

НЕВРОТИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА

Невротические расстройства

обратимые психические расстройства, обусловленные воздействием психотравмирующих факторов, протекающие с осознанием больными факта своей болезни, без нарушений отражения реального мира, и проявляющиеся в основном психогенно-обусловленными эмоциональными и соматовегетативными расстройствами (Н.Д. Лакосина, 1995).

- **Невротические расстройства развиваются в результате воздействия длительной психической травмы, на фоне переутомления, недосыпания, перенесенного соматического заболевания.**
- **В отличие от реактивных (психогенных) психозов не приводят к нарушениям отражательно-познавательной деятельности, грубым изменениям психических функций.**

- На базе психотравмы формируется **актуальный конфликт**, который складывается из жизненных событий и микротравм.
- К микротравмам, например, относятся: непунктуальность, нечистоплотность, неверность.
- Подобные микротравмы, действуя ежедневно и монотонно формируют невротическую симптоматику.
- Таким образом, на первый план выдвигаются не столько значимость или интенсивность психотравмирующего воздействия, сколько повторяемость, однотипность и длительность.

Клинические критерии невротических расстройств (по В.М. Мясищеву)

- 1) Связь психогении с личностью больного.
«Каждая психотравма должна подойти к личности, как ключ к замку» Кречмер.**
- 2). Соответствие между клиническими проявлениями и характером психотравмы.**
- 3). Динамика состояния с изменением психотравмирующей ситуации.**
- 4). Высокая эффективность психотерапевтических (по сравнению с биологическими) методов лечения.**
- 5). Отсутствие психотических расстройств.**

- Существует обратно-пропорциональная зависимость между ранимостью нервной системы и массивностью психотравм, которая необходима для развития невроза.
- Чем более ранима (чувствительна) нервная система, тем меньшая интенсивность психической травмы необходима.

Классические выделяют три основные формы неврозов

1. Астенический невроз (неврастения);
2. Истерический невроз (истерия);
3. Невроз навязчивых состояний.

Современное синдромологическое деление невротических расстройств значительно отличается от традиционной модели и включает в себя семь однородных групп.

Классическая схема этиопатогенеза формирования неврозов



Значимые факторы неврозогенеза

Для развития истинных неврозов требуется сочетание:

1. Врожденно-конституциональных;
2. Соматогенно-органических;
3. Личностно-ситуационных факторов.

Наличие акцентуаций характера при наличии психотравмы является «почвой» для возникновения неврозов и невротических развитий.

Выделяют три типа невротических конфликтов:

1. Истерический – чрезмерно завышенные претензии, которые сочетаются с недооценкой или полным игнорированием реальных условий или требований окружающих.
 - И.Н.Ф.: превышение требовательности к окружающим над требовательностью к себе и отсутствие критики к своему поведению.
2. Обсессивно-психастенический тип – обусловлен противоречивыми внутренними потребностями; борьбой между желанием и долгом; между моральными принципами и личностными привязанностями.
3. Неврастенический тип – противоречие между возможностями личности с одной стороны и завышенными требованиями к себе с другой.
 - Конфликт этого типа формируется в условиях, когда постоянно стимулируется нездоровое стремление к личному успеху без реального учета сил и возможностей.

**которых сосредоточены в различных
сферах жизни
(В.Н. Мясищев):**

- I). Группа – люди, ценности которых сосредоточены в семье. Невроз возникает после таких психотравм, как развод, смерть родственника, болезнь ребенка или родителя, семейные конфликты;**
- II). Вторая группа – люди, которые ориентированы на ценности карьеры, служебного статуса. Невроз возникает после таких психотравм, как увольнение с работы, понижение в должности, двойка на экзамене;**
- III). Третья группа – люди, значимой для которых является область хобби. Психотравмой является утрата коллекции.**

Систематика ситуации, коррелируемых с вариантами психических расстройств.

Характерологический радикал	Клинический синдром	Психотравмирующие обстоятельства
1. Сенситивный (склонный к истощению, перенапряжению)	неврастения и др. невротические состояния; аутистические проблемы	- перенапряжение; - истощение; - смена стереотипа (смена работы, семьи, выход замуж)
2. Тревожно-мнительный	Обсессивно-фобические расстройства	Разлаживание переключаемости сложившегося стереотипа
3. Истерический	Конверсионные расстройства, пугливые расстройства, расстройства по типу псевдодеменции	Нарушение стойкого эгоцентрического стереотипа
4. Эпилептоидный	Эксплозивные расстройства; эпилептоидные расстройства;	Нарушение бескомпромиссности привычного стереотипа

Условно можно выделить следующие психологические типы или образы матерей детей с неврозами

- **«Царевна Несмеяна»**
- **«Снежная Королева»**
- **«Спящая Красавица»**
- **«Унтер Пришибеев»**
- **«Суматошная» мать**
- **«Наседка»**
- **«Вечный ребенок»**

Таблица соответствия диагностических заключений

Диагностические Заключения по МКБ-10	Код по МКБ-10	Традиционное диагностическое заключение
Тревожно-фобические расстройства	F 40	Невроз навязчивых состояний
Другие тревожные расстройства	F 41	Невроз навязчивых состояний
Обсессивно-компульсивные расстройства	F 42	Невроз навязчивых состояний
Реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации	F 43	Психогенные реакции (депрессивный невроз)
Диссоциативные (конверсионные) расстройства	F 44	Истерический невроз
Соматоформные расстройства	F 45	Ипохондрический невроз, кардионевроз
Неврастения	F 48.0	Неврастения

F40. Тревожно-фобические расстройства

- Фобия — комплекс эмоционально-поведенческих расстройств, включающих: патологический страх какой-либо жизненной ситуации или объекта окружающего мира;
- включает: тревогу ожидания; избегающее поведение.
- Тревога ожидания — тягостное аффективное напряжение неопределенного характера, возникающее в предчувствии возможного появления фобического стимула. Не является тревогой как таковой, т.к. имеет объект, на который направлена.
- Признак длительно существующего фобического расстройства формирование избегающего поведения.

- Избегающее поведение – это самоограничение привычных поведенческих стереотипов, направленных на избегание ситуаций, в которых возможно появление причинного страха.
- По мере генерализации фобии приводят к выраженной социальной дезадаптации больного (отказ от самостоятельной работы вне дома, самообслуживания, выполнения привычных социальных ролей).

- **F40.0 Агорафобия** – тревожно-фобический синдром, центральным симптомом которого является страх открытых пространств, толпы, крупных универмагов, рынков и других общественных мест, из **которых затруднен мгновенный выход.**

Причиной страха является спонтанно возникающее вегетативные синдромы и панические атаки.

- ❖ Избегающее поведение в мягких случаях выражается в отказе от самостоятельных прогулок и поездок: кто-то из близких, способных оказать необходимую помощь, обязательно должен сопровождать больного.
- ❖ Больные убеждены, что при возникновении характерных симптомов панической атаки (удушья, сердцебиения, головокружения), они немедленно погибнут. В тяжелых случаях формируется стойкий отказ выходить из дома.
- ❖ Тревога ожидания представлена повышенной настороженностью, нервозностью, повышенным вниманием к своему физическому состоянию.
- ❖ Появляется в 25-30 лет.
- ❖ Среди пациентов лица зависимого типа характера (психастенического, астеноневротического, сенситивного типа акцентуаций по Личко).

F40.1 Социофобии

- **Страдают 3-5% населения.**
- **Расстройства начинаются в подростковом периоде.**
- **Течение хроническое с тенденцией к смягчению в среднем возрасте**
- **Центральное содержание - страх перед определенными социальными ситуациями в небольших группах людей (перед публичным выступлением, посещением общественных туалетов, общением с лицами противоположного пола).**
- **Имеется связь страха с предполагаемой реакцией окружающих.**
- **Важным бывает и опасения проявить внешние признаки растерянности (покраснеть, побледнеть, выпустить газы, брызнуть слюной, закашляться, подавиться).**

- Избегание направлено на перечисленные социальные ситуации.
- Тревога ожидания интенсивна, приводит к грубой социальной дезадаптации.
- Использование алкоголя как анксиолитика на начальных этапах может стать самостоятельной проблемой.

Критерии:

1. Тревога, проявляющаяся психологическими или вегетативными sm ;
2. Ограничительное поведение;
3. Избегание фобических ситуаций.

F40.2 Специфические (изолированные) фобии

- Встречаются в 5-12% у населения.
- Могут начинаться в раннем детстве (4-5 лет, если речь идет о страхе животных).
- Средний возраст 20-25 лет.
- Страх формируется лишь к отдельной изолированной ситуации (лечение у зубного врача, автомобильной езде, радиационному поражению) или объекту (например в детстве к определенному типу животных: мышей, собак, змей, пауков).
- Попадание в фобическую ситуацию вызывает мгновенное появление чувства страха, расстройств речи, моторики, осознание беспомощности перед надвигающейся опасностью, ожидание мучительной смерти.

- Избегание направлено на конкретную ситуацию без тенденции к генерализации.

Критерии:

1. Тревога в виде вегетативных или психологических симптомов.
2. Ограничение тревоги определенным фобическим объектом или ситуацией.
3. Избегающее поведение.

Дифф. Диагностика фобических расстройств:

- С соматическими заболеваниями, при которых присутствуют выраженные **вегетативные пароксизмы** (тиреотоксикоз, бронхиальная система).
- Страх смерти в силу реальной угрозы для жизни (аллергические реакции, сердечные аритмии, ИБС, инфаркт миокарда, кровотечения).

F41. Другие тревожные расстройства – расстройства, при которых проявления тревоги являются главными симптомами, а не ограничиваются особой ситуацией.

- Тревога – состояние субъективно тягостного напряжения, не имеющее ни одного очевидного источника для беспокойства.
- Международное определение подразумевает наличие опасений по поводу более чем двух значимых жизненных обстоятельств.

F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревога).

- Паника – пароксизмы выраженной и интенсивной вегетативной тревоги, сопровождающейся учащением дыхания и сердцебиением, головными болями и общим мышечным напряжением, явлениями деперсонализации, деареализации.

- Паническое расстройство – тревожный синдром, при котором спонтанно возникают приступы паники без формирования агорафобии.

- Приступ длится до 7-10 минут.

- Начинается внезапно с удушья, мучительного сердцебиения, чувства смерти, с потерей контроля над телом и сознанием.

- После приступа больные испытывают растерянность и подавленность, ищут помощи у близких.

- В межприступный период присутствует тревога ожидания: больные напряжены, неусидчивы, внимательны к изменениям самочувствия.
- В быту капризны, эгоистичны, требуют полного внимания близких.
- Течение хроническое, с небольшими послаблениями без полных ремиссий.

Критерии:

1. Повторные панически приступы, возникающие спонтанно без связи со специфическими ситуациями или конкретными объектами.
2. Состояние не является следствием соматического расстройства.

F41.1 Генерализованное тревожное расстройство.

- Страдает 2-5% населения. по Ю.В. Попову и В.Д. Вид.
- Начало заболевания в 20-30 лет.
- Основная черта тревога, которая носит генерализованный и стойкий характер.
- Очерченные панические атаки отсутствуют.
- Тревога не зафиксирована какими-то конкретными ситуациями «свободно плавающая «по Freud»).
- Тревожный аффект представлен чувством непонятного дискомфорта и напряжения, направленного в будущее.

Сопровождается:

- 1) когнитивными нарушениями в виде постоянных опасений за возможный исход текущих событий, предчувствия катастрофы, создания запасов на «черный день».
- 2) симптомами вегетативной гиперактивности (повышенная потливость, полиурия, диарея, тахикардия, эпигастральный дискомфорт).
- 3) моторным компонентом, представленным неусидчивостью, тремором, чувством напряженности, неспособностью расслабиться.
- 4) sm напряжения (мышечное напряжение, мышечные боли, нарушение засыпания из-за постоянной озабоченности).
- 5) депрессивный компонент формируется с годами в силу невозможности наслаждаться нормальной жизнью.

- Требуется большой промежуток времени, для того чтобы пациент убедился, что его тревожные проявления – отклонение от нормы.
- Обычно нет какого-то ситуативного толчка, который побудил бы обратиться к врачу.
- К психиатру, психотерапевту обращается примерно 1/3 больных, остальные ищут помощи у интернистов.
- При расспросе больные не могут вспомнить периода в своей жизни, когда они были спокойны.
- Заболевание является хроническим и длится в течение всей жизни.
- Сопутствующая проблема – повышенное потребление алкоголя и неконтролируемый прием седативных и транквилизирующих средств.
- Диагноз ставится если вышеперечисленные sm (тревожные, вегетативные, мышечные напряжения и т.д.) преобладают в течение 6 месяцев.

F42 Обессивно-компульсивное расстройство

- Больные составляют 1% от всех больных, получающих лечение в психиатрических учреждениях (Каплан, Сэдок, 2004).
- Начало заболевания от 10 до 24 лет (т.е. подростковый и ранний зрелый период).
- Началу в 50% предшествует перенесенный стресс (смерть близких, конфликты на работе, беременность, сексуальные контакты).

Навязчивости выражаются:

- 1). Обсессивных мыслях;
- 2). Компульсивных действиях, которые воспринимаются больным как чуждое ему, абсурдное и иррациональное.

- **Обессивные мысли** – тягостные, возникающие помимо воли стереотипные идеи, образы или влечения, резидивирующего и докучающего характера (музыкальные мелодии, бессмысленные математические вычисления, неосуществимые фантазии, воспоминания).

- **Компульсивные действия** – осознанные повторяющиеся стереотипные поступки, приобретающие характер защитных ритуалов, имеющие тягостный характер.
- **Ритуалы** – система компульсивных актов, символически оберегающих больного от тягостных obsessions, снижающие их выраженность и интенсивность.
- Относятся вычурные системы самоограничений («диеты», «комплексы упражнений», «распорядок дня», «магические пассы»).

Симптоматические группы обсессивно-компульсивных расстройств

1. Навязчивые идеи мизофобии (загрязнения).

Относят страх:

- Загрязнения (землей, пылью, мочой, калом и др. нечистотами).
- Фобии проникновения в организм вредных и ядовитых веществ (асбест, токсические отходы), мелких предметов (осколки стекла, иглы), микроорганизмов.
- Страдают в основном женщины.
- Навязчивое мытье рук встречается у половины всех обсессивных больных.

- Дифф. Ds с т.н. «синдромом домохозяйки», который сопровождается снижением либидо, нарастающими астеноипохондрическими расстройствами, неудовлетворенностью своей изоляцией в доме, обедняющей эмоциональную жизнь.
- Чрезмерное навязчивое поведение чистоты и порядка в доме скрывается за внешними рациональными доводами поддержания гигиены и уюта и не сопровождается ритуальным мытьем рук.

2). **Навязчивые сомнения**

- ❖ Сопровождаются многократной компульсивной проверкой (выключен газ, свет).
- ❖ Относится также навязчивый счет, повторения, повышенная тщательность, педантичность, стремление добиться в чем-либо полноты, совершенства, симметричности, накопительство ненужных вещей, не выбрасываемых, опасения, что они когда-нибудь все же понадобятся.
- ❖ Больные этих 2 групп составляют 75% от всех больных навязчивостями.

3). Навязчивые мысли и представления, непроизвольно возникающие в виде зрительных образов представления о каком-то агрессивном или сексуальном акте по отношению к близким, на которые пациенты крайне болезненно реагируют.

4). **Навязчивая медлительность.**

- При навязчивой медлительности обсессивные и компульсивные компоненты являются препятствием любой повседневной деятельности больного.
- Растягивание на часы одевание, прием пищи, бритье.
- Преобладают мужчины.
- Уровень тревоги, несмотря на интенсивность симптоматики, невысокий.
- Симптомы основных групп могут перекрывать друг друга, трансформироваться друг в друга.

5). Особые группы обсессивно-компульсивных расстройств:

- Исполнительский невроз (фобия сцены, ораторской трибуны)
- Воскресный невроз (тревожно-депрессивные состояния, сопровождающие определенные дни, в которые нет необходимости погружения в рутинную работу).
- «Невроз годовщины» - тягостные воспоминания о прошлых событиях или тревожные опасения за будущее в день рождения.

- Навязчивые состояния отличаются от сверхценных и бредовых идей тем, что больной с критикой относится к своим навязчивостям, расценивая их как нечто чуждое его личности.
- Больной всегда пытается бороться со своими obsessions, в отличие от компульсивных явлений.
- В отличие от бреда носят непостоянный характер, часто возникая эпизодически, как бы приступами.

F44. Диссоциативные (конверсионные) расстройства раньше рассматривались как истерический невроз.

- Термин «истерия» употреблялся еще в Древней Греции.
- Приходу истерии в то время связывали с сексуальными нарушениями.
- В соответствии с концепцией Z. Freud в патогенезе истерии основная роль принадлежит 2 факторам: 1. сексуальный комплекс, который сформировался в прегенитальной фаза сексуального развития и 2. психическим травмам периода раннего детства, которые подверглись вытеснению в бессознательное.

К истерическим расстройствам **диссоциативного типа** относятся:

- амнезии,
- фуги,
- ступор,
- сумеречные состояния сознания.

В клинике **конверсионной** истерии выделяются три категории симптомов:

- двигательные;
- сенсорные;
- расстройства вегетативных функций.

F45.0 Соматизированное расстройство

Критерии:

- 1). В течение не менее двух лет стойкие жалобы на множественные и меняющиеся соматические симптомы в отсутствии соматических заболеваний;**
- 2). Многократные (> 3 раз) консультации у специалистов;**
- 3). Отказ принять медицинское заключение об отсутствии соматического заболевания;**

4) Наличие не менее 6 симптомов из различных групп:

- **ЖК симптомы:** боли в области живота, чувство тяжести; переполнения, вздутия; рвота, тошнота; регургитация.
- **Сердечно-сосудистая система:** одышка без нагрузки; боли в грудной клетке.
- **Мочеиспускательные sm:** дизурия; учащенное мочеиспускание; нарушение menses; понижение полового влечения.
- **Кожные и болевые sm:** жжение; покалывание; онемение; изменение цвета кожи; боли в конечностях и суставах.

F 45.2 Ипохондрическое расстройство.

- **Ипохондрия** – стойкая убежденность больного в наличии у него какого-либо соматического заболевания с характерной интерпретацией неприятных телесных ощущений.
- Ипохондрическое расстройство характеризуется постоянной озабоченностью развития одного или нескольких серьезных хронических заболеваний.
- В общесоматической практике больные составляют 3-14 % всех пациентов.

- **Критерии:**
- **1. Сохраняющееся не менее 6 месяцев убеждение в наличии одного или более тяжелых соматических заболеваний;**
- **2. Постоянное неверие различным докторам.**
- **Преобладающие симптомы:**
 - - **тревожные;**
 - - **депрессивные.**
- **2/3 больных страдает ипохондрией хронически. Заболевание имеет волнообразный характер с периодами обострений послаблений.**
- **Больные фиксированы на своих переживаниях, испытывают жалость к себе, тиранически относятся к близким, требуя особого ухода и постоянного внимания.**

- Термин «ипохондриа» - греко-латинского происхождения – так называется область под хрящевыми (ложными) ребрами.
- Древнеримский врач Гален, давший болезни это название, связывал страдание с расстройствами в указанной области предреберья.

Личностный преморбид больных:

- инфантилизм,
- ригидность психики;
- тяжеловесность;
- исполнительность;
- отсутствие чувства юмора;
- ограниченность интересов;
- важное значение имеет наличие астенического фона.

- Внимание сосредоточено на одном – двух органах или системах.
- Название заболевания может меняться от консультации к консультации.
- В отличие от больных с соматизированным расстройством больные с ипохондрическим расстройством не только тягостятся симптоматическим дискомфортом, но и испытывают страх наличия у них какого-то еще не найденного серьезного, угрожающего жизни заболевания.
- Симптомы имеют широкую локализацию, чаще касаются желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы.

- Характерным является монотонное, эмоционально бедное, невыразительное предъявление жалоб, подкрепляемое обширной медицинской документацией, скопившейся за время предшествовавших обследований.
- Легко адаптируются при попытках их разубеждения.
- Свои жалобы описывают с детализацией, многословны, ригидны, стереотипны.

- **Ипохондрические расстройства** являются частью соматоформных, т.е. таких, при которых психическая патология выражается в жалобах и симптомах.
- Несмотря на то, что ипохондрия – один их наиболее психопатологических феноменов, вопросы нозологической оценки и выбора адекватных лечебных мер разработаны недостаточно.
- Это объясняется значительными трудностями как в квалификации основных синдромов, определении невротического, сверхценного или психотического уровня соответствующих расстройств.

- При ипохондрии речь идет не просто о тревожной мнительности как таковой, а о соответствующей психической, интеллектуализированной переработке тех или иных болезненных ощущений со стороны соматической сферы.
- Периодически дело заканчивается конструированием концепции определенного заболевания с последующей борьбой за его признание и лечение.

F48 Неврастения

- Заболевание описано в 1869 году американским врачом Beard у мужчин, выполнявших на конвейерах однообразные операции по сборке определенных деталей в течение 10-12 часов в сутки.
- Автор сделал 2 ложных вывода: что это болезнь сугубо американская («болезнь американского образа жизни»), и что она поражает только мужчин.
- Тем не менее эти выводы были адекватны в момент описания неврастения, потому что наибольшая интенсивность организации труда в это время была в США и на ленточных линиях работали только мужчины.

- **В последующем многочисленными исследователями в том числе отечественными было показано, что этот вид невроза встречается во всех странах и им страдают, хотя и реже женщины.**
- **Тем не менее в настоящее время все-таки считается, что неврастения поражает преимущественно мужчин в возрасте 20-40 лет в условиях: 1) истощающих умственных и физических нагрузок, 2) длительного переутомления, 3) личных переживаний и других хронических конфликтов, из которых больной не может найти адекватный выход.**

Ведущие синдромы и симптомы:

1) Астенический синдром.

Больные обычно жалуются на общее плохое самочувствие, упадок физических сил, отсутствие бодрости, разбитость, слабость, непереносимость обычных для них физических и психических нагрузок, выраженное снижение работоспособности. Отмечаются также явления раздражительной слабости, быстрая и бурная эмоциональная реакция на тот или иной раздражитель в условиях психотравмирующей ситуации, но в то же время и наступающая за ней резкая слабость.

2) один из постоянных симптомов неврастении – головные боли.

- Изменчивы и многообразны (с давлением, жжением, покалывание в различных частях головы, ощущение «несвежей головы», «боль пульсирует, бьет в виски»);**
- имеют тенденцию к усилению при умеренной нагрузке или изменении барометрического давления.**
- усиливаются при волнении, неприятных переживаниях, при необходимости принять важное решение в конкретной ситуации.**

3). жалобы на невозможность запоминания и крайне плохую память, забывчивость. по существу это не нарушения собственно памяти, а снижение запоминания за счет недостатка активного внимания, рассеянности, невозможности сконцентрировать внимание.

4). Характерны: лабильность эмоций, эмоциональная гиперстезия (легко плачут, не могут без слез смотреть сентиментальные фильмы или слушать классическую музыку, обидчивы, расстраиваются из-за пустяков).

- 5). Настроение пониженное, иногда с примесью тревоги или страха, но всегда безрадостное.
- 6). Характерны вегетативные нарушения: лабильность пульса, колебания артериального давления со склонностью к гипотонии, гипергидроз, одышка, несвязанная с недостаточностью кровообращения, гастралгии, запоры или, наоборот, поносы, или же чередование запоров с поносами. Вегетативные нарушения обычно усиливаются при эмоциональном нарушении и воздействии дополнительных стрессоров. При улучшении же общего состояния больных и ослаблении невротических проявлений вегетативная симптоматика быстро исчезает.

7). **Нарушение цикла «сон-бодрствование»** (сонливость днем, бессонница, тревожный или поверхностный сон ночью).

8). Частым симптомом является снижение либидо или потенции у мужчин. В группе больных с психогенной импотенцией львиную долю составляют больные неврастенией. Наблюдаются расстройства терморегуляции (в длительный субфебрилитет) и нарушения эндокринной системы (дисменорея).

Классически выделяют гиперстеническую (раздражительную) и гипостеническую (депрессивную) неврастению.

- Для гиперстенической формы характерны повышенная раздражительность, гиперчувствительность к внешним раздражителям, склонность к аффективным реакциям, нарушение концентрации внимания, поверхностный сон, интенсивность головной боли.
- Для гипостенической формы более характерны снижение работоспособности, хроническая усталость, вялость, сонливость днем, снижение интересов и мотиваций, быстрая истощаемость при любой физической или психической деятельности.
- Разделение неврастении на гиперстеническую и гипостеническую форму условны, ибо не редко у одного и того же больного присутствуют симптомы как одной, так и другой формы.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ

- ◆ **анксиолитики**
- ◆ **соматотропные нейролептики**
- ◆ **бета-адреноблокаторы – обзидан, тразикор, пропранолол – назначаются малые дробные дозы в течение суток.**
- ◆ **антидепрессанты**
- ◆ **Нормотимики**
- ◆ **ноотропы**

■ *Спасибо за внимание !*