели в обычном ритме жизни.

Классифицируя психотравмы у детей по силе и длительности воздействия, В.В.Ковалев (1995) выделяет следующие.

1. Шоковые психические травмы – возникают внезапно, отличаются большой силой и угрожают жизни и благополучию (например, смерть родителя, нападение с угрозой для жизни).
2. Психотравмирующие ситуации относительно кратковременного действия, но психологически значимые (например, болезнь родителя, ссора).
3. Хронически действующие психотравмирующие ситуации, затрагивающие ценностные ориентации ребенка (хроническая неуспеваемость, патологическое воспитание).
4. Ситуации психической депривации (сенсорной, эмоциональной, интеллектуальной), ведущие к неудовлетворению основных психологических потребностей ребенка в течение длительного времени.

Д.Н.Исаев (1996) систематизировал **неблагоприятные психосоциальные факторы**, вызывающие психотравмирующие переживания у детей, следующим образом.

1. Глобальный страх (страх и переживание войны, экологических и промышленных катастроф, природных бедствий).
2. Национальные (страдания из-за национальной и этнической вражды, экономических контрастов, культурного противостояния).
3. Миграционные (страдания из-за миграции, отрыв от родной среды, утрата социального статуса).
4. Переживания, связанные с поступлением в школу, давлением требований учебного процесса, трудностями усвоения знаний, атмосферой отвержения или враждебности со стороны сверстников или старших, конфликтной обстановкой.
5. Переживания, обусловленные длительным пребыванием в образовательных и лечебных учреждениях (интернатах, детских домах, больницах, санаториях).
6. Переживания, обусловленные семейной ситуацией:
 - а) особенностями воспитания (отсутствие или неадекватность родительской заботы, чрезмерное давление родителей);
 - б) неадекватным или искаженным внутрисемейным общением;
 - в) нарушением межличностных отношений в семье (антагонизм между членами семьи, недостаток душевного тепла, жестокость, сексуальные злоупотребления).

7. Переживания на уровне личности, обусловленные значительными характерологическими отклонениями самого ребенка.

В американской классификации психических расстройств (DSM - IV) приводится следующая оценка психосоциальных стрессовых факторов для детей и подростков.

Шкала тяжести психосоциальных стрессов для детей и подростков:

1. Отсутствие стресса.
2. Слабый стресс: острый – разрыв с возлюбленным (возлюбленной), переход в другую школу; хронический – жизнь в условиях перенаселения, конфликты в семье.
3. Умеренный стресс: острый – исключение из школы, рождение братьев и сестер; хронический – хроническое заболевание с утратой работоспособности у родителей, постоянный конфликт с родителями.
4. Тяжелый стресс: острый – развод родителей, нежелательная беременность, арест; хронический – жестокие родители или их отказ от ребенка, помещение ребенка на воспитание в различные учреждения.
5. Чрезмерно тяжелый стресс: острый – сексуальная или физическая неполноценность, смерть родителя; хронический – устойчивые сексуальные или физические нарушения.
6. Катастрофический стресс: острый – смерть обоих родителей; хронический – хроническое, угрожающее жизни заболевание

Если понимать жизненную ситуацию как систему не только объективных (внешних), но также субъективных (внутренних) элементов, то психическая травма это, прежде всего, переживание, в центре которого находится определенное эмоциональное состояние (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.В., 2001). Ситуационно обусловленные нарушения психического здоровья, возникающие в результате действия ситуации, характеризуются неразрешимостью с точки зрения личности. При этом имеется тесная связь с учетом степени тяжести воздействия психотравмирующей ситуации и расстройствами адаптации.

Ситуация является естественным сегментом социальной жизни, определяющимся вовлеченными в нее людьми, местом действия и сущностью деятельности. Трудная жизненная ситуация – это ситуация, которая либо объективно нарушает жизнедеятельность личности, либо субъективно воспринимается, как сложная и не может быть преодолена самостоятельно (Бойко В.В. и др., 1999). Личность уязвима не ко всем, а к определенным, значимым жизненным ситуациям. Они возникают в разных взаимоотношениях индивида: семейных, учебных, трудовых. Например, у здоровых детей

были выделены следующие *типы значимых ситуаций*, вызывающих отрицательные переживания (Никольская И.М., Грановская Р.М., 2001):

1. Ситуации плохих школьных отметок, трудностей с учебой.
2. Ситуации потери, болезни, смерти любимых животных.
3. Ситуации материальных утрат.
4. Ситуации напряженных отношений с родителями и другими членами семьи.
5. Травмы и другие опасные для жизни ребенка ситуации.
6. Болезни и смерть близких людей.
7. Разные страхи.

Трудные жизненные ситуации нередко выступают как патогенные. Для психического и соматического здоровья опасен не только один трагический эпизод, подобный смерти близких людей, но и несколько менее драматичных, происшедших за короткий период времени, так как это снижает возможности приспособления.

Классификация психических травм необходима для понимания причинно-следственных связей возникновения и систематики дифференцированных форм, пограничных нервно-психических расстройств, возникших вследствие воздействия стрессоров.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

- 1) фактор угрозы, опасности
- 2) психическое отражение переживаний
- 3) возникновение состояния стресса
- 4) нарушения двигательного, речевого поведения
- 5) нарушение сознания

2. ОСОБЕННОСТИ ИНТЕНСИВНОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ

- 1) катастрофические (массивные)
- 2) ситуационные острые
- 3) депривационные ситуации
- 4) пролонгированные ситуационные
- 5) хронические психотравмы

3. ХАРАКТЕРИСТИКИ ПСИХИЧЕСКОЙ ТРАВМЫ У ДЕТЕЙ

- 1) шоковые психотравмы
- 2) психологически значимые ситуации
- 3) пролонгированные ситуационные
- 4) ситуации психической депривации
- 5) хронические действующие психотравмы

4. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОСОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ СТРЕСС

- 1) глобальный страх

- 2) неблагоприятные семейные ситуации
- 3) переживание положительных эмоций
- 4) длительное пребывание в лечебных учреждениях
- 5) переживания, связанные с национальной враждой

5. ХАРАКТЕРИСТИКИ ТЯЖЕСТИ СТРЕССА ПО ШКАЛЕ DSM-IV

- 1) слабый стресс
- 2) отсутствие стресса
- 3) катастрофический стресс
- 4) депривационные ситуации
- 5) тяжелый стресс

6. ТИПЫ ЗНАЧИМЫХ СИТУАЦИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) школьных трудностей и неудач
- 2) нарушенные супружеские отношения
- 3) болезнь и смерть близких
- 4) потеря работы
- 5) напряженные отношения в семье

РАЗДЕЛ 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Для стрессовых состояний, возникающих как реакция на психотравмирующее воздействие, по классическому определению К. Ясперса (1960) характерны:

1. Определяющая роль психотравмирующих факторов в возникновении, клинических особенностях и течения расстройства.
2. Психологически понятная связь между психотравмирующей ситуацией и содержанием реакции.
3. Принципиальная обратимость заболевания.

В МКБ – 10 выделяют: острую реакцию на стресс, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), социально-стрессовое расстройство (ССР), транзиторные ситуативные расстройства и нарушения адаптации. Характерной чертой этой группы расстройств является отчетливо экзогенная природа, причинная связь с внешним стрессором, без воздействия которого психическое нарушение не появилось бы. Материалом наблюдений становились все более частые катастрофы и стрессовые события мирного времени, то есть то, что называют личным несчастьем.

Острая реакция на стресс F 43.0 – транзиторное (длится от нескольких часов до 2-3 дней) расстройство значительной тяжести, развивающиеся у лиц без видимых психических нарушений в ответ на исключительный физический или психический стресс. Острая реакция на стресс возникает в результате тяжелой психической травмы с угрозой для безопасности самого пациента или его близких. Например, природная катастрофа,

война, террористический акт, несчастный случай, преступление, изнасилование или необычно резкое и угрожающее изменение в социальном положении, окружении пациента: смерть одного или обоих родителей, брата или сестры, близкого друга.

Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) F 43.1 – отсроченная и/или затяжная реакция на стрессовое событие или стрессовую ситуацию (кратковременную или продолжительную) исключительного или катастрофического характера. Катастрофы, связанные с деятельностью человека, насилие в семье чаще вызывают посттравматическое стрессовое расстройство, чем природные. Дети и подростки особенно ранимы в отношении стресса, опасность развития у ПТСР них наиболее высока. Симптомы развиваются в течение нескольких, но не более 6 месяцев, после воздействия стрессора.

Расстройство адаптации F 43.2 – это состояние субъективного дистресса и эмоционального расстройства, препятствующие социальному функционированию и продуктивности и возникающее в период адаптации к значительному изменению образа жизни. При этом виде расстройства стрессорами выступают жизненные трудности, например, тяжелое соматическое заболевание, изменение условий жизни, переживание разлуки, потеря близких, миграция, положение беженца, неприязненное отношение в школе. Чаще всего провоцирующими факторами в детском и подростковом возрасте являются школьные трудности, семейные проблемы, сексуальные конфликты, проблемы, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (наркотики, алкоголь, токсические вещества). Симптоматика проявляется в течение 1-3 месяцев (не более 6 месяцев) после воздействия травмирующего события или попадания в стрессовую ситуацию. В происхождении расстройства большую роль играет индивидуальная предрасположенность и чувствительность ребенка.

К числу **социально-стрессовых расстройств** («социальный стресс») относятся синдромы и состояния, обусловленные психогенными (социогенными) воздействиями. К их числу относятся синдром изнасилованных, постэмоциональный и синдром эмоциональной неустойчивости. Перечисленные синдромы и состояния рассматриваются в рамках посттравматического стрессового расстройства, в МКБ – 10 раздел F43, а также в группе в разделе F4 «Невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства». Суицидальные попытки и суицид могут иметь место при различных психических нарушениях, в МКБ – 10 (и других классификационных системах) такая диагностическая категория отсутствует.

К основной доболезненной форме реагирования личности на стресс относятся состояния, вызывающие опасения на предмет возможного развития клинически

очерченного срыва. Как правило, это та или иная степень выраженности эмоционального напряжения, вызванного средовыми воздействиями, сила и длительность которых превышает порог индивидуальной выносливости («нарушение функциональной активности барьера психической адаптации»).

У детей имеются особенности клинических проявлений реактивных состояний. **При острых реакциях на стресс** развивается симптоматика очерченных психогенных состояний по типу *аффективно-шоковых реакций ступора или возбуждения* с нарушением сознания, ориентировки в окружающем, выраженной психомоторной заторможенности вплоть до ступора. Может наблюдаться уход от окружающей ситуации в виде ажитации и гиперактивности (реакции бегства или фуга).

В дальнейшем у таких детей нередко развивается *атипичная депрессия*, которая внешне проявляется в виде страхов, нарушенного поведения, капризности, плаксивости, отсутствия интересов к играм и общению с другими детьми. Ребенок испытывает чувство безнадежности, отрешенности и апатии. Могут быть сопутствующие аффективные проявления в виде тревоги, паники; соматовегетативные – потливость, покраснения, тахикардия. Возможна частичная или полная амнезия эпизода.

У подростков к числу ближайших психологических последствий пережитого стресса относятся низкая самооценка, чувство вины, обиды, страхи, навязчивые воспоминания. Эмоциональные расстройства характеризуются сниженным настроением, склонностью к слезам, чувство подавленности, вплоть до суицидальных мыслей. Эти нарушения могут сопровождаться бессонницей, ночными кошмарами. Отдаленными последствиями могут быть злоупотребления алкоголем, отчужденность от общения со сверстниками.

Самые острые реакции длятся не более нескольких недель. Большинство детей достигают прежнего уровня социального функционирования, но в то же время у пациентов, перенесших утрату, имеются большие эмоциональные нарушения и симптомы на протяжении нескольких лет после трагического события.

Дети, рано потерявшие близких людей, впоследствии могут быть более склонными к развитию психических расстройств. Непосредственно после утраты близкого человека у них отмечается сильный страх разлуки с взрослыми, замкнутость, стремление к изоляции, печаль, тоска, мучительные воспоминания и фантазии. Взрослые, перенесшие тяжелые потери в детстве, также более подвержены психическим нарушениям, по сравнению с общей популяцией, особенно депрессивными и тревожными расстройствами. Эта симптоматика проявляется при последующих потерях. У них также чаще наблюдаются суицидальные попытки.

При посттравматическом стрессовом расстройстве у детей обычно наблюдается широкий круг аффективных расстройств – от эмоциональной лабильности до устойчивых депрессивных состояний, в некоторых случаях достигающих психотического уровня.

Кроме того, для детского возраста характерны следующие симптомы: патологические воспоминания, образы и мысли, связанные с психотравмирующим событием, обычно в спокойном состоянии, перед сном; избегание ситуации, связанной с травмой; стереотипная игра, постоянное воспроизведение поведения, имевшего место во время стрессовой ситуации; снижение интересов к игре и общению. Наблюдаются расстройства сна в виде нарушения засыпания с кошмарными сновидениями, отражающими содержание пережитой психотравмы. Дети испытывают страхи сверхценного характера. В поведении могут быть раздражительны, отмечаются эпизоды избегающего поведения и эмоциональной притупленности.

В структуре реактивных состояний наблюдаются *депрессивные расстройства* с идеями самообвинения, негативно окрашенного представления о жизни, пессимистическая концепция будущего, часто развивается чувство неполноценности, собственной несостоятельности и пониженной самооценки, суицидальные мысли и попытки. Сопутствующими характерными симптомами могут быть тревога, фобии, разнообразные вегетативные расстройства.

Переживание утраты и горя в детском возрасте связано как с возрастом, так и с психологическими особенностями ребенка. Психогенные состояния у детей раннего возраста имеют свои особенности. Аффективные нарушения наблюдаются по типу *«маскированных» депрессий* и имеют *«телесное выражение»*.

Депрессивные состояния у младенцев характеризуются соматическими проявлениями (нарушением питания, запорами, энурезом, расстройствами сна, субфебрилитетом неясного происхождения, эпизодическим кожными высыпаниями). Нарушениями со стороны двигательной функции по типу моторного возбуждения или заторможенности, патологически привычных действий в виде раскачиваний, биений, сосания языка; вегетодистонических – головокружения, головных болей, сердцебиения, одышки, обмороков, болей в животе, гиперемии кожи при волнении. Аффективный компонент проявляется чувством горя, печали, скорби, безнадежности, болезненного отчуждения и безразличия.

По данным зарубежных авторов аффективные нарушения раннего детского возраста, депрессия в том числе, ассоциируются с повышенным риском возникновения нарушений в более позднем возрасте.

В детском возрасте ведущее значение придается семейной и, прежде всего *«материнской» депривации*. Длительное отсутствие материнской заботы к детям в возрасте 0-3 лет сопровождается задержкой эмоционально-личностного, речевого развития. Включение в систему анализа понятия «психической депривации» существенно расширило представления о влиянии ситуационного фактора на онтогенетическое развитие психики. Круг травматизации в связи с семейной депривацией расширился. Стрессы возникают в результате утраты родителей с рождения, вследствие лишения родительских прав, асоциальных типов воспитания, когда пренебрегаются основные витальные функции ребенка, стойкими внутрисемейными конфликтами, в том числе и физические наказания.

Наиболее распространенными видами психогенного реагирования *в условиях депривации* являются задержки психоречевого развития, нарушение функции общения в виде проявлений парааутизма, регрессивные симптомы, двигательные стереотипии, замещающие непосредственно сенсорное взаимодействие. Также отмечаются невротические реакции, психогенные депрессии и личностные расстройства. Депривационные депрессии характеризуются становлением дефицитарного эмоционального онтогенеза с невыразительностью и инертностью, снижением психической активности, интересу к окружающему и игрушкам; протрагированным течением и склонностью к рецидивированию, вызывая снижение толерантности детей в условиях депривации к обыденному стрессу. У детей раннего возраста развивается расстройство привязанности по расторможенному типу с нарушением влечений.

Клинико – психопатлогические проявления у детей, переживших психотравмирующие события в ходе *военных действий, террористических актов или попадавшие в заложники*, характеризуются повышенным уровнем тревоги и деформацией отношения к самому себе (заниженная самооценка, негативное отношение к себе). Основными клиническими вариантами посттравматического стрессового расстройства являются: 1) преобладание сверхценных страхов и навязчивостей; 2) астенодепрессивный синдром с соответствующей симптоматикой. Для первого варианта характерно доминирование в сознании детей образных и идеаторных переживаний, связанных с содержанием психотравмирующей ситуации, воспоминания и устрашающими сновидениями, стремлением избежать ситуаций, способствующих возобновлению переживаний травматического характера. Также могут наблюдаться компульсии в виде лицевых тиков, морганий, подергиваний.

Для детей раннего возраста характерны страхи резких звуков, выстрелов, оружия, людей в военной форме, самолетов, больших машин. Страхи возникают внезапно или при

незначительных провоцирующих факторах и могут достигать панического состояния – дети стремятся убежать, спрятаться, кричат, плачут. Настроение лабильно, со склонностью к капризности, плаксивости, раздражительности. Преобладает психомоторная расторможенность, в то же время дети отказываются от общения, не отрываются от матери.

Длительность клинико-психопатологических проявлений может быть от 1 до 6 месяцев. В последующем наблюдается некоторая редукция симптоматики со склонностью к затяжному рецидивирующему течению и тенденцией к усилению характерологических черт, возможному патохарактерологическому развитию личности.

Когда неблагоприятные воздействия носят длительный характер, то они пагубно влияют на развитие ребенка. Посттравматическое расстройство без лечения в большинстве случаев приобретает хроническое течение. При этом в одних случаях наблюдаются формирование патохарактерологических особенностей и усвоение искаженных норм общественного поведения, в других – развитие личностной патологии на фоне затяжных депрессивных состояний, происходит формирование психогенного развития личности.

Клиническая картина *при нарушении адаптации* у детей и подростков отличается большим разнообразием: депрессия, тревога, чувство несостоятельности, неспособность планировать или продолжать оставаться в настоящей ситуации, некоторое снижение продуктивности в повседневных делах. У подростков могут быть стертые аффективные расстройства и нарушения социализации личности. Отмечаются агрессивные и асоциальные эпизоды, разнообразные варианты делинквентного, криминального поведения в сочетании с асоциальными личностными чертами.

Центральное место эмоций в структуре психотравмирующего переживания обусловлено их ролью во взаимосвязи психических и соматических систем личности. Психотравмирующие переживания в силу своей выраженности (остроты), длительности или повторяемости воздействуют на личность и могут быть причиной определенной клинической патологии.

Одни изменения жизненной ситуации изменяют личность, а другие нет, так как личность справляется с ними в короткий срок. Переживания на уровне личности обусловлены характерологическими отклонениями самого ребенка, которые участвуют в этиологии значительного числа нервно-психических расстройств (острых аффективных реакций, неврозов, ситуативно обусловленных нарушений поведения, патохарактерологических развитий, реактивных и эндореактивных психозов). От них зависит клиническая картина этих расстройств.

Акцентуация личности является тем фактором, который повышает риск заболевания или предрасполагает к нему. В настоящее время, очевидно, что личность человека нельзя понять вне ситуации, в которой она находится, поскольку между человеком и условиями жизни существует неразрывная связь. В этой связи актуальна вероятность риска заболевания в зависимости от типа психотравмирующей ситуации и преморбидных индивидуально-психологических свойств.

Примером такой зависимости является ситуация нарушения отношений подростка с родителями. Ряд неблагоприятных сочетаний типов патологического воспитания с одной стороны и отклонений характера подростка с другой, которые могут привести к нервно-психическим нарушениям. Гипопротекция особенно неблагоприятна при акцентуациях по гипертимному, неустойчивому и комформному типам. Доминирующая гиперпротекция травматична для гипертимных подростков с психастенической, сенситивной и астенической акцентуациями. Эмоциональное отвержение создает психотравматизацию для лабильной, сенситивной и астенической акцентуации.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ХАРАКТЕРИСТИКИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ ПО К.ЯСПЕРСУ

- 1) ведущая роль психотравмы в возникновении расстройств
- 2) психотические симптомы
- 3) связь психотравмы с переживаниями
- 4) обратимость симптомов
- 5) органический характер расстройств

2. КЛАССИФИКАЦИЯ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ ПО МКБ-10

- 1) острая реакция на стресс
- 2) посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)
- 3) органическое астеническое расстройство
- 4) расстройство адаптации
- 5) эпизодическая пароксизмальная тревожность

3. ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ НА СТРЕСС ПО МКБ-10

- 1) длительность от часов до 2-3 дней
- 2) длительность от 14 дней до 1 месяца
- 3) действие тяжелого катастрофического стресса
- 4) воздействие хронических психотравм
- 5) развитие аффективно-шоковых реакций

4. ОСОБЕННОСТИ ПТСР У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

- 1) развитие симптомов в течение 6 месяцев
- 2) длительное воздействие психотравм
- 3) патологические воспоминания («флешбеки»)
- 4) развитие симптомов в первые часы действия стресса
- 5) депрессивные расстройства

5. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ

- 1) значительные изменения условий жизни
- 2) значение индивидуальной особенности в период адаптации
- 3) аффективные расстройства
- 4) органические нарушения
- 5) агрессивные и асоциальные эпизоды в поведении

6. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ РАССТРОЙСТВ В УСЛОВИЯХ ДЕПРИВАЦИИ

- 1) регрессивные проявления
- 2) парааутистическое нарушение поведения
- 3) задержки развития
- 4) двигательные стереотипии
- 5) расстройство мышления

РАЗДЕЛ 3. ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Поскольку дети склонны к диссимуляции, а родители и учителя недооценивают загруженность ребенка в связи с психотравмой, специалистам необходимо активно выявлять симптоматику, прицельно вести расспрос относительно перенесенных переживаний, избегающего поведения, повышенной возбудимости. Дети слабо выражают свое состояние в речевой форме, поэтому требуется достаточно времени, чтобы ребенок начал говорить о случившемся. Также необходимо внимательное наблюдение за невербальной коммуникацией, выражением лица. О маленьких пациентах важную информацию может дать наблюдение за игрой, оценка рисунков.

3.1. Диагностика стрессовых расстройств у детей и подростков

Для детей и подростков диагностические критерии стрессовых расстройств имеют отличительные особенности:

1. Наблюдение за поведением и игрой ребенка.
2. Использование проективных методик: «дом, дерево, человек», «несуществующее животное», «моя семья». Рисунок семьи позволяет на невербальном уровне оценить взаимоотношения в семье и косвенно судить об эмоциональном состоянии пациента.
3. Информация от родителей, учителей.
4. Индивидуально-психологические особенности личности, степень выраженности эмоционального напряжения можно определить с помощью *психодиагностических*

методик:

- тест САТ (Childrenappereceptiontest) – толкования картинок с животными для оценки собственных эмоциональных переживаний, страхов, тревоги и внутрисемейных ситуаций);

- шкалы депрессии Бекка;
- шкалы тревожности Яхина-Менделевича;
- шкалы Гамильтон;
- шкалы Монтгомери-Асберг;
- использование теста выбора цветов Люшера для получения эмоциональных характеристик ребенка о себе и значимых для него людях;
- опросник Айзенка, позволяющий выявить эмоциональную неустойчивость, тревожность;
- личностный опросник Кеттелла, дающий возможность судить о напряженности, фрустрированности, о мрачных опасениях, неуверенности, тревожности;
- шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга-Ханина, оценивающая предиспозиционное эмоциональное состояние и актуальную тревожность;
- метод незаконченных предложений, позволяющий выявить имеющееся душевное беспокойство и его соматические проявления;
- опросник детской тревожности Рейнолдса (Reynolds C.R., 1981), для оценки ребенком собственного самочувствия, а также различные формы проявления тревоги: неустойчивость вегетативных функций и личностно-оценочный аспект;
- опросник детской тревоги Клинидиста (Klinedist J.K., 1974), адресованный матери, и позволяющий судить о проявлениях тревоги ребенка по особенностям его поведения.

Переживания, связанные с пережитыми психогенными событиями, бесследно не проходят. Иногда спустя даже несколько лет после пережитой жизнеопасной ситуации развиваются связанные с ней различные невротические и патохарактерологические стигмы, на фоне которых формируются выраженные патологические состояния, те или иные формы и варианты психической дезадаптации. Понимание вышеизложенного лежит в основе обоснования профилактических мероприятий при психогенных травмах.

3.2. Лечение и профилактика стрессовых расстройств

Реакция индивидуума на стрессоры определяется особенностями его личности, установок и мотивов, опыта, накопленного ранее. Не у всех детей и подростков, подвергшихся стрессу, в том числе и сильному, развиваются психические расстройства, физическое истощение, отягощенность психотравмами. По мнению К.Обуховского (1971), имеется прямая связь между степенью зрелости системы потребностей (влечений) и возможностями формирования внутреннего конфликта (психической травматизации). В

связи с этим все большее значение приобретают вопросы повышения резистентности личности к различным обстоятельствам жизни, вопросам профилактики.

Вопросы профилактики психических расстройств обсуждались ранее неоднократно (Ушаков Г.К., 1966, 1972, 1973; Ушаков Г.К., Осьминина С.В., 1969). Еще И.П. Павлов называл профилактику медициной будущего. Отличительными чертами психопрофилактики являются тесная связь с современностью и динамичность под влиянием меняющихся условий среды. Ее другая особенность – интердисциплинарный характер, поэтому усилия медиков, психологов, социологов, педагогов концентрируются в едином направлении повышения устойчивости личности к неблагоприятным условиям среды. Неспецифичность психопрофилактики заключается в направленности на разрешение конфликтов, способствующих развитию и осложнению течения заболеваний психогенного и психосоматического профиля, а также девиаций поведения от делинквентности подростков до алкоголизма и наркоманий у взрослых (Мягер В.К., Стяжкин В.Д., 1994).

Основой психопрофилактики у детей должно быть предупреждение эмоциональных и поведенческих расстройств (Kazdin A.E.; 1991, Kendall P.C., Morris P.J., 1991). Важно взаимодействие индивидуальных и средовых факторов в происхождении «полиэтиологичных» эмоциональных и поведенческих расстройств (Renschmidt H., Schmidt M., 1992). У детей повышенная предрасположенность к психическим травмам наблюдается при наличии возбудимости, впечатлительности, внушаемости, эмоциональной лабильности, астенизации, трудностей адаптации к новым впечатлениям, преобладание отрицательных эмоций. Кроме того, чувствительность или резистентность к стрессам зависят от состояния, в котором ребенок в это время находится. К заболеванию приводят возникающие в момент переживания житейских трудностей чувства незащитности, безысходности, неверия в свои силы, отчужденности, отсутствие активности. Особенно раним в отношениях эмоциональных стрессов ребенок в тех случаях, когда семья препятствует развитию его индивидуальности, не позволяет, открыто выражать эмоции (Исаев Д.Н., 1996).

Важно изучение механизмов психологической защиты, связанных со здоровьем. Положительными сторонами психологической защиты личности от влияния травмирующих событий являются формирование копинг-стратегий, направленных на активное разрешение патогенной ситуации и устранение эмоционального напряжения (Исурина Г.Л. и др., 1994; Сирота Н.А., Ялтонский В.М., 1994; Абабков В.А. и др., 1998; Никольская И.М., Грановская Р.М., 2000; Lazarus R., Folkman S., 1976; Heim E., 1988, Perrez M., Reicherts M., 1992).

Мероприятия, выполнение которых предупреждает возникновение нервно-психических расстройств, можно классифицировать и дифференцировать. В системе профилактики, прежде всего, следует добиваться предупреждения выраженных невротических реакций у практически здоровых лиц, которые служат почвой для развития пограничных расстройств. При этом предупредительные меры не должны быть грубо прямолинейными и традиционно поучительными (Zinberg, Jacobson, Harding, 1975). Предупреждение стрессорных расстройств не сводится к системе только медицинских мероприятий, а обеспечивается, по крайней мере, тремя аспектами: социальным, психологическим и медицинским.

1. Социальный аспект профилактики реактивных расстройств представляет систему государственных, общественных и индивидуальных мероприятий, направленных на устранение факторов, вредно действующих на здоровье человека. Эти задачи решаются путем создания оптимальных условий жизни людей: быта, труда, отдыха, питания, развитие физической культуры, спорта, искусства. Объединяя государственные и общественные оздоровительные мероприятия, социальная профилактика предусматривает рекомендации, направленные на формирование гармоничной личности в детских дошкольных учреждениях, в средней и высшей школе. Осуществление таких рекомендаций обеспечивается объединением усилий воспитателей, педагогов, врачей.

Социальная профилактика строится с помощью следующих мероприятий: совершенствование подготовки врачей в области психогигиены и психопрофилактики; создание социально-гигиенических научно-исследовательских программ, имеющих целью изучение условий, обеспечивающих психическое здоровье разных континентов населения; организация и систематическое осуществление психогигиенического воспитания; пропаганда нравственных норм в научно-популярной, художественной, периодической литературе, с использованием кино, телевидения, радио.

2. Ведущими психологическими профилактическими мероприятиями являются упорядочение межличностных отношений, обеспечение групповой совместимости (физиологической и психологической) в семье и воспитательно-учебных коллективах. Реализация отношений человека к действительности формируется в его повседневной жизни. Поэтому предупреждение невротизации в связи с семейно-ситуационными и жилищно-бытовыми условиями направлено на устранение их неблагоприятных влияний.

Профилактическими мероприятиями являются: воспитание адекватного обстоятельствам уровня притязаний личности; установление микросоциальной группы индивидуума, в которой формируются его основные воззрения, идеалы, убеждения, установки, мнение и оценки, которыми он дорожит.

3. К медицинским аспектам относятся: оздоровление женщины, охрана и раннее выявление признаков неблагоприятного течения беременности, психопрофилактика до- и послеродового периода, предупреждение ятро- и дидактогений; раннее и тщательное наблюдение за детьми; оздоровление потомства; оказание квалифицированной медицинской помощи, проведение дифференцированной психотерапии лицам с невротическими расстройствами с целью изменения отношения к психотравмирующей ситуации, повышения активности ее противодействия функциональным болезненным проявлениям путем тренировки; гармоничное воспитание подрастающего поколения.

Первичная профилактика – система мероприятий, осуществление которых устраняет возможность возникновения пограничных расстройств и предупреждение невротических реакций (Ушаков Г.К., 1973; Caplan, 1964). По мнению Roberts (1968), *первичная профилактика складывается из общих мероприятий*, имеющих целью повышение уровня здоровья населения и «специфической охраны», которая включает:

1. Раннюю диагностику (первичный уровень).
2. Уменьшение степени болезненных расстройств (вторичный уровень).
3. Реабилитацию (третичный уровень).

В первичном звене осуществление психопрофилактических мероприятий детям и подросткам может осуществляться врачами других специальностей, например, педиатром. Детский врач один из первых специалистов встречается с ребенком сразу после рождения, к нему в первую очередь приводят детей с нервно-психическими расстройствами. Педиатр длительно наблюдает за всей семьей в целом, за развитием ребенка. Это позволяет ему при необходимости, оценивая обстановку, в которой развивается ребенок, как неблагоприятную, принять необходимые меры.

Система первичной профилактики строится на учете следующих обстоятельств.

1. Возрастно-половых особенностей пациентов, которые предполагают дифференцированный подход, индивидуализацию профилактических мер; устранение отрицательных внешних влияний; выработку навыков регулирования нервно-психической деятельности (умение расслабиться, отвлекаться, отключаться, достигать рационального эффекта от самовнушения); проведение массового, методически продуманного психогигиенического просвещения в возрастные периоды; организацию активного отдыха.

2. Охраны семьи и предупреждение ее распада с помощью следующих мероприятий: упорядочение внутрисемейных отношений; ликвидация межличностных

конфликтов посредством пропаганды, раскрывающей их отрицательные последствия на окружающих и пагубное влияние распада семьи на нервно-психическое здоровье детей. Также эти мероприятия предполагают воспитание с раннего детства волевых качеств, практических навыков по преодолению трудностей; создание гармонического уровня притязаний; широкое разъяснение научных основ психогигиены семьи, брака, половой жизни в педагогической и медицинской среде.

3. Социальные аспекты включают в себя предупреждение интеллектуальных и эмоциональных перегрузок; уменьшение специфического риска стресс-реакций; устранение психогенных влияний в быту, в дошкольных учреждениях, в школах; исключение межличностных конфликтов; диспансеризация; проведение оздоровительных мероприятий; упорядоченный кратковременный отдых, физическая культура и спорт, досуговые увлечения; регулярный, ежегодный правильно спланированный длительный отдых, отпуск.

Первичная профилактика психических заболеваний у детей возможна лишь в отношении неврозов, психогенных расстройств личности, нарушений поведения (В.В.Ковалев, 1995) и зависит в значительной степени от адекватного воспитания ребенка в семье и образовательных учреждениях. Работа с родителями проводится в различных формах – от просвещения и консультирования до тренинга родительских групп и проведение семейной психотерапии. Консультанты чаще используют информирование, объяснения, советы с целью нового видения семейной ситуации, выбора способов действий, принятия родителями ребенка таким, какой он есть. В процессе семейной терапии изменяется эмоциональный климат в семье, к воспитанию ребенка привлекаются оба родителя, снижается конфликт между детьми и родителями, прародителями, повышается воспитательная роль отца, так как при нарушенном воспитании формируется симбиотическая связь с одним из родителей, чаще с матерью. Кроме того, первичная профилактика включает в себя мероприятия, направленные на предупреждение возникновения у детей состояний напряжения и стресса, путем адаптации в детских коллективах, преодоление трудностей общения со сверстниками.

Арт-терапия представляет собой один из наиболее эффективных методов работы с последствиями психологической травмы у детей и подростков. Различные арт-терапевтические техники позволяют успешно решать широкий круг задач, таких как: восстановление активности; упорядочение активности, восстановление нарушенных функций планирования, самоконтроля; снижение эмоционального напряжения, преодоление тревоги, страхов и других неблагоприятных переживаний и эмоциональных состояний; повышение самооценки, уверенности в себе; проработка представлений о

будущем; преодоление коммуникативных проблем, восстановление нарушенных семейных контактов.

Многие техники арт-терапии предоставляют большие возможности не только для индивидуальной работы, но и для организации группового взаимодействия. Формы работы в арт-терапии различаются по многим параметрам, что делает ее гибким инструментом в руках психотерапевта.

Наиболее часто используемые в арт-терапии краски - это гуашь и акварель, также пастель. Она, как и гуашь, позволяет создавать яркие цветовые пятна, достигая тонкого варьирования оттенков. Очень облегчает установить контакт использование красок для рисования руками, мягкий графитный карандаш, уголь, сангина, тушь.

Благодаря аппликации или техники коллажа ребенок, плохо умеющий рисовать, может сделать сложную и выразительную композицию. Х. Ландгартен рекомендует эту технику для работы с клиентами, воспитанными в другой культурной среде (Landgarten, 1993). Большой потенциал для арт-терапии предоставляют такие материалы как пластилин, глина, соленое тесто, пластика и другие современные материалы для лепки. Они дают возможность для трансформации, видоизменения создаваемых изображений, преобразования одних объектов в другие, обладают успокаивающим, релаксирующим действием. При изготовлении сложных композиций удобно использовать также природные материалы: шишки, желуди, камешки, веточки и т.п. Их можно скреплять с помощью пластилина, комбинировать со стандартными материалами для лепки.

Важнейшим психотерапевтическим условием является свободная позиция ребенка. Она необходима для начального этапа психотерапии, установления первоначального терапевтического контакта, особенно в случаях заторможенности, при высокой стеснительности или замкнутости ребенка. Эта позиция помогает создать у ребенка ощущение безопасности, защищенности, доверия к специалисту. Она также предоставляет большие возможности для отреагирования актуальных переживаний, выражения своего эмоционального состояния. Эта позиция особенно естественна для дошкольников, так как в этом возрасте рисование обычно является привычной и любимой детьми деятельностью.

Максимальную свободу самовыражения предоставляет сочетание свободной позиции, свободного выбора темы и отсутствия каких-либо ограничений на выбор художественных материалов и выразительных средств. Подобное сочетание полезно при выраженных трудностях в принятии задания, при негативистической установке ребенка, на начальном этапе работы по преодолению острых состояний и т.п.

Как указывалось выше, важнейшая задача психокоррекции на первом этапе работы со стрессовыми состояниями - восстановление активности ребенка. При особо глубоком

снижении активности наиболее уместна деятельность в свободной позиции. Однако однократного предложения что-либо нарисовать часто оказывается недостаточно: ребенок либо отвечает, что не хочет рисовать, либо говорит, что не умеет, а нередко просто ничего не отвечает, но и не приступает к рисованию. В этих случаях можно предложить ему выбрать мелок или карандаш наиболее понравившегося ему цвета. Следующий шаг - попросить «попробовать» этот цвет на бумаге. Затем можно спросить, на что похоже получившееся цветное пятно, о чем оно напоминает. После того как ребенок назовет какую-нибудь ассоциацию, его просят дорисовать образ, сделав его более узнаваемым.

Иногда на начальном этапе ребенок охотнее соглашается рисовать губкой, смоченной в краске (прием «примакивания»). Для этого лучше всего использовать цветную бумагу: например, можно таким образом нарисовать желтые звезды на темно-синем «ночном небе». Нередко самым привлекательным для ребенка оказывается рисование руками. Однако бывает, что ему не хочется пачкать руки - в этом случае не надо его уговаривать: лучше предложить другое занятие.

Техники, обеспечивающие символическую переработку переживаний, позволяют преодолевать различные неблагоприятные эмоциональные состояния: острую тревогу, страхи, депрессию, раздражение, злость и т.п. Они высокоэффективны в работе с последствиями психологической травмы, с острым стрессовым расстройством (ОСР) и посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Они помогают также изжить негативные или амбивалентные чувства к отдельным людям, что особенно важно при работе с семейными отношениями.

Эти техники включают три основных этапа:

1. Объективация ребенком своего переживания в форме рисунка, коллажа или скульптурного изображения. Этот этап имеет и самостоятельное значение, помогая осознанию и отреагированию эмоций.

2. Преобразование изображения. В процессе такого преобразования происходит соответствующая ему перестройка переживания, объективированного в изображении.

3. Обсуждение с ребенком освоенных им психологических средств. Это обсуждение помогает ребенку почувствовать себя «хозяином» своих психических состояний, возвращает ощущение способности контролировать себя.

В некоторых случаях процедура может включать в себя и какие-либо дополнительные этапы, повышающие ее эффективность. Приведем некоторые примеры техник, обеспечивающих символическую переработку переживаний.

В качестве примеров опишем три техники арт-терапии, доказавшие свою полезность в работе с последствиями тяжелой психологической травмы. Это методики «Уничтожение страха», «Гармонизация рисунка» и «Восстановление города». Все они были разработаны для работы с детьми, перенесшими катастрофическое землетрясение в Армении в декабре 1988 г. (А.Л. Венгер, 1992). Впоследствии методики «Уничтожение страха» и «Гармонизация рисунка» успешно использовались в работе с детьми, пострадавшими в результате катастрофы в аквапарке «Трансвааль» в Москве, с жертвами теракта в Беслане и во многих других случаях. «Восстановление города» - это специализированная методика для работы с психотравмой, вызванной землетрясением. В 2008 г. методика была передана китайским коллегам, которые перевели ее на китайский язык и успешно использовали в работе с детьми, пережившими катастрофическое землетрясение в провинции Сычуань.

Методика «Уничтожение страха»

Назначение методики - редукция страхов, предупреждение и преодоление фобобфобии (боязнь возникновения страха, типичное последствие острого стресса; многие дети, пережившие экстремальные ситуации, не засыпают из опасения, что во сне придет страх). Методика эффективна в работе с детьми, начиная с пятилетнего возраста.

Редукция страхов достигается благодаря действию нескольких взаимосвязанных факторов: переключению внимания со своих страхов на изобразительную деятельность; деятельности переживания (по терминологии Ф.Е. Василюка, 1984), осуществляемой посредством символической процедуры объективации своего страха в рисунке с последующим его уничтожением (в качестве одной из составляющих этого процесса выступает отреагирование); осознанию ребенком того, что он владеет техникой преодоления собственных страхов. Последний фактор наиболее важен для преодоления и предупреждения фобобфобии.

Форма проведения: индивидуальная или групповая. При работе с группой эффект усиливается благодаря взаимному эмоциональному заражению. Важно, чтобы дети, составляющие группу, были близки друг другу по возрасту и психическому складу. Если группа включает слишком большое количество детей (более пяти - шести), то проведение методики осложняется трудностями в поддержании достаточно тесного эмоционального контакта между специалистом и каждым из детей.

Проведение методики включает четыре этапа: обсуждение и создание изображения; уничтожение изображения; рациональное объяснение ребенку смысла показанного приема и последующую релаксацию (последний этап повышает действенность методики, но не является обязательным). Проведение каждого из этапов

должно варьироваться в соответствии с возрастом и психическим складом детей, их состоянием, отношением к заданию и т.п.

1 этап начинается с беседы о том, бывает ли ребенку страшно; если да, то чего именно он боится, не мешает ли ему что-либо спать и т.п. Со стороны специалиста не должно быть никакого давления во избежание появления наведенных страхов; беседа ведется в свободном непринужденном тоне.

Если ребенок признает наличие у него страхов, то (независимо от того, конкретизирует он их или нет) врач предлагает научить его, как с ними бороться. Дошкольникам достаточно объяснить, что свой страх нужно нарисовать. Старшим детям желательно дать мотивировку типа: «Если хочешь прогнать страх, то нужно сделать, чтобы он был не в тебе, а снаружи - вот на этом листе. Для этого его надо нарисовать».

Если ребенок не признает наличия у себя страхов, но они выявляются по рассказу родных или по данным психологического обследования, то для постановки задачи можно использовать игровую (в работе с дошкольниками) или литературную (со школьниками) преемблугу. В первом случае ребенку говорится, что кукла (или нарисованный самим ребенком человек) очень боится и надо помочь ей прогнать страх. Во втором случае таким персонажем становится герой истории, сочиняемой ребенком под руководством специалиста.

Далее следует обсуждение того, как можно изобразить страх, и последующее создание самого изображения. На этом этапе могут возникать следующие трудности.

1. Ребенок отказывается рисовать, утверждая, что он не сумеет нарисовать то, что нужно. В этом случае надо объяснить, что рисунок вовсе не должен быть хорошим - наоборот, страхи лучше рисовать плохо, так как они сами плохи и незачем их украшать.

2. Ребенок не называет конкретных страхов, так что не ясен предмет изображения. В этом случае можно рекомендовать один из двух приемов: а) персонификация страха в виде какого-либо очень неприятного, страшного животного, черта и т.п. (этот прием целесообразен при работе с рационалистичными детьми); б) рисунок, непосредственно выражающий эмоциональное состояние (при работе с эмоциональными детьми); ему может предшествовать обсуждение типа: «Как ты думаешь, какого цвета должен быть страх, какой цвет ему больше подойдет?» и т.п.; при продолжающихся затруднениях может быть дан образец рисунка: «Я бы, наверное, стал рисовать страх вот так», - с этими словами специалист проводит несколько резких черных штрихов, или сажает на лист кляксу черной туши, или еще как-либо создает бесформенное черное пятно.

Если у ребенка во время рисования актуализируется остро выраженное состояние страха, то следует на несколько минут прервать работу и провести короткий сеанс релаксации. Однако некоторая, не слишком сильно выраженная эмоциональная напряженность допустима и даже желательна. Если она полностью отсутствует, то в то время, пока ребенок рисует, психотерапевт старается поддержать у него сосредоточенность, серьезное отношение к деятельности, используя невербальные средства общения и отдельные незначимые слова («так... да, вот так...»), провоцирующие частичную актуализацию чувства страха.

Если рисунок получается эмоционально невыразительным, то можно воспользоваться приемом задания образца, описанным выше («Давай я немного тебе помогу, чтобы сразу было видно, что мы рисуем страх. Ну что - теперь так, как нужно?»).

2 этап - уничтожение рисунка. Прежде всего, нужно получить от ребенка признание того, что на рисунке действительно изображен его страх (или страх игрового персонажа) - и, следовательно, теперь этот страх не внутри (в голове, или в сердце, или в груди), а снаружи. А раз он тут, снаружи, то теперь его легко прогнать, уничтожить: для этого достаточно разорвать рисунок. Ребенку предлагают проделать это.

В то время, когда ребенок разрывает рисунок, специалист на высоком уровне эмоциональности проводит косвенное внушение: «Вот так, рви на мелкие кусочки - чтобы ничего не осталось! Чтобы страх совсем ушел и никогда больше не возвращался. Рви еще мельче - чтобы все страхи сами тебя испугались и убежали. Да, вот так! Чтобы не осталось совсем никакого страха!» и т.п. Затем обрывки выбрасываются.

В случае если ребенок скован, заторможен, то в разрывании рисунка может принять участие врач («Я тебе помогу выгнать страх, чтобы он ушел и никогда больше к тебе не возвращался»).

После того как рисунок разорван ребенком (возможно, при участии взрослого), психотерапевт собирает обрывки, специально подчеркивая, что собирает их все до единого, чтобы ни одного не осталось. Скомкав обрывки, он энергично выбрасывает их («Вот так! Чтобы совсем ничего не осталось!»). Все это проделывается очень эмоционально, серьезно и сосредоточенно.

Иногда рисунок, сделанный ребенком, не отражает испытываемого им чувства страха. Это можно заметить как по поведению ребенка во время рисования, так и по впечатлению, производимому самим рисунком. В этих случаях лучше всего не рвать рисунок, а просто отложить его в сторону и перевернуть, не давая специального внушения. Последующие этапы в этом случае проводятся так же, как и в других случаях.

3 этап - рациональное объяснение ребенку смысла показанного приема. Ребенку объясняют, что теперь он знает, как прогонять страх. Значит, если ему вдруг снова станет страшно, он не будет бояться, а просто нарисует свой страх и прогонит его так, как он сделал это только что. Для этого даже не обязательно на самом деле рисовать и рвать рисунок - достаточно только представить себе, как ты это делаешь.

Школьникам дается более подробное объяснение с напоминанием о том, как сначала страх превратили из настоящего в нарисованный, а потом уже легко смогли уничтожить. Рационалистичным детям, склонным к рефлексии (особенно подросткам), полезно представить всю процедуру как психотехническое средство, сделав акцент на том, что это процедура, помогающая человеку управлять самим собой, своим душевным состоянием.

4 этап (дополнительный) - релаксация, сопровождаемая внушением (оно проводится в бодрствующем или дремотном состоянии в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка и его отношения к ситуации). Внушение включает две основные темы:

1) страх преодолен и больше не вернется; теперь ребенок будет спокойно спать, ничего не будет бояться;

2) ребенок знает, что делать, если ему вдруг снова станет страшно: он легко сможет прогнать страх, нарисовав его и разорвав рисунок или только представив себе, как он это делает.

Обе темы повторяются несколько раз в разных вариациях. Не следует бояться того, что они противоречат друг другу. Это противоречие детьми не замечается. Указать на возможность возвращения страха необходимо, так как иначе первое же появление этого чувства снимает эффект коррекционной работы.

Первая тема (исчезновение страха) будет поддержана чувством удовольствия, испытанным ребенком во время релаксации (особенно по контрасту с эмоциональной напряженностью во время рисования).

Вариация методики с использованием лепки - «Преобразование страха». Это особенно уместно, когда ребенок боится каких-то конкретных объектов, которые легко вылепить, например, собак. Методика проводится примерно так же, как и на материале рисования. Отличие в том, что после уничтожения объекта страха пластилин, из которого он был вылеплен, не выбрасывается, а используется для создания чего-либо приятного для ребенка (цветка, дерева и т.п.).

Методика «Гармонизация рисунка»

Назначение методики - повышение уровня эмоционального комфорта, преодоление апатических, депрессивных и тревожных состояний у детей. Она предоставляет возможности также для преодоления поздних последствий пережитого стресса и эффективна для детей, начиная с четырехлетнего возраста. Показаниями к применению методики являются такие особенности спонтанного рисунка ребенка (или выполнения методики «Красивый рисунок») как: обедненность цвета, использование всего одного-двух цветов; преобладание темных тонов; снижение психомоторного тонуса (очень слабый нажим на карандаш); повышенная плотность и напряженность цвета, особо высокая контрастность используемой цветовой гаммы; крупные пятна локального ярко-красного или красно-оранжевого цвета.

Психокоррекционное действие методики основано на актуализации широкого спектра эмоциональных представлений, ассоциированных с тем или иным цветом или сочетанием цветов.

Форма проведения - индивидуальная или групповая (с группой до пяти - шести детей).

Проведение методики. Детям предлагают нарисовать цветными карандашами или красками то, что они хотят. По ходу рисования задаются вопросы, побуждающие детей развивать сюжет рисунка. Задача состоит в возможно более детализированном развертывании сюжета. Если вопросы не помогают достичь этого результата, то даются прямые указания («Давай рядом с домом нарисуем мальчика, который вышел погулять»; «Давай нарисуем на поляне цветы» и т.п.).

На следующем этапе работы специалист побуждает детей видоизменить рисунок, сделав его более гармоничным. Так, если цвет обеднен, то он предлагает обогащать палитру используемых цветовых тонов («Давай раскрасим на мальчике одежду»; «Давай сделаем одежду яркой, разноцветной» и т. п.). В этом случае задача состоит в повышении плотности и яркости цвета, усилении контрастности и выразительности цветовых сочетаний.

Если, напротив, исходный рисунок получился чрезмерно ярким, то психотерапевт предлагает смягчить цвет, используя белила («Пусть у нас будет туман»). Тот же прием можно использовать, если в исходном рисунке преобладают темные, мрачные тона.

Методика может с успехом использоваться многократно в ходе систематических коррекционных занятий. Ее эффективность можно повысить благодаря предшествующей релаксации, создающей благоприятный исходный эмоциональный фон. В свою очередь, «гармонизация рисунка» способствует стабилизации этого фона.

Методика «Восстановление города»

Методика используется в работе с детьми, начиная со старшего дошкольного и заканчивая подростковым возрастом. Она направлена на преодоление сейсмофобии и восстановление общения со сверстниками, нарушенного в результате психологической травмы (А.Л. Венгер, Е.И. Морозова, 2011). Форма проведения - групповая. Материалом служит большой лист плотной бумаги (формата А2), набор цветной бумаги, ножницы (по числу детей в группе), набор цветных карандашей, пастели или фломастеров, клеевые карандаши (первоначально они детям не показываются). Методика включает 4 этапа.

I этап - «сооружение города». Детям предлагают вырезать из цветной бумаги дома и выложить на большом листе город. Дома вырезаются в виде больших прямоугольников, окна и двери - в виде маленьких. При желании дети могут украсить свой город, вырезав и расположив на листе фонари, деревья, цветы, нарисовать небо и т.п.

В процессе вырезывания и выкладывания психотерапевт организует сотрудничество между детьми. Например, один ребенок вырезает дом, другой - окна для того же дома, третий - дверь, четвертый - крышу. Дети совместно обсуждают, какого цвета будет та или иная часть. Наиболее пассивным, заторможенным детям специалист предлагает виды работы, не требующие инициативы: например, нарисовать в верхней части листа небо и солнышко, в нижней - траву.

Основные задачи этого этапа - восстановление нормальной регуляции активности детей и преодоление нарушений общения.

II этап - «ураган». Когда заканчивается выкладывание «города», врач говорит, что начался ураган. Все вместе как можно сильнее дуют на построенный город до тех пор, пока все дома не разлетятся с листа. Психотерапевт сопровождает «ураган» комментариями, вызывающими у детей скрытые ассоциации с землетрясением: «Вот какой сильный ветер! Все наши дома рушатся, падают, рассыпаются! Вот как они все разваливаются, разлетаются!». Эмоциональный тон этих комментариев - веселый, игровой, заразительный.

На этом этапе работы тема землетрясения не задается напрямую, чтобы не вызвать чрезмерную эмоциональную реакцию и не породить у кого-то из детей вторичную травматизацию. Вместе с тем, даже в такой косвенной форме происходит отреагирование переживаний, связанных с катастрофой. Кроме того, активная роль самих детей в устройстве «урагана» способствует появлению чувства контроля над ситуацией.

III этап - «восстановление и укрепление города». Когда все дома разлетались, психотерапевт предлагает снова их собрать. Дети поднимают с пола упавшие «дома», «окна» и другие детали и снова раскладывают их на листе. Если какие-либо детали не удастся найти, они вырезаются заново. Когда город «отстроен заново», специалист задает

детям вопрос, хорошо ли жить в городе, который так легко рассыпается. Получив отрицательный ответ, он спрашивает, как сделать, чтобы дома больше не рассыпались. Обычно дети сами догадываются, что их нужно приклеить. Психотерапевт поддерживает это предложение и дает детям клеевые карандаши, «случайно» оказавшиеся у него в сумке (если дети сами не догадываются использовать клей, то эту идею подает специалист).

Начинается приклеивание домов к большому листу. По ходу работы психотерапевт следит за тем, чтобы все они были приклеены достаточно надежно, комментируя свои действия: «Да, этот дом теперь очень прочный. Наверное, никакой ураган его не разрушит!».

IV этап - «проверка города на прочность и его украшение». Когда все дома приклеены к листу, снова начинается «ураган». Теперь проводится более полная имитация землетрясения. Психотерапевт с помощью детей наклоняет лист в разные стороны, изгибает его, трясет, сопровождая это соответствующими комментариями: «Вот как у нас трясется земля, какое сильное землетрясение! А наш город стоит, дома не падают». Так же как и в прошлый раз, комментарии даются бодрым, веселым тоном.

Дети убеждаются, что дома стоят прочно, что теперь им ничего не страшно. После этого предлагается дополнительно украсить город и заселить его: в таком городе всем понравится жить. Дети вырезают и наклеивают на дома разноцветные орнаменты, балконы. Рядом с домами приклеиваются фигурки людей и животных, вырезанные из журнала. По завершении этой работы необходимо обратить внимание детей на то, каким замечательным стал теперь город: он не только устойчив и надежен, но и очень красив, в нем приятно жить.

В последующих занятиях разрушение города не повторяется, но может быть продолжено его украшение. Совместно сочиняются какие-либо истории про него и его жителей (обычно в них фигурируют события, происходившие на предыдущем занятии). Иногда «строится» еще один город - но на этот раз дома сразу прочно приклеиваются к листу.

С помощью описанной методики детям в символической форме передается идея о том, что, хотя человек не может контролировать стихийные бедствия, но он способен предупредить их последствия - такие как разрушение домов и гибель людей. При работе с подростками полезно подчеркнуть, что с помощью клея мы обеспечили сейсмостойкое строительство. Благодаря таким занятиям постепенно преодолевается страдательная позиция, ощущение себя беспомощной жертвой непредсказуемой и враждебной стихии. У детей улучшается настроение, повышается уверенность в себе, исчезают грубые нарушения регуляции поведения.

Вторичная профилактика – предупреждение неблагоприятной динамики уже возникших заболеваний. Она включает в себя их раннее выявление путем психопрофилактических осмотров детского населения. Это предполагает наличие знаний о наиболее часто встречающихся проявлениях начального периода нервно-психических заболеваний.

В системе вторичной профилактики, наиболее частыми используемыми видами медицинской помощи при нарушениях, связанных с воздействием психотравмирующих факторов являются: поддерживающая психотерапия; изменение окружающей обстановки; взаимодействие с системами поддержки (супругами, друзьями); фармакотерапия; лечение соматического заболевания, являющегося причиной эмоционального нарушения. Необходимыми условиями являются доступность медицинской помощи, оказание психологической поддержки в условиях специализированных центров. Общей психопрофилактической стратегией является предотвращение проявления агрессии к окружающим, самоповреждений и самоубийств.

В случаях острой реакции на стресс при аффективно-шоковом возбуждении рекомендуется постоянное наблюдение за пациентом и даже его непродолжительное пребывание в стационаре. Для купирования состояния показаны «малые» антипсихотические препараты (тириодазин 10-30 мг, хлорпротексен 25 мг), кратковременное назначение анксиолитиков (реланиум 5 мг, мезапам 5 мг, диазепам 5 мг).

При совершении насильственных актов над детьми первостепенное значение имеют поддерживающие мероприятия: изъятие пациента из неблагоприятного окружения, повышенное внимание к нему, подключение родителей и лиц из ближайшего окружения для успокоения ребенка. Целесообразно при возможности обсудить стрессовое событие.

Сразу после воздействия психотравмы основной задачей психологической помощи пострадавшим детям и подросткам является экспресс-коррекция наиболее острой симптоматики, препятствующей нормальному функционированию ребенка. Важнейшие направления работы – это восстановление нормального сна и питания, обеспечение нормального уровня общей активности и ее упорядочение, преодоление острых фобий, флэшбэк-эффектов, депрессивных состояний, острой тревоги, коррекции грубых нарушений общения. При коррекции психической травмы диагностика, как правило, не выделяется в самостоятельный этап работы с ребенком. Это объясняется особой яркостью и самоочевидностью симптоматики, на которую нацелена терапия, а также необходимостью экстренной помощи. Показана психотерапия и использованием специфических техник управления стрессом (прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные техники), когнитивно-поведенческая, игровая терапия.

Терапия лиц с реакцией горя включает психотерапию, психофармакотерапию, взаимодействие с группой поддержки. При оказании помощи пациенту, находящемуся в состоянии горя.

1. Следует побуждать пациента к обсуждению его переживаний. Позволять ему просто говорить об утраченном объекте своей любви, вспоминать положительные эмоциональные эпизоды и события прошлого.

2. Не следует останавливать ребенка, когда он начинает плакать.

3. В случае потери кого-то из близких, следует постараться обеспечить присутствие небольшой группы людей, которые знали покойного, и попросить их говорить о нем в присутствии пациента.

4. Не следует назначать детям для постоянного приема анксиолитики или антидепрессанты. Можно назначить небольшие дозы лекарственных средств, например, диазепама 5 мг/сут на короткое время. Если возникает возбуждение, лучше не предлагать лекарство, а успокоить словами.

5. Следует предпочесть частые и короткие встречи с пациентом редким и длительным посещениям.

6. Следует учесть возможное наличие замедленной реакции горя, которая проявляется через некоторое время после смерти любимого человека и может характеризоваться изменениями в поведении, ажитацией, лабильностью настроения и злоупотреблением психоактивными веществами.

Особенностями помощи детям, перенесшим утрату, являются, прежде всего, то, что детей редко готовят к предсказуемой утрате (смерти) родителей и сиблингов. Дети до 5 лет не осознают смерти, они представляют ее как временное отсутствие, похожее на сон. Между 5 и 10 годами происходит постепенное осознание смерти как чего-то, что случается с другими, в частности с родителями. После 10 лет смерть понимается как что-то, что может случиться и с ребенком. В более позднем возрасте утрата родителей приводит к эмоциональным и поведенческим проблемам. Психологические особенности юношеского возраста определяют болезненность реакций горя, осложняющих течение кризового биологического периода.

У подготовленных детей ниже уровень тревоги. Если взрослые пытаются защитить детей от тяжелых переживаний утраты, они могут чувствовать душевную боль, будучи исключенными, из событий, значимых для них. Горе у ребенка будет облегчено, если ему позволят принять участие в похоронах и культуральных ритуалах, сопутствующих смерти. Желательно, чтобы во время похорон рядом с ребенком был человек, менее впечатленный смертью, чем ближайшие родственники, и способный оказать ему

достаточную поддержку. Это может быть школьный учитель или кто-либо из родственников, хорошо знакомых ребенку. Эффективна семейная психотерапия, сфокусированная на разделении и обсуждении горя в семье и поддерживающей беседе об умершем.

Актуальной стрессовой проблемой в современном обществе является сексуальной злоупотребление в отношении детей, как инцест, так и внезапное нападение незнакомого человека с последующим изнасилованием.

При инцесте и сексуальном насилии в детстве следует подтвердить акт насилия, защитить жертву; установить контакт с социальными службами; исследовать соматическое и психическое состояние пострадавшего, осуществить вмешательство во время кризиса. Различают три вида вмешательства (Furniss, 1989).

1. Наказание виновного в сексуальном злоупотреблении.

2. Меры по первичной защите ребенка предусматривают защиту ребенка и его изоляции от семьи.

3. Первичное терапевтическое вмешательство должно привести к нормализации обстановки в семье.

Не менее важна индивидуальная работа с ребенком, подвергшемуся насилию, которая начинается в форме индивидуальной психотерапии и может быть продолжена и в небольшой группе таких же пострадавших детей, в зависимости от возраста. Мероприятия семейной терапии направлены на реструктурирование семьи и коррекцию расстройств коммуникаций в семье. Юридические вмешательства подразумевают не только одно лишь наказание преступника, но и необходимость комбинирования с обязанностями граждан сообщать о фактах сексуального насилия в семье с обязательностью лечения (Marquardt, 1993).

Изнасилование представляет собой одну из самых серьезных ситуаций, когда требуется неотложная психиатрическая помощь.

1. После того, что произошло кризисная терапия, социальная поддержка, обсуждение, активизация черт характера позволяют справиться с несчастьем, побудить вернуться к прежней жизнедеятельности как можно скорее.

2. Консультации с представителями правоохранительных органов, тщательное соматическое обследование для идентификации нападавшего.

3. Если жертва изнасилования – лицо женского пола, то показан прогестерон (метоксипрогестерон или диэтилстильбэстрол) перорально в течение 5 дней для предотвращения беременности; если менструация не появляется в течение 5 дней после прекращения прогестерона, пострадавшей следует предложить прерывание беременности.

При заражении венерической болезнью следует использовать соответствующие антибиотики.

4. Врачу необходимо получить письменное, юридическое заверенное согласие пострадавшего (ей) на изучение, фотографирование и сбор вещественных доказательств, и предоставление информации властям. После получения согласия следует записать рассказ о случившемся со слов пациента, сделать необходимые анализы, записать результаты обследования, сохранить все предметы одежды, отложить окончательную постановку диагноза и предотвратить возможное инфицирование.

5. Облегчить психическую травму и исключить возникновение беременности.

Если необходима терапия в условиях стационарного звена, то она должна проводиться комплексно с учетом индивидуальных дозированных (вербальных и невербальных) психотерапевтических техник с использованием соматического и медицинского воздействия. Чрезвычайно важна координация между всеми участвующими в терапии лицами. Создание благоприятного терапевтического климата требует от сотрудников отделения не только высокой профессиональной квалификации, но и надлежащих человеческих качеств, готовности к сотрудничеству и способности к компромиссам. Наиболее эффективным методом может быть пациент-центрированный подход с постоянным обменом информацией о работе с пациентом между терапевтом и остальными сотрудниками отделения. Может оказаться оправданным выделение одного из обслуживающих лиц (например, сестры), которое становится доверенным лицом пациента в течение всего его пребывания в отделении. Особое внимание следует уделять отношению к родителям. Сотрудников следует постоянно настраивать на уважительное и сочувственное отношение, на понимание трудной психологической ситуации, связанной с перенесенными психотравмирующими событиями.

Для предотвращения хронических форм посттравматического стрессового расстройства необходимо немедленно лечение непосредственно сразу после психотравмы. Существенную роль играет фармакотерапия. Эффективны препараты бензодиазепинового ряда (мезапам 5 мг/сут, дизаепам 5 мг/сут), особенно при тревожных расстройствах. При панике рекомендуется использовать альпрозолам, клоназепам. При депрессивном компоненте в структуре тревожно-фобических расстройств используются трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина – феварин 50-100 мг/сут, торин 25 мг/сут. Эти препараты улучшают коммуникабельность и облегчают проведение сеансов психотерапии, комбинация этих методов лечения дает определенный эффект.

Терапия ПТСР в детско-подростковом возрасте строится на поддержке семьи, социального окружения, сверстников, лиц, участвующих в воспитании, немедленной помощи с их стороны. Становление личности как здорового, так и больного происходит в процессе воспитания, при этом личность пациента формируется, прежде всего, в семье. Поэтому важное значение имеет развитие исследование семьи и формирования направления семейной психотерапии. В комплексной системе реабилитации детей и подростков с ПТСР семейная психотерапия является одним из главных методов. Основными задачами являются помощь семье в решении проблем, возникших перед ней в связи с нервно-психическими расстройствами ребенка или подростка, в содействии развитию взаимоотношений в семье по конструктивному пути, ослабление напряженности, отвлечение ребенка от психотравмирующих переживаний. Положительный семейный опыт и последующее высокое качество межперсональных отношений оставляют возможность облегчения последствий психотравмы.

Цель индивидуальной психокоррекционной работы с детьми, пострадавшими в результате военных конфликтов, стихийных бедствий, катастроф, должна состоять в уменьшении тревоги и внутреннего напряжения путем отреагирования переживаний в рисунках, фантазиях, играх. У подростков возможно проведение кратковременной психотерапии, направленной на преодоление пациентом травматических воспоминаний и болезненных переживаний путем превращения их в нормальное, контролируемое содержание человеческого жизненного опыта.

При посттравматическом стрессовом расстройстве пациента следует переубедить, побудить вернуться к выполнению своих обычных обязанностей; по возможности следует избежать помещения пациента в больницу, чтобы предотвратить возникновение хронической нетрудоспособности и необходимо контролировать суицидальные намерения.

В лечении расстройства адаптации помогает изменение окружающей обстановки, поддержка ребенка и его семьи, на первый план выступают психотерапевтические методы. Психологическая работа включает в себя как индивидуальные, так и групповые, игровые методы коррекции. Применяются гипноз и аутотренинг. Терапия строится на рассмотрении, включая совместные обсуждения, механизмов формирования повышенной эмоциональной привязанности, которая представляет собой защитную реакцию в конфликтах между родителями и прародителями. Эффективна когнитивная психотерапия.

При возникновении расстройства адаптации в результате другого нервно-психического расстройства (например, при нарушениях школьных навыков) решающей для успеха терапии является своевременная правильная диагностика основного

заболевания. В отдельных случаях целесообразно применение антидепрессантов, анксиолитиков.

При личностном кризисе у подростков следует оценить вероятность суицида, степень зависимости от психоактивного вещества, изучить семейную динамику; использовать кризисную семейную и индивидуальную терапию, госпитализация в случае необходимости, консультации с должностными лицами, не связанными с семьей.

У подростков с суицидальным поведением выявляются провоцирующие кризисные ситуации: семейные конфликты, страх перед наказанием при нарушении правил или само наказание, школьные проблемы, неудачи в любовных отношениях, а также проблемы связанные с употреблением алкоголя и наркотиков. Нередко подростки с суицидальными проявлениями чувствуют себя перегруженными из-за чрезмерных ожиданий родителей. Семьи таких пациентов отличаются повышенной частотой психических отклонений, непониманием детей, безразличием и частыми наказаниями, физическим или сексуальным насилием в семье.

Среди подростков отмечается повышенная частота суицидальных действий после суицидов известных личностей, представление о суицидальном поведении создается по данным средств массовой информации. Риск суицида высок в течение первого года после суицидальной попытки. Перед лечащим врачом часто возникает вопрос о риске суицида у конкретного подростка, т.е. требуется ли неотложное стационарное вмешательство. Непосредственно после выписки в начале амбулаторного лечения рядом с подростком все время должен находиться кто-то из близких людей. Чем больше опасность суицида, тем чаще должны быть посещения психотерапевта. В период между посещениями рекомендуются регулярные телефонные беседы с отчетом о нынешней ситуации пациента. Подростку необходимо продемонстрировать, что психотерапевт принимает его всерьез, он должен быть настроен на немедленный контакт при остро возникающих импульсах. Время обслуживания пациента не должно быть слишком коротким. Включение семьи в интенсивную совместную работу, например, консультирование родителей, долговременная семейная терапия. В терапевтические сессии по возможности должны быть включены и другие значимые лица (учитель, воспитатель).

Третичная профилактика – это предупреждение неблагоприятных социальных последствий уже возникших заболеваний. Основной задачей работы с отсроченными последствиями психотравмы становится восстановление нормального социального функционирования.

В частности, должно быть обеспечено регулярное посещение школы. Значительное место уделяется отреагированию агрессии в социально приемлемых правилах и нормах

поведения, с помощью специально организованных активных игр. В связи с этим целесообразны оздоровительные центры при школах, школы здоровья, образовательные оздоровительные учреждения, что позволило бы своевременно диагностировать инициальные патологические симптомы и проводить терапию, не отрывая ребенка от учебы и семьи.

Доброжелательные отношения со стороны учителей, постоянная, но неназойливая и незаметная поддержка. *Психогигиенические и психопрофилактические рекомендации для воспитателей и педагогов подразумевают определенные социальные мероприятия:*

1. Динамическое наблюдение за состоянием здоровья школьников: использование скрининг-методов, учитывающих основные симптомы невротического уровня (головную боль, повышенную утомляемость, страхи, эмоциональную лабильность, признаки системных неврозов).

2. Включение в группу риска учащихся, имеющих черты характера, делающих их трудными в обучении, во взаимоотношениях со сверстниками, старшими. С учетом тех детей, которые могут нуждаться в специализированных вмешательствах:

А). Дети, которые могут частично иметь отношение к причине смерти (например, сиблинги).

Б). Дети, которые пережили неожиданные и особенно травматические потери.

В). Дети, перенесшие более чем одну тяжелую утрату.

Г). Подростки, сообщающие о суицидальных мыслях.

Д). Дети, не отреагировавшие на превентивные воздействия.

Социальная поддержка играет большую роль в предотвращении стрессовых реакций. Ранимость к стрессу особенно велика в самой младшей возрастной группе, из-за несформированности механизмов психологической защиты в детском возрасте. Ранимость к расстройству повышает также преморбидная отягощенность психотравмами, эмоциональная неустойчивость, повышенная тревожность и незрелость личности, конфликтные отношения с родителями на первых годах жизни ребенка.

Для восстановления нормального состояния и функционирования детей и подростков необходима специальная работа с ближайшим окружением – с родителями, педагогами. В изучение семейных ситуаций и условий воспитания детей и подростков, опыт психотерапевтического воздействия на ребенка и семейная терапия необходима для научного обоснования психогигиенических и психотерапевтических рекомендаций. Внедрение методов семейной психотерапии, подробные беседы с родителями и прародителями в практику работы психогигиенических кабинетов и семейных консультаций обусловлено необходимостью выявления межличностных конфликтных

отношений в семье в целом. Задачи семейной терапии формулируются как изменение представлений членов семьи о себе и своих близких, преобразование ригидных правил семейно жизни, «прояснение» и уточнение коммуникации, перестройка жестко закрепленной ролевой структуры.

В психопрофилактике формирования нервно-психических расстройств отражены три уровня. На первом уровне динамическое наблюдение ведется за «условно здоровым контингентом», при психологическом обследовании которого выявляется ряд психологических проблем. Это может быть неустойчивая или низкая самооценка, неуверенность в себе, малоадаптивные стереотипы общения и прогнозирования своего поведения. Нарушения полоролевой идентификации, конфликты с родителями.

На втором и третьем уровнях имеют место начальные признаки пограничных нервно-психических расстройств, нарушения адаптации, аддиктивное поведение, психогенные патологические формирования личности. К пограничным расстройствам относят лиц, не способных выдержать сильный стресс и отрицательные эмоции, с нестабильными отношениями, импульсивностью, аффективной неустойчивостью, неадекватными отрицательными эмоциями, суицидальной направленностью, нарушением идентичности, чувством одиночества.

Настоящий этап развития в России характеризуется тем, что происходящие общественные изменения обуславливают социальные, психологические, медико-биологические последствия, которые оказывают не до конца осознаваемое и мало предсказуемое давление на социально-психологическое положение и меняют условия развития и жизнедеятельности детской популяции.

В формировании психогенного травматизирования с нарушением психического здоровья и личностного развития требуются определенные условия: массивность травмирующего воздействия, повторность, невозможность избежать психотравмирующей ситуации, ее субъективная неразрешимость, отсутствие «эмоциональной» поддержки со стороны значимых взрослых, своеобразие преморбидной личностной структуры.

В зависимости от типа социализации ребенка, характера травмирующего воздействия следует учитывать особенности типов психогенного травматизирования (невротический, депривационный), особенности развития психогенных расстройств.

Клинические проявления при воздействии психотравм в детском и подростковом возрасте характеризуются патологическими состояниями психогенного реагирования. Наиболее распространенными являются собственные психические расстройства в виде полиморфных тревожных, аффективных (депрессий различной глубины в сочетании с низким уровнем социального функционирования), аффективно-идеаторных и

соматоформных состояний, депривационных нарушений с симптомами регресса и личностных изменений с разнообразными вариантами делинквентного, криминального поведения в сочетании с асоциальными личностными чертами.

При сверхсильных или повторяющихся травмах с неразрешимым для ребенка формируются психогенные нарушения по механизму невротизации и проявляются в аффективных расстройствах (аффективные реакции, затяжные депрессивные состояния), соматоформных заболеваниях и аномальных личностных нарушениях с признаками психогенного развития личности.

В условиях асоциальной, дезорганизованной семьи при выраженном пренебрежении витальными потребностями детей формирование психогенных расстройств и аномальных личностных свойств проходит по депривационному механизму с задержкой психического развития, стертыми аффективными расстройствами и нарушениями социализации личности. Чем на более младший возраст начинают воздействовать депривационные влияния, тем более в клинической картине преобладают изменения когнитивного функционирования и расстройствами навыков социального общения.

Особенности психопатологических нарушений у детей зависят от характера воздействия стрессора. При внезапном и катастрофическом воздействии психотравмы состояние детей и подростков можно определить как острую психогенную реакцию с психомоторной расторможенностью или, наоборот, оцепенением, соматовегетативными расстройствами, паническими реакциями, фобиями, аффективными нарушениями. Длительность этих состояний от нескольких часов до нескольких суток.

При длительном воздействии психотравмирующих событий клинко-психопатологические проявления принимают более очерченные формы с преобладанием сверхценных страхов, астенодепрессивной симптоматикой. Длительность этих проявлений от 1 до 6 месяцев. При затяжном рецидивирующем течении и тенденцией к усилению характерологических черт возможно патохарактерологическое развитие личности.

Для предотвращения хронизации психогенных расстройств необходимы своевременные профилактические и психопрофилактические мероприятия, которые носят комплексный медико-психолого-педагогический характер и включают сочетание медикаментозного лечения и психотерапевтическую коррекцию. Для правильного выбора медико-профилактической тактики необходимо: выявить средовые влияния; лиц, характеризующихся низким порогом толерантности к стрессовым явлениям; разработать пути эффективных коррекционных мероприятий.

Выбор медикаментозной терапии зависит от ведущего синдрома и возраста ребенка. Фармакотерапия включает анксиолитики, антидепрессанты, корректоры поведения и является ведущим методом в лечении острой реакции на стресс и посттравматического стрессового расстройства.

Реабилитационная работа состоит из индивидуальной и семейной психотерапии и зависит от характера психотравмирующего события.

При острой реакции на стресс используются специфические психотерапевтические техники управления стрессом (прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные техники), когнитивно-поведенческая, игровая терапия, работа с ближайшим окружением. Работа с ребенком, которая начинается в индивидуальной форме и может быть продолжена в небольшой группе таких же пострадавших детей, в зависимости от возраста.

Терапия посттравматического стрессового расстройства в детско-подростковом возрасте строится на поддержке семьи, социального окружения, сверстников, лиц, участвующих в воспитании, немедленной помощи с их стороны. В комплексной системе реабилитации детей и подростков с ПТСР семейная психотерапия является одним из главных методов. Индивидуальная психокоррекционная работа с детьми состоит в уменьшении тревоги и внутреннего напряжения путем отреагирования переживаний в рисунках, фантазиях, играх.

В лечении расстройства адаптации на первый план выступают психотерапевтические методы. Психологическая работа включает в себя как индивидуальные, так и групповые, игровые методы коррекции. Применяются гипноз и аутотренинг, когнитивная психотерапия.

Эффективность психопрофилактических мероприятий возможна при интердисциплинарном подходе медиков, психологов, социологов, педагогов, юристов с организацией комплексной медико-психологической и социально-реабилитационной помощи детям с целью повышения устойчивости личности к неблагоприятным условиям среды.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Выберите все правильные ответы.

1. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ПРИ СТРЕССОВЫХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ

- 1) наблюдение за игрой и поведением ребенка
- 2) шкала тревожности Спилберга-Ханина
- 3) тест Векслера
- 4) проективные методики
- 5) тест выбора цветов Люшера

2. МЕДИЦИНСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

- 1) охрана женщины во время беременности

- 2) раннее наблюдение за детьми
- 3) создание оптимальных условий жизни людей
- 4) оздоровление потомства
- 5) совершенствование подготовки врачей

3. ОСНОВНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

- 1) ранняя диагностика
- 2) охраны семьи и предупреждение ее распада
- 3) уменьшение степени болезненных расстройств
- 4) реабилитационные мероприятия
- 5) проведение оздоровительных мероприятий (отдых, спорт)

4. ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ

- 1) предупреждение неблагоприятной динамики заболевания
- 2) применение психотерапии
- 3) психофармакотерапия
- 4) ранняя диагностика расстройств
- 5) оказание психологической поддержки

5. ТЕРАПИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С РЕАКЦИЕЙ ГОРЯ

- 1) побуждение пациента к обсуждению переживаний
- 2) избегание обсуждения пережитого горя
- 3) назначение небольших доз лекарственных средств
- 4) психотерапевтические мероприятия
- 5) взаимодействие с группой поддержки

6. ОКАЗАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ИЗНАСИЛОВАНИИ

- 1) социальная поддержка, обсуждение, активизация черт характера
- 2) юридическое заверенное согласие пострадавшего на обследование
- 3) избегание обсуждения пережитого горя
- 4) облегчение психической травмы
- 5) предотвращение инфицирования и беременности (для девушек)

Приложение.

Лекарственные средства, применяемые для лечения стрессовых и невротических расстройств у детей и подростков

1. Антидепрессанты.

Антидепрессанты (тимоаналептики) относятся к группе психоаналептических средств и оказывают положительное влияние на аффективную сферу больного, сопровождающееся улучшением настроения и общего психического состояния. При применении антидепрессантов уже в первые дни лечения может проявляться их психотропное действие и развиваться седативный или психостимулирующий эффект. Некоторые антидепрессанты обладают сбалансированным действием. Тимоаналептическое действие антидепрессантов развивается более постепенно (через 2-3 недели после начала лечения) в отличие от седативного и психостимулирующего эффектов.

В случае преобладания в структуре депрессивного синдрома тревоги и ажитации целесообразно назначение антидепрессантов с седативным действием, а в случае заторможенности и апатии – со стимулирующим. Препараты сбалансированного действия можно назначать в обоих случаях.

К седативным антидепрессантам относятся *амитриптилин, флувоксамин*; к антидепрессантам-стимуляторам – *имипрамин, милнаципран*; к антидепрессантам сбалансированного спектра действия – *кломипрамин, сертралин*.

1.1. Трициклические антидепрессанты (ТЦА)

Трициклические антидепрессанты получили название из-за наличия характерной трехциклической структуры. Механизм их действия связан с угнетением обратного захвата нейромедиаторных моноаминов пресинаптическими нервными окончаниями, в результате чего происходит накопление медиаторов в синаптической щели и активация синаптической передачи. Трициклические антидепрессанты, как правило, одновременно уменьшают захват разных нейромедиаторных аминов (норадреналина, серотонина, дофамина). ТЦА наиболее эффективны при лечении умеренной и тяжелой депрессии, симптоматика которой включает психомоторные и соматические проявления, как, например, расстройства сна и аппетита. Для них характерна способность быстро редуцировать нарушения сна при депрессии.

Амитриптилин (Amitriptylinum)

Международное непатентованное наименование (МНН): Амитриптилин

Трициклический антидепрессант из группы неизбирательных ингибиторов нейронального захвата моноаминов. Обладает выраженным тимоаналептическим и седативным действием.

Фармакологическое действие. Механизм антидепрессивного действия амитриптилина связан с угнетением обратного нейронального захвата катехоламинов (норадреналина, дофамина) и серотонина в ЦНС. Амитриптилин является антагонистом мускариновых холинергических рецепторов в ЦНС и на периферии, обладает периферическими антигистаминовыми (H1) и антиадренергическими свойствами. Также вызывает антиневралгическое (центральное анальгетическое), противоязвенное и антибулемическое действие, эффективен при ночном недержании мочи. Антидепрессивное действие развивается в течение 2-4 нед., после начала применения.

Фармакокинетика. Биодоступность амитриптилина при различных путях введения - 30-60%, его активного метаболита нортриптилина - 46-70%. Время достижения максимальной концентрации (Tmax) после приема внутрь 2,0-7,7 ч. Объем распределения 5-10 л/кг. Эффективные терапевтические концентрации в крови амитриптилина - 50-250 нг/мл, для нортриптилина (его активного метаболита) 50-150 нг/мл. Максимальная концентрация в плазме крови (Cmax) - 0,04-0,16 мкг/мл. Проходит через гистогематические барьеры, включая гематоэнцефалический барьер. Концентрации амитриптилина в тканях выше, чем в плазме. Связь с белками плазмы 92-96%. Метаболизируется в печени (путем деметилирования, гидроксирования) с образованием активных метаболитов - нортриптилина, 10-гидрокси-амитриптилина, и неактивных метаболитов. Период полувыведения из плазмы крови от 10 до 28 часов для амитриптилина и от 16 до 80 часов для нортриптилина. Выделяется почками - 80%, частично с желчью. Полное выведение в течение 7-14 дней. Амитриптилин проникает через плацентарный барьер, выделяется в грудное молоко в концентрациях, аналогичных плазменным.

Механизм антидепрессивного действия амитриптилина связан с угнетением обратного нейронального захвата катехоламинов (норадреналина, дофамина) и серотонина в ЦНС. Амитриптилин является антагонистом мускариновых холинергических рецепторов в ЦНС и на периферии, обладает периферическими антигистаминовыми (H1) и антиадренергическими свойствами. Также вызывает антиневралгическое (центральное анальгетическое), противоязвенное и антибулемическое действие, эффективен при ночном недержании мочи.

Показания. Депрессии любой этиологии. Особенно эффективен при тревожно - депрессивных состояниях, в силу выраженности седативного эффекта. Не вызывает обострения продуктивной симптоматики (бреда, галлюцинаций) в отличие от антидепрессантов со стимулирующим действием. Смешанные эмоциональные расстройства и нарушения в поведении (активности и внимания), фобические расстройства. Детский энурез (за исключением детей с гипотоническим мочевым пузырем). Психогенная анорексия, булимический невроз. Неврогенные боли хронического характера, для профилактики мигрени.

Противопоказания. *Детский возраст до 6 лет*, сердечная недостаточность в стадии декомпенсации, острый и восстановительный период инфаркта миокарда, нарушение проводимости сердечной мышцы, выраженная артериальная гипертензия, острые заболевания печени и почек с выраженным нарушением функций, язвенная болезнь желудка и 12-ти перстной кишки в стадии обострения, гипертрофия предстательной железы, атония мочевого пузыря, пилоростеноз, паралитическая непроходимость кишечника, одновременное лечение ингибиторами MAO, повышенная чувствительность к амитриптилину. С осторожностью применять при бронхиальной астме, БАР и эпилепсии

Побочные эффекты и осложнения. Сухость во рту, запор, задержка мочеиспускания, нарушение зрения, аккомодации, усиление потоотделение, сонливость, головокружение. Тремор, тахикардия, ортостатическая гипотензия, повышение давления, нарушение проводимости, изменения ЭКГ (особенно QRS), аллергическая реакция (кожная сыпь и др.). Все эти явления обычно проходят после адаптации к препарату или снижения доз.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим с ингибиторами MAO. Перерыв в лечении между приемом ингибиторов MAO и трициклическими антидепрессантами должен составлять не менее 14 дней. Усиливает угнетающее действие на ЦНС следующих препаратов: нейролептиков, седативных и снотворных средств, противосудорожных препаратов, анальгетиков, средств для наркоза.

Дозы и применение. Детям от 6 до 12 лет - 10-30 мг/ или 1-5 мг/кг/сут дробно, в подростковом возрасте - до 100 мг/сут. При ночном энурезе у детей 6-10 лет - 10-20 мг/ на ночь, 11-16 лет - до 50 мг/на ночь. У детей, подростков и молодых людей (младше 24 лет) с депрессией и другими психическими нарушениями антидепрессанты, по сравнению с плацебо, повышают риск возникновения суицидальных мыслей и суицидального поведения. Поэтому, при назначении амитриптилина или любых других антидепрессантов

у данной категории пациентов, следует соотнести риск суицида и пользу от их применения.

В случаях начала лечения с внутримышечного или внутривенного введения препарата, применяют более высокие начальные дозы под контролем за соматическим состоянием. Инъекции постепенно заменяют приемом внутрь. После получения стойкого антидепрессивного эффекта через 2-4 недели дозы постепенно и медленно снижают. В случае появления признаков депрессии при снижении доз необходимо вернуться к прежней дозе. Если состояние больного не улучшается в течении 3-4 недель лечения, то дальнейшая терапия нецелесообразна.

Формы выпуска

Амитриптилин (Россия), таблетки, 25 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 10 мг/мл, 2 мл.

Дамилена малеинат (Россия), капс., 50мг.

Амизол (Lekd.d., Словения), таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 20 мг, 2 мл.

Амитриптилин (ICN Polfa Rzeszow S.A., Польша), драже, 25 мг.

Саротен и саротен ретард (H.Lunbdeck A/S, Дания), таблетки, покрытые оболочкой, 10 и 25 мг, капс., 50 мг.

Мелипрамин (Melipramin)

Международное непатентованное наименование (МНН): Имипрамин

Трициклический антидепрессант, относится к антидепрессантам с преимущественно стимулирующим действием. Оказывает антидепрессивное и психостимулирующее действие, а также обладает антидиуретическим (при ночном недержании мочи), некоторым анальгезирующим (центрального генеза) эффектом. Улучшает настроение, уменьшает чувство тоски, вызывает уменьшение двигательной заторможенности, повышение психического и общего тонуса организма.

Фармакологическое действие. Механизм антидепрессивного действия имипрамина и его активного метаболита дезипрамина связан с блокированием обратного нейронального захвата преимущественно норадреналина и, в меньшей степени серотонина, что приводит к увеличению их концентрации в синапсах центральной нервной системы (далее ЦНС). При длительном применении снижает функциональную активность бета-адрено- и серотониновых рецепторов головного мозга, нормализует адренергическую и серотонинергическую передачу, восстанавливает равновесие этих систем, нарушенное при депрессивных состояниях. Эффективность при ночном

недержании мочи обусловлена, по-видимому, антихолинергической активностью, приводящей к повышению способности мочевого пузыря к растяжению, прямой бета-адренергической стимуляцией, активностью альфа-адренергических агонистов, сопровождающейся повышением тонуса сфинктера, и центральной блокадой захвата серотонина. Оказывает центральное анальгезирующее действие, которое, как полагают, может быть связано с изменениями концентраций моноаминов в ЦНС, особенно серотонина, и влиянием на эндогенные опиоидные системы. Механизм анальгезирующего действия может быть связан с изменениями концентраций моноаминов в ЦНС, особенно серотонина, и влиянием на эндогенные опиоидные системы. Уменьшает двигательную заторможенность, улучшает настроение, антидепрессивное действие развивается в течение 2-3 недель после начала применения.

Фармакокинетика. Хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта. Биодоступность - 50-70%. Время достижения максимальной концентрации (T_{max}) - 1-2 ч. Одновременный прием пищи не оказывает влияния на фармакокинетику имипрамина. Подвергается выраженному метаболическому превращению при первом прохождении через печень. Его основной фармакологически активный метаболит дезметилимипрамин образуется за счет деметилирования имипрамина. Концентрации обоих соединений в плазме крови имеют значительные индивидуальные различия. Оба соединения связываются с белками плазмы (имипрамин на 60%, дезипрамин на 73-92%). Проникает через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, накапливается в головном мозге, почках, печени. Терапевтически активная концентрация в плазме – 0,05-0,18 мг/л, токсическая – 0,7 мг/л, летальная - больше 1,6 мг/л. Соотношение между дезметилимипрамином, обладающим выраженной антидепрессивной активностью, и имипрамином в крови составляет приблизительно 1,5:15. Имипрамин выделяется преимущественно почками (40%) и, главным образом, в виде свободных и конъюгированных метаболитов. После однократного введения период полувыведения имипрамина варьирует от 9 до 28 часов. В случае передозировки этот показатель может существенно изменяться.

Показания. Депрессии и депрессивные состояния различной этиологии, сопровождающиеся моторной и идеаторной заторможенностью: астенодепрессивный синдром, депрессивные состояния при психопатии и неврозах, ночной энурез у детей, нарушения поведения (активности и внимания), панические расстройства, хронический болевой синдром.

Противопоказания. *Детский возраст до 6 лет*, повышенная чувствительность к препарату; печеночно-почечная недостаточность; ИБС, тахикардия, застойная сердечная

недостаточность, постинфарктный период; склонность к судорогам; шизофрения; глаукома; аденома предстательной железы; атония мочевого пузыря.

Побочные эффекты и осложнения. Головокружение, потливость, сердцебиение, сухость во рту, нарушение аккомодации (нарушение зрительного восприятия), эозинофилия (увеличение числа эозинофилов в крови), лейкоцитоз (увеличение числа лейкоцитов в крови); при передозировке возбуждение и бессонница.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим с ингибиторами МАО (усиление психостимулирующего эффекта). Флуоксетин и флувоксамин увеличивают концентрацию в плазме имипрамина (может потребоваться снижение дозы имипрамина на 50%). При совместном применении с холиноблокаторами, фенотиазинами и бензодиазепинами - взаимное усиление седативного и центрального холиноблокирующего эффектов и повышение риска возникновения эпилептических припадков (снижение порога судорожной активности); фенотиазины, кроме того, могут повышать риск возникновения нейролептического злокачественного синдрома.

Дозы и применение. Начинают с дозы 12,5 мг 1 раз/сут вечером, постепенно увеличивая суточную дозу до 75 мг (препарат принимают по 25 мг 3 раза/сут). При лечении ночного энуреза *детям в возрасте от 6 до 8 лет* (масса тела 20-25 кг) препарат назначают в дозе 25 мг/сут, от 9 до 12 лет (масса тела 25-35 кг) - 25-50 мг/сут, старше 12 лет - 50-75 мг/сут. При лечении детей необходимо учитывать, что доза не должна превышать 2,5 мг/кг массы тела ребенка. Препарат лучше принимать однократно после ужина. В случаях, когда ребенок мочится в постель ранним вечером, суточная доза может назначаться в 2 приема: днем и после ужина. Лечение энуреза должно продолжаться не более 3 мес. При уменьшении симптомов рекомендуется постепенная отмена препарата.

Формы выпуска

Имизин (Россия), таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; раствор для в/м введения, 12,5 мг/мл.

Мелипрамин (EgisPharmaceuticalsWorksS.A., Венгрия), драже, 25 мг; раствор для в/м введения (амп.), 25 мг. 2 мл.

Анафранил (Anafranil)

Международное непатентованное название (МНН): Кломипрамин

Обладает сбалансированным действием, является ингибитором обратного захвата норадреналина и серотонина. Высоко эффективен при депрессиях любой этиологии, особенно с выраженной тревогой и агитацией.

Фармакологическое действие. Действие препарата связывают со стимуляцией адренергических и серотонинергических механизмов в ЦНС за счет угнетения обратного нейронального захвата медиаторов. В большей степени влияет на захват серотонина; чем обусловлена его эффективность при лечении обсессивно-компульсивных нарушений. Антидепрессивный эффект наступает относительно быстро (на первой неделе лечения). Обладает адреноблокирующей (преимущественно альфа1), холиноблокирующей и антигистаминной активностью. Психостимулирующее действие кломипрамина выражено в меньшей степени, чем у имипрамина, а седативный эффект - слабее, чем у amitриптилина.

Фармакокинетика. Анафранил действует на депрессивный синдром в целом, включая психомоторную заторможенность, угнетенное настроение и тревогу. Оказывает специфическое действие при обсессивно-компульсивных расстройствах и хронических болевых синдромах.

После внутримышечного введения кломипрамин всасывается полностью. При повторном внутримышечном или внутривенном введении в дозе 50-150 мг/сут равновесная концентрация достигается на 2-ой неделе лечения. Максимальная концентрация в плазме достигается через 1,5-4 часа приема внутрь. Связь кломипрамина с белками плазмы крови составляет 97.6%. Кломипрамин метаболизируется, главным образом, путем деметилирования с образованием активного метаболита N-десметилкломипрамина. После внутримышечного и внутривенного введения конечный период полувыведения кломипрамина составляет в среднем 21 час. Клинический эффект отмечается обычно через 2-3 недели лечения.

Показания. Лечение депрессивных состояний различной этиологии, протекающих с различной симптоматикой: эндогенные, реактивные, невротические, органические, маскированные, инволюционные формы депрессии; обсессивно-компульсивные синдромы, фобии, хронические болевые синдромы.

Противопоказания. *Детский возраст (до 5 лет)*, Повышенная чувствительность к кломипрамину или любым другим ингредиентам препарата, к трициклическим антидепрессантам из группы дибензазепина, одновременное применение ингибиторов моноаминоксидазы (МАО), а также период менее 14 дней до и после их применения.

Побочные эффекты и осложнения. Сухость во рту, обильное потоотделение, тремор, головокружение, парез аккомодации, задержка мочеиспускания, ортостатическая гипотензия, заторможенность, аллергические кожные реакции. Редко – нарушения функции печени, гиперпирексия, судороги, агранулоцитоз.

Взаимодействия с другими лекарственными средствами. При совместном применении этанола и ЛС, угнетающих ЦНС возможно значительное усиление угнетающего действия на ЦНС, угнетение дыхания и гипотензивный эффект; с препаратами, обладающими антихолинергической активностью увеличивает риск возникновения побочных эффектов со стороны ЦНС, зрения, кишечника и мочевого пузыря. Флуоксетин и флувоксамин увеличивают концентрацию кломипрамина в плазме (может потребоваться снижение дозы кломипрамина на 50%).

Дозы и применение. Начальная доза - 10 мг в день, в течение 10 дней суточную дозу увеличивают: у детей в возрасте 5-7 лет - до 20 мг, в возрасте 8-14 лет - до 20-50 мг, а детям старше 14 лет - до 50 мг и выше.

Формы выпуска

Анафранил (NovartisFarmaS.p.A, Италия; Nycomed Austria GmbH for Novartis Farma GmbH, Австрия), таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг; раствор для инъекций (амп.), 25 мг, 2 мл.

Кломипрамин (Nu-PharmInc., Канада), таблетки, покрытые оболочкой, 10, 25 и 50 мг.

1.2. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС)

Фармакотерапевтическая группа антидепрессантов, предназначенных для лечения тревожных расстройств и депрессии. СИОЗС являются современной и сравнительно легко переносимой группой антидепрессантов, избирательно блокирующих обратный захват серотонина. В отличие от трициклических антидепрессантов, для них значительно менее свойственны антихолинергические (холинолитические) побочные эффекты, редко возникает ортостатическая гипотензия и седация. СИОЗС обладают сравнимой с ТЦА эффективностью, хотя в некоторых случаях антидепрессивный эффект развивается постепенно (через 6-8 недель).

Сертралин (Sertraline)

Международное непатентованное название (МНН): Сертралин

Фармакологическое действие – антидепрессивное. Не оказывает стимулирующего, седативного или антихолинергического действия и не обладает кардиотоксичностью, не изменяет психомоторную функцию. В отличие от трициклических антидепрессантов, при лечении депрессии или обсессивно-компульсивных расстройств (навязчивого состояния) сертралином увеличения массы тела не происходит; у некоторых пациентов она даже снижается.

Фармакологическое действие. Селективно блокирует обратный захват серотонина пресинаптической мембраной нейронов головного мозга и тромбоцитами; незначительно влияет на уровень др. нейромедиаторов (норадреналина и дофамина) в синаптической щели. Не усиливает катехоламинергическую активность. Не обладает сродством к мускариновым холинорецепторам, серотониновым, допаминовым, гистаминовым, ГАВА, бензодиазепиновым и адренорецепторам. При длительном применении снижает количество адренорецепторов в ЦНС; сходный эффект оказывают другие клинически эффективные антидепрессивные и антиобсессивные препараты.

Фармакокинетика. После приема внутрь полностью всасывается. Наличие пищи в желудке повышает максимальную концентрацию (на 25%) и сокращает время ее достижения. Максимальная концентрация достигается через 4,5-8,4 ч после приема. Связывание с белками плазмы составляет около 98%. Сертралин активно биотрансформируется при первом прохождении через печень. Основным метаболитом, обнаруживаемым в плазме, - N-десметилсертралин, который подвергается интенсивной биотрансформации при участии изофермента 3A4 цитохрома P450 (дезаминируется, гидроксимируется) и конъюгирует с глюкуроновой кислотой. Период полувыведения сертралина составляет 22-36 ч, метилированного гомолога – 62-104 ч. Сертралин и N-десметилсертралин активно биотрансформируются, образующиеся метаболиты выводятся с калом и мочой в равных количествах. Только небольшая часть препарата (менее 0.2%) выводится с мочой в неизмененном виде.

Показания. Лечение депрессивных состояний (в т.ч. сопровождающихся чувством тревоги), при наличии и отсутствии мании в анамнезе; обсессивно-компульсивных расстройств (ОКР) у детей и взрослых; панических расстройств, сопровождающихся или не сопровождающихся агорафобией; посттравматические стрессорные расстройства (ПТСР).

Противопоказания. Одновременное назначение ингибиторов MAO; повышенная чувствительность к препарату, *возраст младше 6 лет*, судорожные состояния.

Побочные эффекты и осложнения. Редко отмечаются сухость во рту, анорексия; редко - повышение аппетита, тошнота, рвота, неустойчивый стул, диарея, спазмы в желудке или животе, метеоризм или боли, снижение веса; головная боль, головокружение, бессонница, сонливость, тремор, нарушения движения (экстрапирамидные симптомы, изменение походки), акатизия, судороги, парестезии, симптомы депрессии, галлюцинации, агрессивность, возбуждение, тревожность, психоз, покраснение кожи или приливы крови, нарушение зрения (включая нечеткость зрения), зевота, потливость, аллергические реакции (поллимофная эритема, сыпь, зуд). Со стороны пищеварительной

системы: тошнота, диарея, неустойчивый стул, отсутствие аппетита, диспепсия, сухость во рту.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. При совместном назначении с ингибиторами МАО вызывает гипертермию, ригидность, судороги мышц, изменения психического состояния, к которым относят спутанность сознания, раздражительность и чрезмерное возбуждение с развитием делирия и комы. Не совместим с этанолом. Усиливает эффект непрямых антикоагулянтов (увеличение протромбинового времени), блокирует цитохром P450 CYP2D6, повышая концентрацию в плазме одновременно применяемых препаратов, в метаболизме которых принимает участие этот фермент (трициклические антидепрессанты, антиаритмические средства I C класса - пропafenон, флекаинид).

Дозы и применение. У детей и подростков в возрасте 13-17 лет, страдающих ОКР, лечение следует начинать с дозы 50 мг/сут. У детей в возрасте 6-12 лет терапию ОКР начинают с дозы 25 мг/сут, через 1 неделю ее увеличивают до 50 мг/сут. В последующем, при недостаточном эффекте дозу можно увеличивать ступенчато по 50 мг/сут до 200 мг/сут по мере необходимости. Однако, чтобы избежать передозировки, при увеличении дозы более 50 мг необходимо принимать во внимание меньшую массу тела у детей по сравнению со взрослыми. Менять дозу следует с интервалом не менее 1 недели. Эффективность сертралина при депрессии или паническом расстройстве у детей в контролируемых исследованиях не установлена. Безопасность и эффективность сертралина у детей в возрасте менее 6 лет не доказаны.

Формы выпуска

Золофт (Pfizer, Италия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Торин (Верофарм, Россия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Серената (Torrent, Ranbaxy Laboratories Ltd., Индия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Асентра (KRKA, Словения), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Стимулотон (ЭГИС, Венгрия), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

Флувоксамин (Fluvoxamine)

Международное непатентованное название (МНН): Флувоксамин

Фармакологическое действие – антидепрессивное. Эффект развивается через 1-4 нед.

Фармакологическое действие. Избирательно ингибирует обратный нейрональный захват серотонина из синаптической щели, блокируя мембранный насос

пресинаптической мембраны. Способствует усилению серотонинергической передачи и уменьшению кругооборота серотонина. Блокирует обратный захват серотонина в тромбоцитах. Незначительно влияет на обратный захват дофамина и норадреналина. Не влияет на гистаминергические, альфа- и бета-адренергические, м-холинергические, дофаминергические, 5-НТ1- и 5-НТ2-рецепторы.

Фармакокинетика. Хорошо всасывается из ЖКТ. Биодоступность не зависит от приема пищи и составляет около 53%. Равновесная концентрация в крови достигается примерно через 1 нед. Максимальная концентрация в равновесном состоянии достигается в течение 3–8 ч после приема очередной дозы. Корреляции между плазменной концентрацией и эффективностью не отмечено. Связывание с белками плазмы – около 80% (преимущественно с альбумином). В печени подвергается деметилированию и дезаминированию; идентифицировано девять неактивных метаболитов (флувоксаминовая кислота, флувоксэтанол и др.). Ингибирует изоферменты цитохрома P450: CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9, слабее влияет на CYP2D6. Период полувыведения – 15–20 ч. 94% экскретируется с мочой в течение 71 ч (2–3% в неизменном виде). При исследовании выведения флувоксамина у пациентов с нарушением функции почек (клиренс креатинина 5–45 мл/мин), получавших его по 50 мг дважды в сутки, кумуляции не отмечено; при печеночной дисфункции выведение флувоксамина уменьшалось на 30%. У пациентов с генетически обусловленной недостаточностью фермента CYP2D6 (2–10% населения) максимальная концентрация и период полувыведения увеличивается.

Показания. Депрессия различного генеза, обсессивно-компульсивное расстройство.

Противопоказания. Гиперчувствительность, печеночная недостаточность, одновременный прием атемизола, цизаприда, терфенадина, средств, ингибирующих MAO (в том числе фуразолидона, прокарбазина, селегилина), грудное вскармливание, *детский возраст до 8 лет.*

Побочные эффекты и осложнения. Тошнота, иногда – рвота (в первые две недели приема препарата, как правило, исчезает), сухость во рту. Возможен запор, сонливость, головные боли, головокружение, бессонница, тревога, психомоторное возбуждение, чувство страха, тремор, ощущение дискомфорта, астения, анорексия, диспепсия, диарея. Также может незначительно увеличиться ЧСС (частота сердечных сокращений) – на 2-6 ударов в минуту, усиливается потоотделение. После резкой отмены флувоксамина в редких случаях наблюдались головная боль, тошнота, головокружение, чувство страха.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Несовместим со средствами, ингибирующими MAO, в т.ч. фуразолидоном, прокарбазином и селегилином

(риск развития серотонинергического синдрома и летального исхода). Развитие серотонинергического синдрома (озноб, гипертермия, ригидность мышц, миоклонус, вегетативная лабильность, гипертонический криз, возбуждение, тремор, двигательное беспокойство, судороги, диарея, гипоманиакальное состояние) возможно на фоне приема препаратов с серотонинергической активностью (триптофан, соединения лития). Повышает концентрацию в плазме крови пропранолола (в 5 раз), метопролола и других бета-адреноблокаторов, непрямых антикоагулянтов, в т.ч. варфарина (на 98%), карбамазепина, клозапина (в 3 раза), трициклических антидепрессантов (амитриптилин, кломипрамин, имипрамин). Прием флувоксамина одновременно с антипсихотическими средствами группы бутирофенона, включая галоперидол, приводит к повышению их плазменной концентрации или к 2–10-кратному увеличению содержания флувоксамина. Способен угнетать биотрансформацию лекарственных средств, метаболизирующихся при участии изоферментов CYP1A2, CYP3A4, CYP2C9, CYP2D6 цитохрома P450 (фенитоин, хинидин, теофиллин, кофеин и др.), повышая риск развития побочных реакций. Прием флувоксамина на фоне астемизола, цизаприда или терфенадина может привести к выраженному удлинению интервала Q – T и появлению аритмий типа «пируэт» (возможен летальный исход). При одновременном приеме с дилтиаземом может развиваться брадикардия, с суматриптаном – слабость, гиперрефлексия и нарушение координации движений. Уменьшает выведение бензодиазепинов (алпразолам, бромазепам, диазепам, мидазолам, триазолам), вызывая их кумуляцию; не влияет на выведение лоразепама, оксазепама и темазепама.

Дозы и применение. Дети старше 8 лет и подростки. Начальная доза составляет 25 мг/сут на один приём. Поддерживающая доза 50 - 200 мг/сут. При лечении ОКР у детей в возрасте от 8 до 18 лет суточная доза не должна превышать 200 мг. Суточные дозы свыше 100 мг рекомендуется распределять на 2 или 3 приема.

При хорошем терапевтическом ответе на препарат лечение может быть продолжено при помощи индивидуально подобранной суточной дозы. Если улучшение не будет достигнуто через 10 недель, то лечение флувоксамином следует пересмотреть. Однако обсессивно-компульсивные расстройства носят хронический характер, и поэтому можно считать целесообразным продление лечения флувоксамином сверх 10 недель у больных, хорошо ответивших на этот препарат. Подбор минимальной эффективной поддерживающей дозы должен осуществляться с осторожностью в индивидуальном порядке. Периодически необходимо заново оценивать необходимость в лечении.

Форма выпуска

Феварин (Эбботт Хелскеа САС, Нидерланды), таблетки покрытые оболочкой, 50 и 100 мг.

2. Анксиолитики (транквилизаторы)

Транквилизаторы (от лат. *tranquillo* – успокаивать), или анксиолитики (от лат. *anxietas* – тревожное состояние, страх и греч. *Lytikos* – способный растворять, ослабляющий), или атарактики (от греч. *ataraxia* – невозмутимость) – психотропные препараты, которые уменьшают выраженность или подавляют тревогу, страх, беспокойство, эмоциональное напряжение.

Транквилизаторы имеют широкий спектр фармакологического действия. Они обладают не только анксиолитическим эффектом, но и оказывают также седативное, снотворное, миорелаксирующее, противосудорожное, амнестическое и вегетостабилизирующее действие. В спектре действия некоторых транквилизаторов выделяют вегетостабилизирующий эффект (нормализация функциональной активности автономной нервной системы). Клинически этот эффект может проявляться уменьшением вегетативных проявлений тревоги (тахикардия, артериальная гипертензия, потливость, нарушение функций пищеварительной системы и др.).

Клиническое использование транквилизаторов связано в основном с их противотревожным действием. Транквилизаторы применяются при всех видах тревожных расстройств, кроме того, они могут использоваться для лечения тревожных состояний или для кратковременного устранения симптомов тревоги.

При назначении транквилизаторов для лечения тревожных расстройств следует соблюдать принцип постепенного повышения дозы. От минимально эффективной до оптимальной для получения терапевтического эффекта. Курс лечения должен быть как можно более коротким, после чего необходима повторная оценка состояния больного для принятия решения о необходимости продолжения терапии.

В связи с возможностью развития привыкания и лекарственной зависимости Согласительная комиссия ВОЗ (1996) не рекомендовала применять транквилизаторы бензодиазепинового ряда непрерывно более 2-3 недель. При необходимости длительного лечения (несколько месяцев) курс рекомендуется проводить прерывистым методом, прекращая прием препарата на несколько дней с последующим назначением той же индивидуально подобранной дозы. Чтобы уменьшить риск развития синдрома отмены, при отмене препарата дозу рекомендуется снижать постепенно.

В зависимости от характера действия разделяют транквилизаторы с выраженным седативным действием и «дневные» транквилизаторы, не вызывающие значительного седативного эффекта и миорелаксации.

Мезапам (Mezepam)

Международное непатентованное название (МНН): Медазепам

Анксиолитическое средство (транквилизатор). Мезапам - «дневное» анксиолитическое средство (транквилизатор) из группы бензодиазепинов, оказывает анксиолитическое, миорелаксирующее и противоэпилептическое действие, обладает незначительно выраженным тимолептическим эффектом. Список III перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации.

Фармакологическое действие. транквилизатор бензодиазепинового ряда. Оказывает успокаивающее действие, снимает эмоциональное напряжение, уменьшает тревогу, страх, обладает вегетостабилизирующим действием. В отличие от других производных бензодиазепина, препарат в меньшей степени проявляет миорелаксантное и гипноседативное свойства, в связи с чем он относится к числу "дневных" транквилизаторов. Препарат потенцирует эффект нейротропных и снотворных препаратов. Взаимодействует с бензодиазепиновыми рецепторами лимбической системы и восходящей активирующей формации ствола мозга, способствует открытию Cl^- — каналов, что ведет к усилению тормозных влияний ГАМК в центральной нервной системе. Устраняет состояние тревоги, чувство страха, психоневротическое напряжение, общее двигательное возбуждение, избыточную суетливость, восстанавливает эмоциональное поведение и оказывает стабилизирующее воздействие на вегетативную нервную систему. Восстанавливает критическую оценку собственного заболевания. Противоэпилептическое, центральное миорелаксирующее, седативное и снотворное действие выражено в меньшей степени, чем у типичных бензодиазепиновых анксиолитических лекарственных средств (транквилизаторов).

Фармакокинетика. После приема внутрь быстро всасывается. Абсорбция – 49-75 %. Время, необходимое для достижения максимальной концентрации – 1-2 ч. Связь с белками плазмы – 99,8 %. Метаболизируется путем гидроксилирования, N-деметилирования, окисления с образованием активных метаболитов: дезметилмедазепам (нордiazепам), diaзепам, диметилдiazепам, оксазепам (7,1 % дозы). Нордiazепам имеет длительный период полувыведения ($T_{1/2}$), накапливается в организме и оказывает выраженное седативное действие. Выведение метаболитов, связанных с глюкуроновой

кислотой, почками (63-85 %) и через кишечник (15-37 %). T_{1/2} — 20-176 ч. После завершения приема еще в течение 3-14 дней определяются значимые концентрации метаболитов в плазме (имеют длительный T_{1/2}).

Показания. Неврозы, психопатия с тревогой, возбуждение, нервное напряжение, раздражительность, "школьные" неврозы, психическая лабильность, чрезмерная возбудимость.

Противопоказания. Острая почечная и печеночная недостаточность. Гиперчувствительность, миастения, «ночное» апноэ, алкогольная, дефицит лактазы, непереносимость лактозы, глюкозо-галактозная мальабсорбция.

Побочные эффекты и осложнения. Мезапам обычно хорошо переносится. Возможны ощущения вялости в конечностях, сонливость, сухость во рту, легкий кожный зуд. Коррекция суточной дозы является достаточной мерой для устранения нежелательных эффектов. Со стороны нервной системы: сонливость, головная боль (первая реакция на прием, исчезающая после снижения дозы), слабость, головокружение, депрессия, у детей – потеря ориентации в пространстве, расторможенность, агрессивность. Со стороны сердечно-сосудистой системы: тахикардия, снижение артериального давления. Со стороны пищеварительной системы: сухость во рту, диспепсические явления, повышение активности «печеночных» трансаминаз. Со стороны дыхательной системы: угнетение дыхательного центра (при обструкции дыхательных путей или повреждении головного мозга).

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Усиливает эффект снотворных, нейролептиков, антидепрессантов. При совместном назначении происходит взаимное усиление действий ЛС для общей анестезии, миорелаксантов центрального действия, барбитуратов, снотворных, антидепрессантов. При одновременном приеме гипотензивных ЛС центрального действия, бета-адреноблокаторов или антикоагулянтов результат взаимодействия непредсказуем. Ингибиторы микросомального окисления (циметидин) усиливают и удлиняют эффект, индукторы (барбитураты и фенитоин) ослабляют.

Дозы и применение. Внутрь, перед приемом пищи. *Детям* в возрасте 1-2 лет - 1 мг (2-3 мг), 3-6 лет - 1-2 мг (3-6 мг), 7-10 лет - 4-8 мг (6-24 мг) и старше 10 лет - 6-10 мг (20-60 мг). В амбулаторных условиях рекомендуется прием по 5 мг утром и в полдень и 10 мг вечером. Продолжительность курса - не более 2 месяцев, повторный курс - после перерыва (не менее 3 недель).

Форма выпуска

Мезапам (Россия), таблетки 10 мг.

Диазепам (Diazepam)

Международное непатентованное название (МНН): Диазепам

Анксиолитический препарат (транквилизатор) бензодиазепинового ряда.

Фармакологическое действие. обладает выраженным анксиолитическим, гипноседативным, противосудорожным и миорелаксирующим действием. Эффект препарата обусловлен способностью диазепам потенцировать центральное действие гамма-аминомасляной кислоты – основного тормозного медиатора центральной нервной системы. Формирует компонент функциональной супрамолекулярной единицы – рецепторного комплекса бензодиазепин-гамма-аминомасляная кислота–хлорионофор, который размещен на мембранах нейронов. Диазепам избирательно стимулирует действие гамма-аминомасляной кислоты на рецепторы в ретикулярной формации столба мозга, вследствие чего отмечается уменьшение возбуждения коры головного мозга, а также таламуса, гипоталамуса и лимбической системы. Миорелаксирующее действие диазепам реализуется за счет тормозного влияния на полисинаптические спинальные рефлексy. Диазепам способствует повышению устойчивости нервных тканей в условиях гипоксии, а также повышает болевой порог, угнетает симпатoadреналовые и парасимпатические пароксизмы.

Для диазепам характерно дозозависимое влияние на центральную нервную систему: низкие дозы препарата (2-15 мг в сутки) оказывают стимулирующее действие, а высокие (более 15 мг в сутки) – седативное. При приеме диазепам у пациентов отмечается уменьшение эмоционального напряжения, страха, чувства тревоги и беспокойства. На продуктивную симптоматику психотического генеза (включая галлюцинации и бред) диазепам практически не влияет. Редко отмечается уменьшение аффективного напряжения. Терапевтический эффект диазепам развивается на 2-7 день после начала лечения.

Фармакокинетика. После перорального применения порядка 75% дозы абсорбируется в пищеварительном тракте. Пик плазменной концентрации активного компонента отмечается спустя 60-90 минут после приема внутрь, равновесные концентрации устанавливаются в течение 1-2 недель постоянной терапии. Около 98% диазепам связывается с белками плазмы. В печени практически 99% диазепам метаболизируется с образованием как активных, так и неактивных метаболитов. Активный компонент и его метаболиты проникают через гематоплацентарный барьер и определяются в грудном молоке.

Экскретируется диазепам преимущественно почками (до 70% принятой дозы), менее 10% выводится с калом. Экскреция происходит в два этапа, период полувыведения

первого этапа составляет 3 часа, второго – 48 часов. Возможно увеличение периода полувыведения диазепама у новорожденных детей. При повторном приеме диазепама отмечается его накопление в организме.

Показания. Диазепам применяют в монотерапии и комплексном лечении пациентов с невротическими состояниями (в том числе в сочетании с тревожным синдромом, истерией, ипохондрией, неврастенией и реактивной депрессией), психозом, дисфорией и органическими заболеваниями центральной нервной системы, при бессоннице (преимущественно при затрудненном засыпании), для терапии пациентов с эпилептическим статусом, столбняком, а также различными заболеваниями, которые сопровождаются зудом и раздражительностью (например, при экземе).

Противопоказания. Диазепам не применяют для терапии лиц с индивидуальной непереносимостью активного компонента таблеток. Не назначают пациентам со склонностью к суициду, эпилепсией или эпилептическими припадками в анамнезе. Не следует назначать пациентам с ночным апноэ. Следует соблюдать осторожность, назначая пациентам с нарушениями функций почек и печени. Диазепам в педиатрической практике следует принять *только для лечения детей старше 3 лет*. Следует избегать потенциально небезопасных видов деятельности, которые требуют повышенного внимания, во время приема диазепама.

Побочные эффекты и осложнения. Диазепам обычно неплохо переносится пациентам, однако в период терапии препаратом нельзя исключать возможность развития нежелательных эффектов: Со стороны нервной системы: мышечная слабость, сонливость, вялость, эмоциональная лабильность, атаксия, снижение концентрации внимания, нарушения зрения, спутанность сознания, депрессивные состояния. Кроме того, возможно развитие головной боли, тремора, дизартрии, острого возбуждения, головокружения, галлюцинаций, нарушений сна и памяти. Со стороны пищеварительной и гепатобилиарной системы: нарушения стула, гиперсаливация, сухость слизистой оболочки рта, тошнота, желтуха, повышение активности щелочной фосфатазы и печеночных трансаминаз. Аллергические реакции: кожная сыпь, крапивница. При применении в акушерской практике у доношенных и недоношенных детей возможно развитие мышечной слабости, снижения температуры тела и нарушений дыхания (диспноэ). В тяжелых случаях синдром отмены сопровождается гиперактузией, деперсонализацией, светочувствительностью, повышенной тактильной чувствительностью, эпилептическими припадками, галлюцинациями и парестезиями.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Препараты, ингибирующие микросомальное окисление (включая вальпроевую кислоту, изониазид,

пропранолол) при сочетанном применении увеличивают период полувыведения диазепама и усиливают его эффекты. Диазепам потенцирует действие антипсихотических средств, седативных препаратов и антидепрессантов на центральную нервную систему. Препарат усиливает эффекты анальгетиков, миорелаксантов и анестезирующих средств. Отмечается снижение абсорбции диазепама при сочетанном применении с антацидными средствами. Психостимуляторы, аналептики и препараты, ингибирующие моноаминооксидазу, при сочетанном применении снижают эффективность диазепама.

Дозы и применение. В педиатрической практике при реактивных и психосоматических расстройствах, а также спастических состояниях центрального происхождения, как правило, *детям младше 3 лет* назначают парентеральное введение с индивидуальным расчетом дозы, *детям старше 3 лет* назначают прием 2,5 мг диазепама. При необходимости дозу постепенно увеличивают, тщательно контролируя состояние пациента. Детям внутрь: 120—800 мкг/кг/сут в 3-4 приема, в/м, в/в: 40-300 мкг/кг каждые 2-4 ч, но не более 600 мкг/кг в течение 8 ч. *Эпилептический статус:* в/в: дети от 1 мес до 5 лет: 50-300 мкг/кг в течение 2-3 мин, повторяют каждые 15-30 мин до максимальной общей дозы 5 мг, при необходимости вводят повторно по той же схеме через 2-4 ч. Дети > 5 лет: 50-300 мкг/кг в течение 2-3 мин, повторяют каждые 15-30 мин до максимальной общей дозы 10 мг, при необходимости вводят повторно по той же схеме через 2-4 ч.

Формы выпуска

Сибазон (Россия), таблетки, 5 мг; таблетки, покрытые оболочкой, для детей 1 и 2 мг; раствор для инъекций 0,5% (амп.), 2 мл.

Валиум Рош (F.Hoffmann-La Roche Ltd., Швейцария), таблетки, 5 и 10 мг; раствор для инъекций 10 мг в ампулах 2 мл.

Седуксен (Россия), таблетки, 5 мг.

Седуксен (Gedeon Richter Ltd., Венгрия), таблетки 5 мг; раствор для инъекций (амп.), 10 мг, 2 мл.

Реланиум (Warszawskie Zaklady Farmaceutyczne Polfa S.A., Польша), раствор для в/в и в/м введения (амп.) 5 мг/мл, 2 мл.

Релиум (Warszawskie Zaklady Farmaceutyczne Polfa S.A., Польша), таблетки, 5 мг.

Клоназепам (Clonazepam)

Международное непатентованное название (МНН): Клоназепам

Противоэпилептическое средство из группы производных бензодиазепина. Оказывает выраженное противосудорожное, а также центральное миорелаксирующее, анксиолитическое, седативное и снотворное действие.

Фармакологическое действие. Усиливает ингибирующее действие ГАВА на передачу нервных импульсов. Стимулирует бензодиазепиновые рецепторы, расположенные в аллостерическом центре постсинаптических ГАВА-рецепторов восходящей активирующей ретикулярной формации ствола мозга и вставочных нейронов боковых рогов спинного мозга. Уменьшает возбудимость подкорковых структур головного мозга (лимбическая система, таламус, гипоталамус), тормозит постсинаптические спинальные рефлексы.

Анксиолитическое действие обусловлено влиянием на миндалевидный комплекс лимбической системы и проявляется в уменьшении эмоционального напряжения, ослабления тревоги, страха, беспокойства.

Седативный эффект обусловлен влиянием на ретикулярную формацию ствола головного мозга и неспецифические ядра таламуса и проявляется уменьшением невротических симптомов (тревоги, страха).

Противосудорожное действие реализуется за счет усиления пресинаптического торможения. При этом происходит подавление распространения эпилептогенной активности, возникающей в эпилептогенных очагах в коре, таламусе и лимбических структурах, но не снимается возбужденное состояние очага. Изменения на ЭЭГ генерализованного типа подавляются в большей степени, чем фокального. В соответствии с этими данными клоназепам оказывает благоприятный эффект при генерализованных и фокальных формах эпилепсии.

Показано, что у человека клоназепам быстро подавляет пароксизмальную активность разных типов, в т.ч. комплексы "спайк-волна" при абсансах (petit mal), медленные и генерализованные комплексы "спайк-волна", "спайки" височной и другой локализации, а также нерегулярные "спайки" и волны.

Центральное миорелаксирующее действие обусловлено торможением полисинаптических спинальных афферентных тормозных путей (в меньшей степени и моносинаптических). Возможно и прямое торможение двигательных нервов и функции мышц.

Фармакокинетика. При приеме внутрь биодоступность составляет более 90%. Связывание с белками плазмы - более 80%. Vd - 3.2 л/кг. T1/2 - 23 ч. Выводится преимущественно в виде метаболитов. Клоназепам хорошо всасывается из пищеварительного тракта. Биодоступность, после приёма внутрь, составляет 90%. При приёме внутрь разовой дозы препарата (2 мг) максимальная концентрация в сыворотке крови наблюдается через 1-4 часа. 85% клоназепама связывается с белками крови. Проходит через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, проникает в грудное

молоко. Объём распределения составляет 1,8-4,4 л/кг. Клоназепам подвергается метаболизму в печени до фармакологически неактивных метаболитов. Период полувыведения составляет 20-40 часов. Выводится, главным образом, с мочой в форме метаболитов. Около 2% от принятой дозы препарата выводится почками в неизменённом виде.

Показания. Средство I ряда - эпилепсия (взрослые, дети грудного и младшего возраста): типичные абсансы (petit mal), атипичные абсансы (синдром Леннокса-Гасто), кивательные судороги, атонические припадки (синдром "падения" или "drop-атаки"). Средство II ряда - инфантильные спазмы (синдром Веста). Средство III ряда - тонико-клонические судороги (grand mal), простые и сложные парциальные припадки и вторично-генерализованные тонико-клонические судороги. Эпилептический статус (в/в введение). Сомнамбулизм, мышечный гипертонус, бессонница (особенно у больных с органическими поражениями головного мозга), психомоторное возбуждение, панические расстройства.

Противопоказания. Угнетение дыхательного центра, тяжелая ХОБЛ (прогрессирование степени дыхательной недостаточности), острая дыхательная недостаточность, миастения, кома, шок, закрытоугольная глаукома (острый приступ или предрасположенность), острые отравления наркотическими анальгетиками и снотворными средствами, тяжелая депрессия (могут отмечаться суицидальные наклонности), беременность, период лактации, повышенная чувствительность к клоназепаму. С особой осторожностью применяют у пациентов с атаксией, тяжелыми заболеваниями печени, тяжелой хронической дыхательной недостаточностью, в особенности в стадии острого ухудшения, с эпизодами ночных апноэ. При длительном применении возможно развитие лекарственной зависимости. При резкой отмене клоназепама после длительного лечения возможно развитие синдрома абстиненции. *При продолжительном применении клоназепама у детей* следует иметь в виду возможность побочного действия на физическое и психическое развитие, что может не проявляться в течение многих лет.

В период лечения наблюдается замедление скорости психомоторных реакций. Это необходимо учитывать лицам, занимающимся потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстроты психомоторных реакций.

Побочные эффекты и осложнения. Со стороны ЦНС: в начале лечения - выраженная заторможенность, чувство усталости, сонливость, вялость, головокружение, состояние оцепенения, головные боли; редко - спутанность сознания, атаксия. При применении в высоких дозах, особенно при длительном лечении - нарушения артикуляции, диплопия, нистагм; парадоксальные реакции (в т.ч. острые состояния возбуждения); антероградная амнезия. Редко - гиперергические реакции, мышечная

слабость - депрессия. При длительном лечении некоторых форм эпилепсии возможно увеличение частоты припадков. Со стороны пищеварительной системы: редко - сухость во рту, тошнота, диарея, изжога, тошнота, рвота, снижение аппетита, запоры или диарея, нарушения функции печени, повышение активности печеночных трансаминаз и ЩФ, желтуха. У детей грудного и раннего возраста возможно усиленное слюнотечение. Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение АД, тахикардия. Со стороны эндокринной системы: изменение либидо, дисменорея, обратимое преждевременное половое развитие у детей (неполный преждевременный пубертат). Со стороны дыхательной системы: при в/в введении возможно угнетение дыхания, особенно на фоне лечения другими препаратами, вызывающими дыхательную депрессию; у детей грудного и младшего возраста возможна бронхиальная гиперсекреция. Со стороны системы кроветворения: лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, анемия, тромбоцитопения. Со стороны мочевыделительной системы: недержание мочи, задержка мочи, нарушение функции почек. Аллергические реакции: крапивница, кожная сыпь, зуд, крайне редко - анафилактический шок. Дерматологические реакции: преходящая алопеция, изменение пигментации. Прочие: привыкание, лекарственная зависимость; при резком снижении дозы или прекращении приема - синдром отмены.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. При одновременном применении клоназепама усиливает действие миорелаксантов; с вальпроатом натрия - ослабление действия вальпроата натрия и провокация судорожных припадков. Описан случай уменьшения концентрации дезипрамина в плазме крови в 2 раза и ее повышения после отмены клоназепама. При одновременном применении с карбамазепином, который вызывает индукцию микросомальных ферментов печени, возможно усиление метаболизма и в результате этого снижение концентрации клоназепама в плазме крови, уменьшение его $T_{1/2}$. С кофеином возможно уменьшение седативного и анксиолитического действия клоназепама; с ламотриджином - возможно уменьшение концентрации клоназепама в плазме крови; с лития карбонатом - развитие нейротоксичности. С торемифеном возможно значительное уменьшение AUC и $T_{1/2}$ торемифена в связи с индукцией микросомальных ферментов печени под влиянием клоназепама, что приводит к ускорению метаболизма торемифена.

Дозы и применение. Для грудных детей и детей в возрасте 1-5 лет начальная доза должна составлять не более 250 мкг/сут, для детей в возрасте 5-12 лет - 500 мкг/сут. Поддерживающие суточные дозы для детей в возрасте до 1 года - 0.5-1 мг, 1-5 лет - 1-3 мг, 5-12 лет - 3-6 мг.

Форма выпуска

Клоназепам (Tarchominskie Zaklady Farmaceutyczne «Polfa» S.A., Польша), таблетки 0,5 и 2 мг.

Клоназепам (Remrdica, Кипр), таблетки 0,5 и 2 мг.

Ривотрил (Roche, Швейцария), таблетки 0,5 и 2 мг; раствор для в/в введения (амп.), 1 мг/мл.

Нитразепам (Nitrazepam)

Международное непатентованное название (МНН): Нитразепам

Препарат относится к списку сильнодействующих средств согласно протоколу заседания ПККН. Снотворное средство из группы бензодиазепинов.

Фармакологическое действие. Оказывает угнетающее действие на нервную систему (ЦНС), реализующееся преимущественно в таламусе, гипоталамусе и лимбической системе. Усиливает ингибирующее действие гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), являющейся одним из основных медиаторов пре- и постсинаптического торможения передачи импульсов в ЦНС. Препарат обладает также анксиолитическим, седативным, миорелаксантным, и противосудо-рожным действием. Снотворное действие наступает через 20-40 минут после приема препарата и длится 6-8 часов. Под влиянием препарата увеличивается глубина и продолжительность сна. Сон и пробуждение протекают физиологически. Хорошо проходит через гематоэнцефалический барьер, плаценту, проникает в грудное молоко, что необходимо учитывать при назначении препарата беременным и кормящим женщинам.

Фармакокинетика. Абсорбция из ЖКТ - быстрая и полная. Биодоступность - от 54% до 98% (в зависимости от лекарственной формы). При приеме одновременно с пищей всасывание замедляется и максимальная концентрация в плазме уменьшается примерно на 30%. При однократном пероральном приеме 10 мг нитразепама среднее значение максимальной концентрации составляет 0.08-0.1 мкг/мл и достигается через 1-4 часа. Связь с белками плазмы - около 85-90%. Фаза распределения активного вещества в организме очень сильно варьирует и составляет от 1.7 до 3.5 ч. Объем распределения увеличивается с возрастом больных и составляет 1.3-2.6 л/кг. Хорошо проникает через гистогематические барьеры, включая ГЭБ и плацентарный барьер, обнаруживается в молоке матери. Метаболизируется в печени путем восстановления нитрогруппы и последующего ацетилирования с образованием неактивных ацетилпроизводных. Период полувыведения - 16-48 ч (зависит от возраста и массы тела больных) из спинномозговой жидкости - 68 ч. Основные метаболиты - 7-амино-нитразепам, 7-ацетамино-нитразепам, 2-

амино-5-нитробензофенон и гидрокси-2-амино-5-нитробензофенон, выводятся почками (65-71%) и с каловыми массами (14-20%). Около 1-5% выводится в неизменном виде почками. Относится к бензодиазепинам с коротким или средним периодом полувыведения, выведение после прекращения лечения - быстрое. Накопление при повторном назначении – минимальное.

Показания. Нарушение сна различного генеза (трудность засыпания, частые ночные и/или ранние утренние пробуждения), некоторые формы судорожных припадков (особенно у детей), в т. ч. синдром Веста.

Противопоказания. Повышенная чувствительность к бензодиазепинам; кома, шок; тяжелая депрессия (могут отмечаться суицидальные наклонности); миастения; острая дыхательная недостаточность; гиперкапния; нарушение глотания у детей; височная эпилепсия; тяжелые хронические обструктивные заболевания легких (риск прогрессирования степени дыхательной недостаточности). С осторожностью печеночная и/или почечная недостаточность, дыхательная недостаточность, церебральные и спинальные атаксии, гиперкинезы, лекарственная зависимость в анамнезе, склонность к злоупотреблению психоактивными лекарственными средствами, органические заболевания головного мозга, психоз (возможны парадоксальные реакции), гипопропротеинемия, ночное апное (установленное или предполагаемое), пожилой возраст.

Побочные эффекты и осложнения. Со стороны нервной системы: в начале лечения - сонливость, чувство усталости, головокружение, снижение концентрации внимания, атаксия, вялость, притупление эмоций, замедление психических и двигательных реакций; редко - головная боль, эйфория, депрессия, тремор, каталепсия, антероградная амнезия, спутанность сознания, дистонические экстрапирамидные реакции (неконтролируемые движения тела, включая глаза), мышечная слабость, дизартрия, смазанность речи; крайне редко - парадоксальные реакции (агрессивные вспышки, страх, суицидальная наклонность, мышечный спазм, галлюцинации, психомоторное возбуждение, повышенная раздражительность, тревога, бессонница). Со стороны органов кроветворения: лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз (озноб, гипертермия, боль в горле, необычная усталость или слабость), анемия, тромбоцитопения. Со стороны пищеварительной системы: сухость во рту или слюнотечение, изжога, тошнота, рвота, снижение или повышение аппетита, запор или диарея; нарушения функции печени, повышение активности "печеночных" трансаминаз и щелочной фосфатазы, желтуха. Со стороны мочеполовой системы: недержание мочи, задержка мочи, нарушение функции почек, повышение или снижение либидо, дисменорея. Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд. Угнетение центральной нервной системы, нарушение дыхания и подавление

сосательного рефлекса у новорожденных, матери которых применяли препарат во время беременности. Прочие: снижение артериального давления; редко - угнетение дыхательного центра, нарушение зрения (диплопия), булимия, снижение массы тела, тахикардия. При резком снижении дозы или прекращении приема - синдром "отмены" (повышенная раздражительность, головная боль, тревога, психомоторное возбуждение, страх, нарушение сна, дисфория, спазм гладких мышц внутренних органов и скелетной мускулатуры, деперсонализация, усиление потоотделения, депрессия, тошнота, рвота, тремор, расстройства восприятия, в т.ч. гиперактузия, гиперестезия, парестезия, светобоязнь, тахикардия, судороги, галлюцинации, редко - острый психоз).

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Взаимное усиление действия при сочетании с психотропными средствами, препаратами лития, наркотическими анальгетиками, общими анестетиками, миорелаксантами, антигистаминными и седативными препаратами, клонидином, барбитуратами и анксиолитическими средствами (транквилизаторами). Ингибиторы микросомального окисления удлиняют период полувыведения, повышают риск развития токсических эффектов препарата. Индукторы микросомальных ферментов печени уменьшают эффективность нитразепама. Наркотические анальгетики усиливают эйфорию, приводя к нарастанию лекарственной зависимости. На фоне одновременного назначения клозапина возможно усиление угнетения дыхания. Вальпроевая кислота, вероятно, усиливает влияние нитразепама у детей, больных эпилепсией.

Дозы и применение. В качестве снотворного препарата принимают за полчаса до сна однократно. Дети до одного года – 1,25-2,5 мг; 1-6 лет – 2,5-5 мг; 6-14 лет – 5 мг.

Форма выпуска

Нитразепам (Россия), таблетки 10 мг.

Адаптол (Adaptol)

Международное непатентованное название (МНН): Mobicarum

Анксиолитическое средство (транквилизатор). Устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность, оказывает ноотропное действие. Облегчает или снимает никотиновую абстиненцию. Применяется для лечения неврозов и неврозоподобных состояний с раздражительностью, эмоциональной неустойчивостью, тревогой, страхом; при кардиалгиях различного генеза; в качестве средства, снижающего влечение к курению табака.

Фармакологическое действие. Мебикар (2,4,6,8-тетраметил-2,4,6,8-тетраазабицикло (3,3,0) октадион-3,7) обладает умеренной транквилизирующей (анксиолитической) активностью, устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Транквилизирующий эффект препарата не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. На основании этого мебикар относят к «дневным» транквилизаторам. Снотворным эффектом не обладает, однако усиливает действие снотворных средств и улучшает сон при его нарушениях. Адаптол обладает антиоксидантной активностью, поэтому действует как мембраностабилизатор, адаптоген и церебропротектор при оксидантном стрессе разного генеза. В нейромедиаторном профиле действия Адаптола присутствуют дофаминопозитивный компонент и особенности агониста-антагониста адренэргической системы. Это обуславливает нормостенические свойства препарата. Адаптол облегчает никотиновую абстиненцию. Действующее вещество препарата мебикар является близким по химической структуре к естественным метаболитам организма - его молекула состоит из двух метилированных фрагментов мочевины, входящих в состав бициклической структуры. Легко растворим в воде и во многих органических растворителях. Мебикар химически инертен, не взаимодействует с кислотами, щелочами, окислителями и восстановителями, различными лекарственными препаратами и компонентами пищи.

Мебикар действует на активность структур, входящих в лимбико-ретикулярный комплекс, в частности, на эмоциогенные зоны гипоталамуса, а также оказывает действие на все 4 основные нейромедиаторные системы - ГАМК, холин-, серотонин- и адренэргическую, способствуя их сбалансированности и интеграции, но не оказывает периферического адренонегативного действия. Устраняет или ослабляет беспокойство, тревогу, страх, внутреннее эмоциональное напряжение и раздражительность. Успокаивающий эффект не сопровождается миорелаксацией и нарушением координации движений. Не снижает умственную и двигательную активность, поэтому мебикар можно применять в течение рабочего дня или учебы. Не создает приподнятого настроения, ощущения эйфории. Снотворным эффектом не обладает, но усиливает действие снотворных средств и улучшает течение сна при его нарушениях. Мебикар облегчает или снимает никотиновую абстиненцию.

Кроме успокаивающего действия оказывает ноотропное действие. В клинических исследованиях установлено, что мебикар повышает логичность, связность и скорость мышления, улучшает внимание и умственную работоспособность, не стимулирует

симптоматику продуктивных психопатологических расстройств - бред, патологическую эмоциональную активность.

Фармакокинетика. При пероральном приеме биодоступность составляет 77–80%. До 40% препарата связывается с эритроцитами. Остальная часть не связана с белками крови и содержится в плазме крови в свободном виде, в связи с чем препарат широко распространяется в организме и проникает через мембраны. Максимальная концентрация в сыворотке крови достигается через 30 мин, высокий уровень сохраняется 3–4 ч, затем постепенно снижается. Препарат полностью выводится из организма с мочой в течение суток, не накапливается и не подвергается биохимическим воздействиям в организме. Мебикар хорошо (77-80 %) всасывается из желудочно-кишечного тракта, до 40 % принятой дозы связывается эритроцитами. Остальная часть не связывается с белками плазмы крови и находится в плазме в свободном виде, поэтому действующее вещество беспрепятственно распределяется по организму и свободно преодолевает клеточные мембраны. Максимальная концентрация действующего вещества в крови достигается через 0,5 часа после приема препарата и высокий уровень сохраняется в течение 3-4 часов, затем постепенно убывает. 55-70 % принятой дозы выводится из организма с мочой, остальная часть - с калом в неизменном виде в течение суток. Мебикар не метаболизируется и не накапливается в организме.

Показания. Неврозы и неврозоподобные состояния, сопровождающиеся явлениями раздражения, эмоциональной лабильности, тревоги и страха; для улучшения переносимости нейролептиков и транквилизаторов с целью устранения вызванных ими соматовегетативных и неврологических побочных эффектов; кардиалгия различного генеза (не связанная с ИБС); облегчает течение соматовегетативных проявлений при предменструальном синдроме и менопаузе. Адаптол показан как церебропротектор и адаптоген при эмоциональном и оксидантном стрессе различного генеза; в составе комплексной терапии никотиновой зависимости как средство, уменьшающее тягу к курению.

Противопоказания. Индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Побочные эффекты и осложнения. Обычно препарат переносят хорошо. Возможны аллергические реакции и диспептические расстройства после применения в высоких дозах. В этом случае прием препарата прекращают. Может снижаться АД и температура тела, которые нормализуются самостоятельно.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Адаптол можно сочетать с нейролептиками, транквилизаторами (бензодиазепинами), снотворными, антидепрессантами и психостимуляторами.

Дозы и применение. Адаптол принимают внутрь независимо от приема пищи детям в возрасте 10–14 лет назначают индивидуально по 0,3–0,5 г 3 раза в сутки.

Форма выпуска

Адаптол (АО "Олайнфарм, Латвия), таблетки 500 мг.

2.1. Производные различной химической структуры (небензодиазепиновой)

Атаракс (Atarax)

Международное непатентованное название (МНН): Гидроксизин

Групповая принадлежность: анксиолитическое средство.

Фармакологическое действие. Производное пиперазина, обладает умеренной анксиолитической активностью; оказывает также седативное, противорвотное, антигистаминное и м-холиноблокирующее действие. Блокирует центральные м-холино- и H₁-гистаминовые рецепторы и угнетает активность определенных субкортикальных зон. Не вызывает психической зависимости и привыкания. Клинический эффект наступает через 15-30 мин после приема внутрь. Оказывает положительное влияние на когнитивные способности, улучшает память и внимание. Расслабляет скелетную и гладкую мускулатуру, обладает бронходилатирующим и анальгезирующим эффектами, умеренным ингибирующим влиянием на желудочную секрецию. Гидроксизин значительно уменьшает зуд у больных крапивницей, экземой и дерматитом. При длительном приеме не отмечено синдрома отмены. Полисомнография у больных бессонницей и тревогой наглядно демонстрирует удлинение продолжительности сна, снижение частоты ночных пробуждений после приема однократно или повторно гидроксизина в дозе 50 мг. Снижение мышечного напряжения при тревоге в дозе 50 мг 3 раза в день.

Фармакокинетика. Препарат быстро поступает в кровь после всасывания в желудочно-кишечном тракте. Максимальная концентрация в плазме наблюдается через два часа после приема препарата внутрь. При повторном приеме концентрация препарата увеличивается на 30%. При приеме внутрь биодоступность препарата составляет до 80%. Распределение гидроксизина происходит во всем организме с преимущественным накапливанием в тканях. Гидроксизин проходит через гематоэнцефалический и плацентарный барьер, накапливаясь в высокой концентрации в тканях плода. Метаболизм гидроксизина происходит с преимущественным образованием цетаризина, обладающего

свойствами антагониста гистаминовых рецепторов. Метаболиты препарата выводятся из организма с мочой в неизмененном виде.

Показания. Повышенная возбудимость, тревожность; психоневротические состояния; атопический дерматит, экзема, зудящий дерматоз, крапивница; премедикация; послеоперационный период (в составе комбинированной терапии); рвота.

Противопоказания. Гиперчувствительность (в т.ч. к цетиризину и др. производным пиперазина, аминофиллину и этилендиамину).

Побочные эффекты и осложнения. Сонливость, слабость, сухость во рту; головная боль, головокружение, тремор, атаксия, острое повышение внутриглазного давления, задержка мочи, тахикардия, запоры, нарушение аккомодации, повышенное потоотделение, снижение АД, повышение активности "печеночных" трансаминаз, бронхоспазм, аллергические реакции. Симптомы: выраженное антихолинергическое действие, угнетение или парадоксальная стимуляция ЦНС, тремор, судороги, дезориентация; редко - снижение АД, спутанность сознания, тошнота, рвота, непроизвольная двигательная активность, галлюцинации, аритмия.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Усиливает действие опиоидных и неопиоидных анальгетиков, барбитуратов, анксиолитиков, этанола. Усиливает антихолинергическое действие антигистаминных и антипсихотических ЛС (нейролептиков) и антидепрессантов. Препятствует развитию прессорного эффекта эпинефрина, изменяет противозипилептический эффект фенитоина. Атропин и др. м-холиноблокаторы влияния на активность гидроксизина не оказывают. Уменьшает действие бетагистина и антихолинэстеразных ЛС.

Способ применения и дозы. Детям от 1 года до 6 лет для симптоматического лечения зуда - 1 мг/кг/сут., максимально - 2.5 мг/кг/сут.; с 6 лет - 1 мг/кг/сут, максимально - 2 мг/кг/сут. в несколько приемов.

Форма выпуска.

Атаракс (UCB S.A. Pharma Sector, Бельгия), таблетки покрытые оболочкой, 25 мг

3. Лекарственные препараты других групп

Тенотен

Международное непатентованное название (МНН): Антитела к мозгоспецифическому белку S-100

Клинико-фармакологическая группа: ноотропный препарат с анксиолитической активностью.

Фармакологическое действие. Препарат оказывает успокаивающее, противотревожное (анксиолитическое) действие, не вызывая нежелательных гипногенного и миорелаксирующего эффектов. Улучшает переносимость психоэмоциональных нагрузок. Обладает стресс-протекторным, ноотропным, антиамнестическим, противогипоксическим, нейропротекторным, антиастеническим, антидепрессивным действием. В условиях интоксикации, гипоксии, при состояниях после острого нарушения мозгового кровообращения оказывает нейропротекторное действие, ограничивает зону повреждения, нормализует процессы обучения и памяти в ЦНС. Ингибирует процессы перекисного окисления липидов.

Фармакокинетика. Модифицирует функциональную активность белка S-100, осуществляющего в мозге сопряжение синаптических (информационных) и метаболических процессов. Оказывая ГАБК-миметическое и нейротрофическое действие, повышает активность стресс-лимитирующих систем, способствует восстановлению процессов нейрональной пластичности.

Показания. Невротические и неврозоподобные расстройства, сопровождающиеся повышенной возбудимостью, раздражительностью, тревогой, нарушением поведения и внимания, вегетативными расстройствами.

Противопоказания. Повышенная индивидуальная чувствительность к компонентам препарата; *детский возраст до 3 лет.*

Побочные эффекты и осложнения. При использовании по указанным показаниям и в рекомендуемых дозировках побочного действия не выявлено. Возможны реакции повышенной индивидуальной чувствительности к компонентам препарата.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Случаев несовместимости с другими ЛС до настоящего времени не зарегистрировано. В состав препарата входит лактоза, в связи с чем его не рекомендуется назначать пациентам с врожденной галактоземией, синдромом мальабсорбции глюкозы или галактозы, либо при врожденной лактазной недостаточности. В связи с наличием в действии препарата Тенотен детский активирующих свойств, последний прием осуществлять не позже, чем за 2 ч до сна.

Способ применения и дозы. Внутрь, вне приема пищи. 1 табл. на один прием (держат в рту до полного растворения). При необходимости таблетку можно растворить в небольшом количестве кипяченой воды комнатной температуры. В зависимости от выраженности клинических симптомов — по 1 табл. 1–3 раза в сутки. Курс лечения — 1–3 мес; при необходимости курс лечения можно продлить до 6 мес или повторить через 1–2

мес. При отсутствии стойкого улучшения состояния в течение 3–4 нед после начала лечения необходимо обратиться к врачу.

Форма выпуска

Тенотен (ООО «НПФ «Материя Медика Холдинг», Россия), таблетки для рассасывания, 20 шт.

Фенибут (Phenibut)

Международное непатентованное название (МНН): Гамма-амино-бета-фенилмасляной кислоты гидрохлорид

Фармакологическое действие. Ноотропное средство, облегчает ГАМК-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС (прямое воздействие на ГАМК-рецепторы), оказывает также транквилизирующее, психостимулирующее, антиагрегантное и антиоксидантное действие. Улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма тканей и влияния на мозговое кровообращение (увеличивает объемную и линейную скорость мозгового кровотока, уменьшает тонус сосудов мозга, улучшает микроциркуляцию, оказывает антиагрегантное действие). Способствует снижению или исчезновению чувства тревоги, напряженности, беспокойства и страха, нормализует сон, оказывает некоторое противосудорожное действие. Не влияет на холино- и адренорецепторы. Удлиняет латентный период и укорачивает продолжительность и выраженность нистагма. Уменьшает проявления астении и вазовегетативные симптомы (в т.ч. головную боль, ощущение тяжести в голове, нарушения сна, раздражительность, эмоциональную лабильность), повышает умственную работоспособность. Улучшает психологические показатели (внимание, память, скорость и точность сенсорно-моторных реакций). При курсовом приеме повышает физическую и умственную работоспособность, улучшает память, нормализует сон; улучшает состояние больных с двигательными и речевыми нарушениями. У больных астенией с первых дней терапии улучшается самочувствие; повышает интерес и инициативу (мотивация деятельности) без седации или возбуждения. При назначении после тяжелых ЧМТ увеличивает количество митохондрий в перифокальных областях и улучшает течение биоэнергетических процессов в головном мозге. При неврогенных поражениях сердца и желудка нормализует процессы перекисидации липидов. У людей пожилого возраста не вызывает загруженности и чрезмерной вялости, расслабляющее последствие чаще всего отсутствует. Улучшает микроциркуляцию в тканях глаза, уменьшает угнетающее влияние этанола на ЦНС. Препарат малотоксичен.

Фармакокинетика. Абсорбция высокая, хорошо проникает во все ткани организма и через ГЭБ (в ткани мозга проникает около 0.1% введенной дозы препарата, причем у лиц молодого и пожилого возраста в значительно большей степени). Равномерно распределяется в печени и почках. Метаболизируется в печени - 80-95%, метаболиты фармакологически неактивны. Не кумулирует. Через 3 ч начинает выделяться почками, при этом концентрация в ткани мозга не снижается и его обнаруживают в мозге еще в течение 6 ч. Около 5% выводится почками в неизменном виде, частично - с желчью.

Показания. Астенические и тревожно-невротические состояния, тревожность, страх, невроз навязчивых состояний, психопатия. Заикание и тики у детей, энурез, задержка мочи на фоне миелодисплазий. Бессонница и "кошмарные" сновидения у пожилых. Профилактика тревожных состояний, возникающих перед хирургическими вмешательствами и болезненными диагностическими исследованиями (премедикация). Болезнь Меньера, головокружения, связанные с дисфункциями вестибулярного анализатора различного генеза (в т.ч. при отогенном лабиринтите, сосудистых и травматических нарушениях); профилактика укачиваний при кинетозах. Первичная открытоугольная глаукома (в составе комбинированной терапии).

Противопоказания. Гиперчувствительность. С осторожностью: эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, печеночная недостаточность, беременность, период лактации.

Побочные эффекты и осложнения. Усиление раздражительности, возбуждение, тревожность, головокружение, головная боль, сонливость, тошнота (при первых приемах), аллергические реакции (кожная сыпь, зуд). Передозировка. Симптомы: выраженная сонливость, тошнота, рвота, жировая дистрофия печени (прием более 7 г), эозинофилия, снижение АД, нарушение функции почек. Лечение: промывание желудка, активированный уголь, симптоматическая терапия.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Удлиняет и усиливает действие снотворных, наркотических анальгетиков, противосудорожных, антипсихотических и противопаркинсонических лекарственных средств.

Дозы и применение. Внутрь (независимо от приема пищи). *Детям до 8 лет* - по 50-100 мг 3 раза в день, 8-14 лет - по 250 мг 3 раза в день. *Высшие разовые дозы:* детям до 8 лет - 0.15 г, 8-14 лет - 0.3 г. При задержке мочи функционального генеза назначают по 20 мг 2 раза в день детям от 3 до 10 лет и по 20 мг 3 раза в день *детям старше 10 лет*. При задержке мочи на фоне миелодисплазии назначают по 20 мг 3 раза в день *детям 3-10 лет*, по 50 мг 2 раза в день детям в возрасте 11-15 лет. Подросткам старше 15 лет по 50 мг 3 раза в день. Курс лечения - 4-6 нед. При длительном применении необходимо контролировать показатели функции печени и картину периферической крови.

Необходимо воздерживаться от потенциально опасных видов деятельности, требующих повышенного внимания. Малоэффективен при выраженных явлениях укачивания ("неукротимая" рвота, головокружение и др.).

Форма выпуска

Фенибут ("Олайнфарм", Латвия), таблетки 250 мг.

Глицин (Glycine)

Международное непатентованное название (МНН): Глицин

Препарат, улучшающий метаболизм головного мозга

Фармакологическое действие. Метаболический препарат. Глицин является регулятором обмена веществ, нормализует и активизирует процессы защитного торможения в ЦНС, уменьшает психоэмоциональное напряжение, повышает умственную работоспособность. Глицин обладает глицин- и ГАМК-ергическим, альфа1-адреноблокирующим, антиоксидантным, антитоксическим действием; регулирует деятельность глутаматных (NMDA) рецепторов, за счет чего препарат способен: уменьшать психоэмоциональное напряжение, агрессивность, конфликтность, повышать социальную адаптацию; улучшать настроение; облегчать засыпание и нормализовать сон; повышать умственную работоспособность; уменьшать вегето-сосудистые расстройства; уменьшать выраженность мозговых расстройств при черепно-мозговой травме;

Фармакокинетика. Легко проникает в большинство биологических жидкостей и тканей организма, в т.ч. в головной мозг; метаболизируется до воды и углекислого газа, накопление его в тканях не происходит.

Показания. Сниженная умственная работоспособность; стрессовые ситуации – психоэмоциональное напряжение (в период экзаменов, конфликтных и т.п. ситуациях); девиантные формы поведения детей и подростков; различные функциональные и органические заболевания нервной системы сопровождающиеся повышенной возбудимостью, эмоциональной нестабильностью, снижением умственной работоспособности и нарушением сна: неврозы, неврозоподобные состояния и вегето-сосудистая дистония, последствия нейроинфекций и черепно-мозговой травмы, перинатальные и другие формы энцефалопатий.

Противопоказания. Индивидуальная повышенная чувствительность к компонентам препарата.

Побочные эффекты и осложнения. Возможны аллергические реакции.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами. Ослабляет выраженность побочных эффектов антипсихотических средств (нейролептиков), анксиолитиков, антидепрессантов, снотворных и противосудорожных средств.

Дозы и применение. Глицин применяется подъязычно или трансбуккально по 100 мг (в таблетках или в виде порошка после измельчения таблетки). *Практически здоровым детям, подросткам* при психоэмоциональных напряжениях, снижении памяти, внимания, умственной работоспособности, задержке умственного развития, при девиантных формах поведения по 1 таб. 2-3 раза/сут. в течение 14-30 дней.

При функциональных и органических поражениях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением сна, *детям до трех лет* назначают по 0.5 таб. (50 мг) на прием 2-3 раза/сут в течение 7-14 дней, в дальнейшем по 50 мг 1 раз/сут 7-10 дней. Суточная доза - 100-150 мг, курсовая – 2000 -2600 мг. *Детям старше 3 лет* назначают по 1 таб. 2-3 раза/сут, курс лечения 7-14 дней. Курс лечения можно увеличить до 30 дней, при необходимости курс повторяют через 30 дней. При нарушениях сна Глицин назначают за 20 минут до сна или непосредственно перед сном по 0.5-1 таб. (в зависимости от возраста).

Внутрь сублингвально, при психоэмоциональном напряжении, снижении памяти, внимания, умственной работоспособности, *детям с задержкой умственного развития, подросткам с девиантными формами поведения* – по 0,1 г 2–3 раза в сутки в течение 14–30 дней. Суточная доза – 0,3 г, курсовая – 4,2 –9,0 г.

При функциональных и органических поражениях нервной системы, сопровождающихся повышенной возбудимостью, эмоциональной лабильностью и нарушением сна, *детям до 3 лет* назначают по 0,05 г на прием 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней, в дальнейшем – 0,05 г 1 раз в сутки 7–10 дней. Суточная доза – 0,1–0,15 г, курсовая – 2,0–2,6 г. *Детям старше 3 лет* – по 1 табл. 2–3 раза в сутки, курс лечения 7–14 дней. При необходимости курс лечения повторяют.

При нарушениях сна –детям до 3 лет – 0,05 г на прием 2–3 раза в сутки в течение 7–14 дней, в следующие 7–10 дней – по 0,05 г 1 раз в сутки. Суточная доза – 0,1–0,4 г, курсовая – 2,0–2,6.

Форма выпуска

Глицин (ООО «Медицинский научно-производственный комплекс «БИОТИКИ», Россия), таблетки 100 мг.

ТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТОВЫМ ЗАДАНИЯМ

Ответы к разделу 1

п/н вопроса	Ответы
1	1,2,3,4
2	1,2,4
3	1,2,4,5
4	1,2,4,5
5	1,2,3,5
6	1,3,5

Ответы к разделу 2

п/н вопроса	Ответы
1	1,3,4
2	1,2,4
3	1,3,5
4	1,2,3,5
5	1,2,3,5
6	1,2,3,4

Ответы к разделу 3

п/н вопроса	Ответы
1	1,2,4,5
2	1,2,4
3	1,2,5
4	1,2,3,5
5	1,3,4,5
6	1,2,4,5

Рекомендуемая литература

1. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. Избранные лекции и выступления. – М., ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 432 с.
2. Голубева Н.И. Депрессивные расстройства в младенческом и раннем детском возрасте. Автор-т на соиск. уч. степени., 2010 – 26 с.
3. Вострокнутов Н.В. Дети и насилие. Основные понятия, социально-психологические и медицинские аспекты//Материалы Всероссийской научно-практической конференции Москва-Санкт-Петербург «Дети и насилие», 1994. – с.62-74.
4. Детская и подростковая психиатрия и медицинская психология (под общей редакцией проф. Ю.С.Шевченко, проф. А.Л. Венгера) – М.: ИД МЕДПРАКТИКА-М, 2006, 548с.
5. Детская психиатрия: Учебник / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера. – СПб: Питер, 2005. – 1120 с.
6. Захаров А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.,1982
7. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – 454 с.
8. Козлов В.П. В кн.: Проблемы профилактики нервных и психических расстройств, 1982. – 24 с.
9. Попов В.Д., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия – М.: «Экспертное бюро-М, 1997. – 496 с.
10. Психотерапия детей и подростков: Пер. с нем./ Под. ред. Х. Ремшмидта. – М.: Мир, 2000. – 656 с.
11. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304с.
12. Экстренная психологическая помощь детям и подросткам / А.Л. Венгер, Е.И. Морозова. – М.: ВНИИгеосистем, 2011. – 172 с.
13. Deb A.K. Stress and mental disorders. – Indian practit., 1974, vol.27, p.35-38.
14. Roberts C.A. Primary prevention of psychiatric disorders/ Ed. By F. C. Chalke, J.J. Day. – University of Toronto Press, 1968.
15. Remschmidt H., Mutismus. In: Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes und Jugendalters. – Herausgegeben von Gunter Esser. 2., aktualisierte Auflage, G.Thieme Verlag, Stuttgart-New York, 2003. – S.285-292.