

Б. В. Михайлов
**ПСИХОГЕННО ОБУСЛОВЛЕННЫЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ
 В УСЛОВИЯХ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ**

Б. В. Михайлов
Психогенно обумовлені порушення психічної сфери в умовах надзвичайних станів

B. V. Mykhaylov
The mental disturbances of extreme situation origin

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

Ключевые слова: реакция на стресс, невротические состояния, психотические состояния, психотерапия, фармакотерапия, экстренная медико-психологическая помощь

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

Ключові слова: реакція на стрес, невротичні стани, психотичні стани, психотерапія, фармакотерапія, екстрена медико-психологічна допомога

The contemporary data about psychogenic mental disorders that performed in process and after outstanding situations was observed. There consist 4 groups — non-pathological (physiological) reactions, pathological reactions, neurotic condition, psychotic condition. On the latest period on the victims the posttraumatic stress disorders, or chronic personality disorders after catastrophic events were performed. The contemporary data about psychotherapy and pharmacotherapy were observed.

Keywords: stress disorder, neurotic condition, psychotic condition, psychotherapy, pharmacotherapy, urgent medical-psychological care

В настоящее время в Украине имеются значительные контингенты, которые нуждаются в экстренной медико-психологической помощи. К ним относятся участники военных действий в зоне антитеррористической операции (АТО) и пострадавшие среди мирного населения, временно перемещенные лица.

Психогенные расстройства у них занимают особое место в связи с тем, что одновременно возникают у большого количества людей, т. е. в чрезвычайной ситуации.

Чрезвычайная ситуация (ЧС) — обстановка на определенной территории (акватории, объекте), сложившаяся в результате определенных событий (социального волнения, в т. ч. военных действий, естественной или техногенной катастрофы, другого бедствия), которые могут вызвать или вызвали человеческие жертвы, ущерб здоровью людей или окружающей природной среде, значительный материальный ущерб и нарушение условий жизнедеятельности людей [1].

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

Психогенные расстройства, которые наблюдаются во время и непосредственно после ЧС, можно объединить в 4 группы — непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. В отдаленном периоде у пострадавших вследствие ЧС развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы [2, 4, 5].

1. Непатологические (физиологические) реакции

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

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

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

Непосредственно после острого стрессового воздействия возникают растерянность, непонимание того, что происходит, наблюдается умеренное повышение активности, ускорение темпа речи. Наблюдаются парциальные мнестические нарушения, характерным является субъективное изменение течения времени. При попытке оказать помощь пострадавшие пассивно подчиняются или становятся негативистичными. Эти проявления сопровождаются соматовегетативной симптоматикой.

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

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

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

Диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44) — наиболее частое расстройство вследствие острой психогении. В клинической картине выделяют три главных симптомокомплекса: двигательные, сенсорные и вегетативные нарушения. Гиперкинезы довольно разнообразны: грубый ритмический тремор головы и конечностей, тики, хореоформные подергивания, блефароспазм, глоссолабильный спазм и др. Акинезии наблюдаются по типу моно-, пара-, редко — гемипареза и пlegии. Классическими являются астазия-абазия. При этом тонус мышц, сила и объем движений в конечностях сохраняются в положении лежа. Относительно редко наблюдаются потеря голоса — афония, паралич языка, мышц шеи, конечностей, истерические контрактуры, судорожные приступы.

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

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

Обсессивно-компульсивное расстройство (F42) формируется менее часто и несколько позже по времени. Характеризуется явлениями навязчивости. Навязчивые мысли, сомнения, воспоминания, страхи и представления иногда переходят в навязчивые действия, т. е. такие, которые осуществляются против желания или при полном осознании их бессмысленности, несмотря на все приложенные усилия, чтобы удержаться от них.

Расстройства адаптации (F43.2) формируются, когда психогенный фактор носит подострый, но пролонгированный характер. В клинической структуре преобладает депрессивный синдром на астеническом фоне. Депрессия не имеет витального характера. Тоска — неглубокая, слабо выражены соматовегетативные проявления. Суточная динамика — обратная по сравнению с эндогенной депрессией (состояние ухудшается в вечерние часы).

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

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

Гиперкинетическая форма (реактивное, психогенное возбуждение): диссоциативная fuga (F44.1) — внезапное хаотическое, бессмысленное двигательное беспокойство. Это поведение возникает на фоне психогенного

сумеречного расстройства сознания с нарушением ориентировки в окружающем и последующей амнезией.

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

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

В случае, когда депрессия имеет ощутимую положительную динамику, эти состояния нужно определять по МКБ-10 как F43.2 (расстройства адаптации), если же динамика имеет прогрессирующий характер, она приобретает признаки так называемой эндореактивной депрессии [8] и должна рубрицироваться как F33 (рекуррентное депрессивное расстройство).

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

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

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

Психогенный ступор — диссоциативный ступор (F44.2), которому может предшествовать одно из описанных выше реактивных состояний, выражается в полной обездвиженности больных и мутизме. На лице больных — обычно выражение страха, они отказываются

от пищи, бывают неопрятными. Наблюдаются тахикардия, повышенная потливость. Эта форма реактивного состояния может иметь тенденцию к затяжному течению.

Особенностью всех диссоциативно-конверсионных реакций является их способность переходить из одной формы в другую [3, 7].

Отсроченные во времени расстройства психики и поведения невротически-личностного регистра. *Посттравматические стрессовые расстройства (F43.1)* — отсроченные и затяжные реакции на стрессовое событие исключительно угрожающего или катастрофического характера, после латентного периода от нескольких недель до нескольких месяцев. Типичные признаки включают эпизоды повторного переживания травмы в виде флешбеков, снов или кошмаров, которые возникают на фоне хронического чувства «отчуждения» и эмоциональной притупленности, отчуждения от других людей, отсутствия реакции на окружающее, ангедонии, избегания ситуаций, которые напоминают о травме [4].

Хроническое изменение личности после переживания катастрофы (F62.0) — стойкие изменения психики и поведения, которые возникают вследствие стресса, катастрофы и наблюдаются на протяжении более 2 лет с момента события. Характеризуются наличием ригидных и дезадаптирующих признаков, которые приводят к нарушениям в межличностном, социальном и профессиональном функционировании: враждебное или недоверчивое отношение к миру; социальная отчужденность; ощущение опустошенности и безнадежности; хроническое чувство постоянной угрозы, существование «на грани» [4—6].

Экстренная медико-психологическая помощь при чрезвычайных ситуациях

Прежде всего необходимо устранить пребывание пациента в психотравмирующей ситуации. Главными принципами предоставления помощи пострадавшим, которые перенесли психологическую травму в результате воздействия ЧС, являются: неотложность, близость к месту событий, ожидание, что нормальное состояние восстановится, единство и простота психологического воздействия.

В целом служба экстренной медико-психологической помощи выполняет следующие базовые функции: практическую — предоставление быстрой медико-психологической и (по необходимости) первой медицинской помощи населению; координационную — обеспечение связей и взаимодействия со специализированными медико-психологическими и психиатрическими службами [1, 5].

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

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

Технические приемы: 1) помощь пациенту в изложении своих переживаний; 2) помощь пациенту дистанцироваться от события, чтобы понять, что произошло; 3) преодолеть текущую алекситимию; 4) вернуть пациента к его прежнему уровню функционирования.

Варианты проведения кризисного вмешательства в экстремальных ситуациях, связанных с угрозой для жизни

Ситуационные реакции невротического уровня:

1. Помогите пострадавшему высказать чувства, связанные с пережитым событием.

2. Покажите пострадавшему, что даже в связи с ужасным событием можно сделать выводы, полезные для дальнейшей жизни (пусть человек сам подумает над тем опытом, который он приобрел в ходе жизненных испытаний).

3. Дайте пострадавшему возможность общаться с людьми, которые с ним пережили трагическую ситуацию (обмен номерами телефонов участников события, и т. п.).

4. Не разрешайте пострадавшему играть роль «жертвы», т. е. использовать трагическое событие для получения выгоды («Я не могу ничего делать, ведь я пережил такие страшные минуты»).

Ситуационные реакции психотического уровня:

1. Вызовите бригаду скорой психиатрической помощи.

2. До прибытия специалистов следите за тем, чтобы пострадавший не навредил себе и окружающим. Уберите от него предметы, представляющие потенциальную опасность.

3. Изолируйте пострадавшего и не оставляйте его одного.

4. Говорите с пострадавшим спокойным голосом. Соглашайтесь с ним, не старайтесь его переубедить. Помните, что в такой ситуации убедить потерпевшего невозможно.

Медико-психологическое сопровождение

Целью медико-психологического сопровождения всех пострадавших является купирование нарушений психики и поведения, профилактика (вторичная и третичная) психической дезадаптации, прогрессивного течения психических нарушений. Для этого используют психокоррекцию, суггестивную, когнитивно-поведенческую и некоторые другие виды психотерапии. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить в нем чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачей психотерапевтической помощи является поддержка пациента, переработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть пострадавшему чувство компетентности за счет воспоминаний о преодоленных трудных ситуациях и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт. При этом специалисту нужно отслеживать возможные суицидальные тенденции и аффективные реакции, разряжать агрессию, переводя ее на себя.

При невротических состояниях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях продолжающейся психогении. Наиболее эффективным психотерапевтическим методом в этих случаях является когнитивная психотерапия [2, 3, 7, 9].

Психофармакотерапія расстройств психики і поведінки

Психофармакотерапія расстройств невротического уровня

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

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

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

Препаратами первого выбора для этой категории являются антидепрессанты.

Трициклические антидепрессанты (ТЦА): Амитриптилин — от 25 до 200 мг в сутки (максимальная доза — 400 мг) можно применять как длинными, так и короткими курсами, Тианептин — от 12,5 до 37,5 мг в сутки (максимальная доза — 50 мг).

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

Тетрациклические антидепрессанты: Миртазапин (пресинаптический α_2 -антагонист, улучшающий норадренергическую и серотонинергическую передачу) — доза от 15 до 30 мг в сутки (максимальная доза до 45 мг в сутки).

При выраженных компонентах тревоги более эффективным может быть применение антидепрессантов двойного действия — ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина (ИОЗСиН): Венлафаксин — 75—225 мг в сутки, Милнаципран (Иксел) — 25—200 мг в сутки, Тразодон (Триттико) — 50—600 мг в сутки.

Значительный положительный эффект, особенно при наличии в клинической структуре инсомний, показал антидепрессант новой группы мелатонинергического ряда — Мелитор — от 25 до 50 мг в сутки (максимальная доза — 50 мг).

При затяжном течении возможно применение нормотимиков: Карбамазепин — от 200 до 400 мг в сутки (максимальная доза — 1000 мг); Вальпроат натрия — от 300 до 600 мг в сутки (максимальная доза — 1400 мг); Прегабалин (Лирика) — от 150 до 600 мг в сутки (максимальная доза — 600 мг).

Транквилизаторы бензодиазепинового ряда можно применять однократно или короткими курсами 7—14 дней: Диазепам — от 5 до 40 мг в сутки (максимальная доза — 60 мг); Клоназепин — от 2 до 8 мг в сутки (максимальная доза — 16 мг); Гидазепам — от 10 до 40 мг в сутки (максимальная доза — 60 мг); Оксазепам — от 10 до 60 мг в сутки (максимальная доза — 90 мг); Феназепам — от 0,5 до 3,0 мг в сутки (максимальная доза — 6,0 мг).

Препаратом выбора при пароксизмах с алгическим и выраженным тревожным компонентом является Прегабалин (Лирика) — от 75 до 300 мг в сутки.

При тревожно-фобических расстройствах хороший эффект оказывает небензодиазепиновый анксиолитик Афобазол от 10 до 30 мг в сутки и бензодиазепиновый — Гидазепам от 50 до 500 мг.

Если эффект лечения транквилизаторами оказывается недостаточным, возможно их совместное применение с корректорами поведения: Тиоридазин — от 30 до 75 мг в сутки (максимальная доза — 800 мг). При наиболее выраженных соматовегетативных и соматосенсорных компонентах как пароксизмального, так, особенно, перманентного характера показано применение атипичных нейролептиков — Сульпирид — от 100 до 300 мг в сутки (максимальная доза — 800 мг).

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

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

Психофармакотерапія расстройств психотического уровня

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

В лечении реактивных депрессий главное место принадлежит тимолептикам, по необходимости в сочетании с атипичными антипсихотическими средствами и транквилизаторами. При мономорфных депрессиях с преобладанием моторной и идеаторной заторможенности показаны СИОЗС и ТЦА, а при полиморфных депрессиях, в клинической картине которых есть психопатоподобные расстройства, — ТЦА или ИОЗСиН.

Список литературы

1. Екстрена медико-психологічна допомога особам з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (метод. рекомендації) / Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвів І. М. — Х., 2014. — 16 с.
2. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки психогенного походження (метод.

рекомендації) / Михайлов Б. В., Зінченко О. М., Федак Б. С., Сарвір І. М. — Х., 2014. — 28 с.

3. Михайлов Б. В. Психодинамическая психотерапия : клиническое руководство с основами современных направлений психотерапии / Б. В. Михайлов, М. П. Боро, Р. Краузе ; под ред. проф. Б. В. Михайлова, проф. М. П. Боро. — Донецк : Каштан, 2009. — С. 395—422.

4. Посттравматичні стресові розлади : навч. посібник / [Михайлов Б. В., Чугунов В. В., Казакова С. Є. та ін.] ; за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Х.: Око, 2013. — 224 с.

5. Програма медико-психологічної реабілітації (для постраждалого населення, осіб, які залучалися до виконання аварійно-рятувальних робіт при виникненні надзвичайних ситуацій техногенного або природного характеру, і рятувальників) : метод. рекомендації. — К. : МОЗ України, 2010. — 31 с.

6. Психоневрологические расстройства у лиц, пострадавших вследствие аварии на Чернобыльской АЭС: клин. пособие / [сост. Михайлов Б. В., Мищенко Т. С. Волошина Н. П., Здесенко И. В. и др.]. — Харьков : Око, 2006. — 40 с.

7. Психотерапия : учебник для врачей-интернов высших медицинских учебных заведений III—IV уровней аккредитации /

[Б. В. Михайлов, С. И. Табачников, И. С. Витенко, В. В. Чугунов]. — Харьков : Око, 2002. — 768 с.

8. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине. / А. Б. Смулевич. — М.: Мед. информац. агентство, 2002. — 252 с.

9. Behavioral therapy versus addiction counseling for co-occurring substance use and posttraumatic stress disorders / McGovern M. P., Lambert-Harris C., Alterman A. I. [et al.] // Journal of Dual Diagnosis. — 2011. — № 7. — P. 207—227.

Надійшла до редакції 15.01.2015 р.

МИХАЙЛОВ Борис Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, г. Харьков; e-mail: prof_myuchaylov@mail.ru

MYKHAYLOV Boris, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of psychotherapy of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: prof_myuchaylov@mail.ru