

Schatzberg's
MANUAL OF
Clinical
Psychopharmacology

NINTH EDITION

Alan F. Schatzberg, M.D.

Kenneth T. Norris, Jr., Professor
Director, Stanford Mood Disorders Center
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Charles DeBattista, D.M.H., M.D.

Professor of Psychiatry and Behavioral Sciences
Co-Director, Depression Research Clinic and Research Program
Director, Medical Student Education in Psychiatry
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences
Stanford University School of Medicine, Stanford, California

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION

PUBLISHING



**Алан Ф. Шацберг
Чарлз ДеБаттиста**

**Руководство
по клинической
психофармакологии
Шацберга**

Перевод с английского

*Под общей редакцией
академика РАН **А.Б.Смулевича**,
проф. **С.В.Иванова***

Пятое издание



Москва
«МЕДпресс-информ»
2022

УДК 615.03:616.89

ББК 52.81:88.4

Ш32

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by MEDpress Inform Publishers. (Согласие на использование какого-либо материала в переводной работе должно быть получено в письменной форме от издательства «МЕДпресс-информ».)

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Russian language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication. (Американская психиатрическая ассоциация не принимала никакого участия в переводе с английского языка на русский и не несет ответственности за возможные ошибки, пропуски и другие подобные недочеты в данном издании.)

Перевод с английского: М. Гантман, В. Ю. Халатов.

Шацберг, Алан Ф.

Ш32

Руководство по клинической психофармакологии Шацберга / Алан Ф. Шацберг, Чарлз ДеБаттиста ; пер. с англ. ; под общ. ред. акад. РАН А.Б.Смулевича, проф. С.В.Иванова. — 5-е изд. — М. : МЕДпресс-информ, 2022. — 672 с. : ил.

ISBN 978-5-907504-23-3

В руководстве приводятся подробные сведения о применении лекарственных средств в психиатрии. Информация о фармакологических свойствах, показаниях к применению, дозировках, побочных эффектах и лекарственных взаимодействиях психотропных препаратов сгруппирована по фармакологическим классам. В отдельных главах представлены психофармакотерапевтические стратегии при urgentных состояниях в психиатрии, особенности лекарственной терапии психических заболеваний у детей и пожилых, при беременности, лечение психосоматических расстройств и состояний, вызванных применением психоактивных веществ. Книга предназначена для врачей-психиатров.

УДК 615.03:616.89

ББК 52.81:88.4

ISBN 978-1-61537-230-0

First Published in the United States by the American Psychiatric Association, Washington DC, USA. Copyright © 2019. All rights reserved.

First Published in Russia, by MEDpress Inform Publishers in Russian. MEDpress Inform Publishers is the exclusive publisher of Schatzberg's Manual of Clinical Psychopharmacology, Ninth Edition, (Copyright © 2019) authored by Alan F.Schatzberg, MD & Charles DeBattista, DMH, MD in Russian for distribution Worldwide

ISBN 978-5-907504-23-3

© Издание на русском языке, перевод на русский язык, оформление, оригинал-макет. Издательство «МЕДпресс-информ», 2020

Оглавление

Конфликт интересов	13
От издательства	14
От автора	14
Предисловие	15
Список сокращений	17
1 Общие принципы психофармакотерапии	19
Общие советы	21
Практические рекомендации	21
Юридические, этические и экономические вопросы	22
Уровень технологического развития и психофармакология	30
Литература	31
2 Диагностика и классификация	33
Общая структура DSM-5	35
Расстройства психического развития	36
Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния	37
Аффективные расстройства	38
Биполярные и связанные с ними расстройства	39
Депрессивные расстройства	41
Тревожные расстройства	44
Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства	47
Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессами	49
Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им расстройства	50
Расстройства личности	51
Расстройства, связанные с употреблением психоактивных веществ	52
Расстройства питания и приема пищи	53
Одобрение FDA стратегий по устранению симптомов	54
DSM-5 и генетика	54
Заключение	55
Литература	55

3 Антидепрессанты	59
История	62
Общие принципы применения антидепрессантов	64
Выбор антидепрессанта	64
Дозы и способы введения	69
Продолжительность лечения	69
Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина	71
Фармакологические эффекты	74
Показания	75
Побочные эффекты	80
Передозировка	86
Лекарственные взаимодействия	87
Дозы и способы введения	89
Отмена	92
Ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина (венлафаксин, десвенлафаксин, дулоксетин, левомилнаципран и милнаципран)	94
Фармакологические эффекты	96
Показания	96
Побочные эффекты	100
Передозировка	101
Лекарственные взаимодействия	102
Дозы и способы введения	103
Отмена	105
Антагонисты 5-НТ ₂ -рецепторов (тразодон и нефазодон)	105
Фармакологические эффекты	106
Показания	107
Побочные эффекты	108
Передозировка	111
Лекарственные взаимодействия	111
Дозы и способы введения	112
Отмена	113
Комбинированные норадренергические-дофаминергические антидепрессанты (бупропион)	113
Фармакологические эффекты	114
Показания	114
Побочные эффекты	116
Передозировка	117
Лекарственные взаимодействия	117
Дозы и способы введения	118
Миртазапин	118
Фармакологические эффекты	118
Показания	119
Побочные эффекты	121
Передозировка	123

Лекарственные взаимодействия	123
Дозы и способы введения	123
Вилазодон	123
Вортиоксетин	125
Трициклические и тетрациклические антидепрессанты	127
Химическая структура	127
Фармакологические эффекты	127
Показания	132
Концентрация препарата в крови	134
Побочные эффекты	137
Передозировка	140
Дозы и способы введения	140
Отмена	142
Ингибиторы моноаминоксидазы	142
Фармакологические эффекты	142
Показания	144
Побочные эффекты	145
Передозировка	148
Лекарственные взаимодействия	148
Дозы и способы введения	150
Отмена	151
Селективные и обратимые ингибиторы моноаминоксидазы	151
Антидепрессанты: новые препараты и препараты	
на стадии разработки	155
Кетамин и эскетамин	155
Аллопрегнанолон	159
Бупренорфин и опиаты	160
Другие антидепрессанты: новые препараты и препараты будущего	162
Литература	165
4 Антипсихотики	183
Общие принципы применения антипсихотиков	186
Препараты	186
Эффективность	194
Купирующая антипсихотическая терапия	197
Раннее лечение при первом эпизоде психоза	200
Лечение в стационаре	201
Поддерживающая фармакотерапия	204
Применение при других психических расстройствах	208
Антипсихотики второго поколения (атипичные)	216
Клозапин	216
Рisperидон	224
Палиперидон	227
Илоперидон	228
Оланзапин	230
Кветиапин	234

8 Оглавление

Зипрасидон	236
Арипипразол	238
Брексипразол	241
Луразидон	242
Азенапин	244
Карипразин	246
Пимавансерин	248
Антипсихотики первого поколения (типичные)	249
Побочные эффекты	251
Инъекционные антипсихотические препараты продолжительного действия	267
Вспомогательная терапия негативных и когнитивных симптомов	270
Альтернативы терапии антипсихотиками	273
Антипсихотики: новейшие препараты и препараты, находящиеся на стадии разработки	275
Литература	277
5 Нормотимики	293
Общие принципы лечения	295
Острая мания	295
Острая депрессия при биполярном расстройстве	298
Поддерживающая терапия	300
Биполярное расстройство с быстрой цикличностью	302
Смешанные состояния	303
Соли лития	305
История и показания	305
Фармакологические эффекты	306
Показания	308
Побочные эффекты	313
Препараты лития	320
Дозы и способы введения	321
Применение при беременности	323
Антиконвульсанты	324
Вальпроат	326
Карбамазепин	337
Ламотриджин	343
Другие антиконвульсанты	348
Антипсихотики	360
Бензодиазепины	362
Блокаторы кальциевых каналов	363
Омега-3-жирные кислоты	364
Литература	366
6 Противотревожные препараты	381
Бензодиазепины	384
Показания	384

Фармакологические эффекты	386
Деление на подклассы	387
Дозы и способы введения	393
Отмена	397
Побочные эффекты	399
Передозировка	400
Антидепрессанты	400
Агорафобия и панические атаки	401
Генерализованное тревожное расстройство	402
Социальное тревожное расстройство	402
Посттравматическое стрессовое расстройство	404
Обсессивно-компульсивное расстройство	408
Антиконвульсанты	411
Антипсихотики	413
Норадренергические препараты	414
Показания	414
Дозы и способы введения	416
Побочные эффекты	417
Антигистаминные препараты	417
Буспирон	418
Новые анксиолитики	420
Литература	422
7 Снотворные	429
Инсомния	429
Методы поведенческой терапии	435
Фармакологические подходы	436
Бензодиазепиновые снотворные	438
Небензодиазепиновые снотворные	443
Агонисты мелатониновых рецепторов: рамелтеон и тасимелтеон	445
Седативные антигистаминные и другие небензодиазепиновые психотропные препараты со снотворными свойствами	447
Другие снотворные	449
Двойные антагонисты орексиновых рецепторов	451
Общие выводы	452
Литература	454
8 Психостимуляторы и другие быстродействующие препараты	459
Злоупотребление амфетаминами	465
Применение психостимуляторов	466
Синдром дефицита внимания с гиперактивностью	466
Депрессия	469
Синдром приобретенного иммунодефицита	473
Компульсивное переедание	474
Другие соматические состояния	474

Сочетания препаратов	474
Психоз	475
Психостимуляторы: употребление или злоупотребление	476
Атомoksetин	477
Гуанфацин	477
Другие быстродействующие препараты	479
Литература	481
9 Стратегии усиления терапии при резистентных состояниях	485
Стратегии усиления терапии при депрессии	487
Сочетание солей лития с антидепрессантами	487
Сочетание тиреоидных добавок с антидепрессантами	489
Сочетание с антидепрессантами эстрогенов, дегидроэпиандростерона и тестостерона	492
Сочетание агонистов дофамина с антидепрессантами	494
Сочетание предшественников моноаминов с антидепрессантами	496
Сочетания бупропиона и миртазапина с другими антидепрессантами	496
Другие схемы аугментационной терапии антидепрессантами	498
Сочетание антипсихотиков с антидепрессантами	502
Новые препараты, используемые для аугментации терапии	504
Стратегии усиления терапии при биполярном аффективном расстройстве	505
Сочетание двух и более нормотимиков	505
Сочетание нормотимиков с антипсихотиками	507
Сочетание нормотимиков с антидепрессантами	509
Стабилизаторы настроения и тиреоидные гормоны	510
Нормотимики и омега-3-жирные кислоты	511
Стратегии усиления терапии при шизофрении	512
Сочетание двух антипсихотиков	512
Сочетание антидепрессантов с антипсихотиками	514
Сочетание нормотимиков с антипсихотиками	516
Другие стратегии усиления терапии	517
Литература	520
10 Терапия в отделениях неотложной помощи	533
Возбуждение и агрессивное поведение	534
Депрессия и суицидальное поведение	538
Острые психотические реакции	544
Смешанные психотические реакции	544
Шизофренические, шизофреноформные и маниакальные психозы	545
Делирий	547
Выраженная тревога	548
Ступор и кататония	549
Направление в отделение неотложной помощи	550
Литература	551

11 Фармакотерапия расстройств, связанных с приемом психоактивных веществ	555
Тесты на содержание психоактивных веществ в организме	557
Психостимуляторы	558
Опиаты	560
Детоксикация	560
Поддерживающая терапия	562
Седативные и снотворные препараты	566
Детоксикация	566
Бензодиазепины	567
Алкоголь	569
Детоксикация	569
Поддерживающая терапия	572
Никотин	576
Каннабис	577
Галлюциногены	578
Фенциклидин	578
Литература	579
12 Фармакотерапия в особых ситуациях	585
Беременность	585
Педиатрическая психофармакология	595
Психостимуляторы	595
Антипсихотики	599
Антидепрессанты	602
Нормотимики	607
Противотревожные препараты	609
Гериатрическая психофармакология	609
Антидепрессанты	610
Снотворные и анксиолитики	612
Нормотимики	614
Антипсихотики	615
Препараты против деменции	617
Препараты против возбуждения	621
Умственная отсталость	624
Соматические заболевания	626
Психические расстройства, вызванные соматическими заболеваниями	626
Психические расстройства, связанные с непсихотропными препаратами	629
Психические расстройства, осложненные соматическими заболеваниями	630
Выводы	639
Литература	640

13 Фармакотерапия под контролем лабораторных анализов	655
Фармакогеномное тестирование	656
Нейрокогнитивное тестирование	661
Количественная электроэнцефалография	664
Нейровизуализация	666
Литература	667
Приложение: Рекомендуемая литература	669

Конфликт интересов

Charles DeBattista, D.M.H., M.D. – *Консультации в компаниях:* Alkermes, Corcept. *Получены гранты от компаний:* Abbott, Assurex, Avanir, Biolite, Compass, Janssen Pharmaceuticals.

Alan F. Schatzberg, M.D. – *Консультации в компаниях:* Alkermes, Avanir, Bracket, GLG, Jazz, McKinsey, Myriad Genetics, Neuronetics, Owl, Sage, Sunovion, Xhale. *Доля акций:* Corcept (соучредитель), Delpor, Epiodyne, Gilead, Incyte Genetics, Madrigal, Merck, Owl, Seattle Genetics, Titan, Xhale. *Исследования:* Janssen Pharmaceuticals. *Интеллектуальная собственность:* автор запатентованного изобретения по фармакогенетическому прогнозированию ответа на терапию антидепрессантами и антагонистами глюкокортикоидов при большом психотическом депрессивном расстройстве.

От издательства

Люди платят врачу за доставленное беспокойство, но остаются в долгу за его доброту.

Сенека (4 г. до н.э. – 65 г. н.э.)

Мы еще долго будем оставаться в долгу у Alan Schatzberg за многие годы, которые он посвятил клиническому изучению психотропных препаратов. Желая оплатить хотя бы малую толику этого долга, мы переименовали девятое издание написанного им руководства в его честь.

Квалифицированный уход за пациентами с психиатрическими заболеваниями требует знания новых препаратов, их взаимодействия, побочных эффектов и режимов дозирования. «Руководство по клинической психофармакологии Шацберга», на которое многие уже ссылаются, оказалось важным ресурсом для психиатров в последние три десятилетия. Книга предоставляет читателям практическую информацию для выбора и назначения психотропных препаратов, позволяет воспользоваться изложенным в ней клиническим опытом и источниками литературы.

Руководство снискало репутацию классического труда в области психофармакологии, и мы остаемся в долгу перед Alan за это и за его доброту.

Laura Weiss Roberts, M.D., главный редактор

John McDuffie, M.A., издатель

Издательство American Psychiatric Association Publishing

От автора

Для меня, право, большая честь – переименование этого руководства. Но эта книга не имела бы успеха без существенного вклада моего последнего наставника и соавтора Jonathan Cole, M.D., а также соавтора и бывшего подопечного Charles DeBattista, D.M.H., M.D.

Alan Schatzberg, M.D.

Предисловие

Это девятое издание «Руководства по клинической психофармакологии», первое издание которого было выпущено в 1986 г. Как и при написании первого издания, нашей целью было составить легкое для чтения современное руководство по психофармакологии. Судя по реакции читателей, мы достигли поставленной цели. Тем не менее возрастающее число лекарственных препаратов и расширение показаний вынуждают выпускать следующие издания руководства. В последних изданиях мы сократили или вовсе убрали разделы, в которых описывались препараты, утратившие былую популярность, что дало нам возможность представить информацию о целом ряде новых препаратов, одобренных Управлением по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных препаратов (FDA) для клинического применения (например, ингибиторах везикулярного транспорта моноаминов 2-го типа, применяемых для лечения поздней дискинезии, новых антипсихотиках пимавансерине и карипразине) или ознакомления в рамках программы последних месяцев обучения студентов (например, новых антидепрессантах, таких как брексанолон, эскетамин, бупренорфин/самидорфан). Кроме того, мы добавили главу по фармакогенетическому тестированию и другим коммерчески доступным тестам, призванным помочь клиницисту правильно выбрать препарат для лечения больного. Мы старались придерживаться коллегиальности и сохранить простоту изложения, характерную для всех предыдущих изданий данной книги. Поэтому мы по-прежнему приводим обобщающие таблицы с наиболее существенной справочной информацией о рассматриваемых классах психотропных препаратов.

В руководстве отражены последние данные о современных препаратах – эффективности, дозировании, побочных эффектах и т.д. Материал основан на доказательной базе в сочетании с нашим личным опытом. Этот опыт представлен как руководство для собственной практики читателя. Мы советуем читателям проверять рекомендации (особенно дозы) по другим источникам информации и руководствам, в первую очередь – по последнему изданию справочника *Physician's Desk Reference*.

Мы должны поблагодарить за создание этой книги множество людей. Наши семьи были терпеливы и с пониманием относились к необходимости посвящать время этому проекту. В 2009 г., когда было выпущено седьмое издание этой книги, не стало Jonathan Cole. Мы потеряли одного из пионеров

психофармакологии, специалиста с необыкновенным дарованием и высокими человеческими качествами.

Robert Chew внес множество издательских предложений, которые были крайне полезны. Благодарим сотрудников издательства American Psychiatric Association Publishing (APAP) – Erika Parker, Greg Kuny, Tammy Cordova и Judy Castagna – за поддержку, критические замечания, технические знания и опыт. Руководству APAP – Laura Roberts и John McDuffie – мы крайне признательны за непоколебимую уверенность в нас как авторах. Мы также благодарим наших коллег и учителей из Стэнфордского университета. Их пронизательность углубила наши познания. И наконец, мы благодарны множеству пациентов, которых лечили за последние десятилетия. Они научили нас многому в фармакотерапии.

Мы надеемся, что читатели найдут девятое издание руководства еще более информативным и полезным, чем первые восемь, и очень ждем ваших отзывов, так как не собираемся останавливаться на этом издании.

Alan F. Schatzberg, M.D.
Charles DeBattista, D.M.H., M.D.

Сентябрь 2018 г.

Общие принципы психотерапии

В течение двух десятилетий, начиная в основном с 1970-х годов, методы лечения в психиатрии претерпели значительные изменения. Смена преимущественно психоаналитической ориентации на более биологическую радикально изменила не только базовый подход к пациенту, но и профессиональную принадлежность психиатра. Психиатрам старшего поколения перемены 1980-х и 1990-х годов дались нелегко. Прежде всего, освоение огромного потока информации о биологических теориях, новых лабораторных анализах, компьютеризации, новых препаратах и новых показаниях для старых препаратов само по себе может быть большой нагрузкой, оставляя немного времени и сил для внедрения этой информации в практику. Более того, распространение биологической и психофармакологической информации происходит настолько быстро, что задача интегрировать биологические и психотерапевтические подходы становится еще более сложной. Тем не менее в настоящее время переход уже завершен, и за последние 20–30 лет появились психиатры, хорошо подготовленные в сфере психофармакологии.

Для многих ученых и врачей биологический и психофармакологический подход стал сутью психиатрии, тогда как в течение многих лет утверждалось, что препараты лишь слегка маскируют заболевания, лежащие в основе состояния, и не позволяют разрешиться конфликтам, препятствуют излечению и т.п. В процессе этого перехода большинство врачей выработали более сбалансированный и практический подход, сочетая элементы психотерапии и психофармакологии. Академическая психиатрия, которая, напротив, склонна к гипертрофированным и поляризованным подходам, отстает от клинической практики, хотя должна идти с ней в ногу. На самом деле интуитивно мы осознаем, что психиатрия как медицинская специальность включает

элементы психосоциальных, психобиологических и психофармакологических теорий, формирующих принципиально новую психиатрию, однако обучение в ординатуре не обеспечивает оптимальной подготовки врачей, потому что продолжается недостаточно долго и излишне опирается на критерии DSM.

Основная причина необходимости смешанного подхода заключается в том, что, хотя психотропные препараты оказывают глубокий положительный эффект на сознание, настроение и поведение, они часто не влияют на лежащий в основе заболевания процесс, который бывает чувствителен к интрапсихическим, межперсональным и психосоциальным стрессам. Как правило, благоприятный исход может быть достигнут только через одновременное уменьшение выраженности симптомов и улучшение способности человека адаптироваться к новым требованиям жизни. Неожиданно, но некоторые врачи-интернисты используют психосоциальные принципы в лечении таких заболеваний, как артериальная гипертензия, ревматоидный артрит и сахарный диабет 1-го типа. Сходным образом, психиатры, которые считают психофармакологию «всею и всею», возможно, окажутся в таком же положении, как интернисты, которые считают, что назначение тиазидных диуретиков – простое решение проблемы гипертонической болезни. Наряду с этим, психоаналитики и другие психотерапевты не должны рассчитывать на то, что им удастся значительно уменьшить или устранить вегетативные симптомы при эндогенной депрессии. Вместо этого они должны понимать потенциальные преимущества альтернативных методов лечения, особенно психотропных препаратов.

Для недостаточно опытных врачей переход к фармакологически ориентированному лечению будет нелегким. Улучшение клинических исходов после назначения психотропных препаратов укрепляет уверенность в психофармакологических подходах. В частности, поскольку положительный эффект психофармакологического подхода проявляется раньше, чем психотерапевтического, доверие к психофармакологии может быть достигнуто раньше. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) при легкости применения и широком спектре эффектов помогли врачам научиться эффективно применять фармакологический подход.

Эта книга – прежде всего руководство по психофармакологии, однако у читателя не должно создаваться впечатление, что понимание того, как выбрать и назначить психотропный препарат, заменяет главную задачу – тщательно оценить состояние психического больного. Наша основная цель – обеспечить читателя-врача базовой практической информацией о разных классах психотропных препаратов. Эта книга написана как практическое и доступное клиническое руководство по выбору и назначению оптимальной лекарственной терапии для конкретного пациента на основании научной литературы и собственного клинического опыта. Это не сборник обзоров и статей, поэтому не у всех утверждений в тексте имеются ссылки. Но для ключевых утверждений ссылки даны, и каждая глава оканчивается списком избранных статей и книг для читателей, которые хотят получить информацию помимо представленной в книге. Мы полагаем, что это облегчит чтение книги. В каждое следующее издание мы вносили изменения, учитывая

замечания рецензентов и просьбы читателей, и мы надеемся, что читатель найдет настоящее издание не менее полезным, чем предыдущие.

Общие советы

Сегодня молодые психиатры обычно проходят более основательную подготовку по психофармакологии, чем проходили многие из их старших коллег. В целом мы советуем врачу сосредоточиться на одном или двух препаратах из класса и ознакомиться с их применением. Хотя сегодня это является разумным советом, вызывает все большую озабоченность тот факт, что фармацевтические компании урезают финансирование образовательных программ, а в академических учреждениях все больше отходят от детализации в преподавании; в результате врачи не получают достаточной информации о новых препаратах, которая позволила бы им уверенно назначать их. Это тем более печально, что многим больным эти препараты могут спасти жизнь. Остается надеяться, что со временем подход к данной проблеме станет более рациональным и взвешенным. Что должны предпринимать врачи, чтобы не отставать от жизни? Очевидно, нужно следить за литературой и участвовать в программах по непрерывному образованию, которые, однако, не могут своевременно предоставлять информацию о новых препаратах. Можно, например, пользоваться информационными бюллетенями по фармакологии, а также получить доступ к таким основополагающим источникам, как учебники психофармакологии и справочник *Physician's Desk Reference (PDR)* (некоторые полезные ссылки приведены в Приложении). Тем, кто особенно предпочитает пользоваться современными достижениями техники, можно посоветовать установить в свой компьютер или смартфон очень удобный программный продукт *Epocrates*, который по сути дает возможность пользоваться электронным справочником PDR.

Помимо этого, врач должен ознакомиться с рядом книг, предназначенных для широкой аудитории, которые помогут предоставить информацию для пациентов (см. Приложение).

Хорошая практика – поддерживать связь с консультантами по психофармакологии, которые могут при необходимости служить экспертами, например, при отсутствии эффекта или при тяжелых побочных эффектах.

Практические рекомендации

С начала 1990-х годов профессиональные сообщества и ассоциации врачей-психиатров, ведущие специалисты в области психиатрии при участии медицинских страховых компаний стали разрабатывать практические руководства по психофармакологии. Эти руководства могут быть полезны, поскольку они в основном основаны на доказательствах в литературе. К сожалению, чрезмерная надежда на такие источники накладывает некоторые ограничения. Во-первых, руководство быстро устаревает по мере публикации новых данных, или новых показаний к применению, или новых методов и схем тера-

пии. Во-вторых, доказательства в литературе могут относиться не к самым эффективным препаратам для лечения больных с атипичным течением заболевания или с сопутствующей патологией. В-третьих, доказательства часто теряют свою силу, когда пациент не отвечает на первый курс лечения, что возвращает врача к клиническому опыту и суждениям. В-четвертых, рекомендации часто основываются на соглашении между мнениями экспертов. Эти мнения полезны, но не всегда верны. Руководства могут особенно помочь врачам – не психиатрам и менее полезны опытным специалистам, занимающимся лечением пациентов с рефрактерными состояниями. И наконец, в практической медицине всегда есть место искусству.

Юридические, этические и экономические вопросы

Достойны обсуждения некоторые юридические, этические и экономические вопросы, которые возникают в психофармакологии. Поскольку исчерпывающее рассмотрение этих аспектов выходит за рамки данного руководства, читатель может получить дополнительную информацию в соответствующей литературе (см. Приложение в конце данного руководства). Превосходный обзор исследований в данной области представлен J. G. Ноор и соавт. (2009).

Все большее значение в медицине приобретает информированное согласие. В стандартной медицинской практике уже давно принято информировать пациента о пользе и риске, связанных с различными хирургическими и терапевтическими процедурами. За последние 10 лет много внимания уделялось вопросу информированного согласия; однако в психиатрии возникает несколько ключевых вопросов. Во-первых, психиатр сталкивается с необходимостью оценить способность пациента в полной мере понять преимущества и риск, связанные с назначенными препаратами, а также правильно интерпретировать эту информацию и применить ее с пользой для себя. Очевидно, что особенно актуальна эта проблема для пациентов в состоянии психоза, и для получения адекватного информированного согласия часто требуется юридическое сопровождение. К счастью, такие пациенты составляют меньшинство в среднестатистической практике.

Пациенты с паранойяльными чертами часто представляют трудности, которые можно преодолеть при помощи тесного сотрудничества. Однако такие пациенты реже обращаются к врачу, чем пациенты с сильной тревогой, обсессивными расстройствами или ажитацией, которые склонны к фобическому восприятию препаратов. При первом взгляде на таких пациентов информированное согласие может показаться непреодолимым препятствием. Тем не менее на практике такие пациенты испытывают тревогу даже в том случае, если врач не сообщает им о побочных эффектах. На самом деле сообщение фактов часто уменьшает их тревогу. Также это придает дополнительное значение тяжести их заболевания и необходимости для пациента и врача учитывать возможный риск.

Должен ли врач сообщать пациенту обо всех побочных эффектах, перечисленных в инструкции, или достаточно осветить наиболее частые из них?

Диагностика и классификация

С конца 1970-х годов в психиатрии уделяли пристальное внимание точной диагностике и систематике, что подтверждается публикацией в 1980 г. прогрессивной классификации DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). В отличие от более ранних редакций, в DSM-III были приведены подробные критерии диагностики и описательные диагнозы. В последующих редакциях, включая DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (версия с пересмотренным текстом, DSM-IV-TR, была опубликована в 2000 г.; American Psychiatric Association, 2000) и последнее издание – DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), усовершенствовали диагностические критерии. В них были внесены изменения, основанные, главным образом, на новых эмпирических данных и результатах полевых исследований. Со временем значительный интерес к наиболее тяжелым заболеваниям был стимулирован достижениями в изучении природы различных психических заболеваний и в их лечении, и установление точного диагноза стало более важным. Например, эффект карбоната лития у многих пациентов с биполярным (маниакально-депрессивным) расстройством дал основание для уточнения дифференциации между маниакально-депрессивным психозом и шизофренией, что привело у многих пациентов к изменению диагноза и смене лечения. Однако повышение точности диагностики не всегда приводит к очевидному усилению эффективности лечения.

Подход к психофармакологическому лечению часто основан на попытке соотнести определенные препараты или сочетания препаратов с определенным заболеванием. Несмотря на то что этот подход представляется идеальным, он эффективен приблизительно у 60% пациентов, поскольку:

- У многих пациентов расстройство нелегко отнести к одному определенному синдрому.

- У многих пациентов имеются сопутствующие заболевания.
- Некоторые пациенты с, казалось бы, классическими формами заболеваний не отвечают на традиционные препараты.
- Различные препараты (например, антиконвульсанты) со временем обнаруживают более широкий спектр активности, который выходит за рамки, подразумеваемые названием класса препаратов. (После первых сообщений об успешном применении при БАР антиконвульсанты не были одобрены для лечения данного заболевания. Впоследствии положительные результаты контролируемых клинических исследований стали основанием для того, что FDA одобрило вальпроат, ламотриджин, карбамазепин и окскарбамазепин для лечения БАР.) В настоящее время для лечения острой мании одобрены АВП, за исключением клозапина, причем некоторые из этих препаратов (в частности, оланзапин, арипипразол и кветиапин) можно назначать в качестве средства поддерживающей терапии при биполярном расстройстве.

Таким образом, в течение многих лет врачи были вынуждены сочетать «идеальную» парадигму с более гибким подходом и, в частности, пытаться подобрать лечение для различных кластеров симптомов, а не для общего синдрома. Тем не менее опасность такого подхода состоит в том, что он в своем крайнем выражении может привести к излишне инновационному лечению или неоправданной полипрагмазии. Очевидно, что врач должен стараться выработать общую стратегию для соотнесения широкого спектра препаратов и определенного диагноза или симптомов. Лучше сделать это следующим образом:

1. Убедитесь в том, что пациент соответствует симптоматическим критериям расстройства (например, большой депрессии с меланхолией или без нее);
2. Определите класс препаратов (например, ТЦА или СИОЗС) или лечение, которое считается эффективным при данном расстройстве; и Назначьте классический представитель данного класса препаратов (например, имипрамин или циталопрам); за этим может последовать смена терапии на менее традиционные препараты или их сочетание, если исходное лечение не дало эффекта.

Это общий подход; тем не менее врач должен понимать, что диагностические классификации имеют неизбежные ограничения, которые могут делать диагноз неинформативным. Так, раньше у многих пациентов, которым в соответствии с DSM-III был поставлен диагноз большого депрессивного расстройства, терапия антидепрессантами была неэффективна, и им часто необходима была та или иная форма психотерапии (например, межличностная психотерапия или когнитивная терапия). Отчасти это связано с ограниченным числом симптомов и их типов, необходимых, чтобы расстройство было диагностировано как большая депрессия. На самом деле, несмотря на то что большая депрессия обычно ошибочно считается признаком эндогенного типа депрессивного расстройства, с исторической и практической точки зрения, эндогенная депрессия, которая классически отвечает на ТЦА, –

только подтип большой депрессии. Критерии DSM-III-R и DSM-IV (а также DSM-IV-TR) для большой депрессии более узкие, чем они были в DSM-III, – изменение, которое в какой-то мере устраняет эту проблему.

Отсутствие эффекта от препарата может быть связано также с тем, что у пациента имеются специфические симптомы, которые плохо поддаются коррекции, например тревога, являющаяся предиктором слабого ответа на медикаментозную терапию (Fava M. et al., 2008). В таком случае необходимо придерживаться альтернативной стратегии, например назначения комбинированной терапии антидепрессантами и анксиолитиками.

В DSM-5 в дополнение к диагностическим категориям введены размерности и меры для их количественной оценки (dimensional measures), например тревоги и депрессии, призванные более корректно описывать психические расстройства. Насколько это целесообразно при напряженном графике работы и дефиците времени практического врача, пока сказать трудно.

Несмотря на то что исчерпывающее обсуждение вопросов психиатрической классификации выходит за рамки данного руководства, полезно рассмотреть действующую в настоящее время систему DSM-5 и частоту основных заболеваний у взрослых, а также указать, какие классы психофармакологических препаратов считаются наиболее эффективными при каждом из расстройств. Данные о распространенности заболеваний в этой главе в основном взяты из сообщений об исследованиях Epidemiologic Catchment Area (ECA) и National Comorbidity Survey (NCS).

Общая структура DSM-5

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) было переделано таким образом, что в DSM-5 разделы расположены более формально; отчасти это сделано, чтобы учесть общность признаков (табл. 2–1). Например, первый раздел включает нарушения психического развития (в частности, расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью [СДВГ]), и сразу за ними следуют психотические расстройства (например, шизофрения). После психотических расстройств идут биполярные и связанные с ними расстройства, имеющие общие симптомы с шизофренией, а далее помещены депрессивные расстройства, с учетом общности некоторых симптомов с эпизодом большой депрессии. Раздел «Тревожные расстройства», приведенный в DSM-IV, расчленен и выделены два самостоятельных раздела: «Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства» и «Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессами». В структуре главы имеются помимо прочего разделы по расстройствам ритма «сон–бодрствование» и нейрокогнитивным расстройствам (см. табл. 2–1).

Несмотря на то что в DSM-5 нет коренных отличий от DSM-IV, следует отметить ряд изменений, касающихся медикаментозной терапии. Одно из этих изменений состоит в том, что заболевания у детей, распределены по 22 другим диагностическим категориям. Например, новая детская нозо-

Таблица 2–1. Психические расстройства (DSM-5, раздел II)

Расстройства психического развития
Расстройства шизофренического спектра и другие психотические состояния
Биполярные и связанные с ними расстройства
Депрессивные расстройства
Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные и связанные с ними расстройства
Расстройства, связанные с психическими травмами и стрессами
Диссоциативные расстройства
Психические расстройства с преобладанием соматических симптомов и родственные им состояния
Расстройства пищевого поведения
Расстройства выделительных функций
Расстройство ритма «сон–бодрствование»
Сексуальные расстройства
Гендерная дисфория
Агрессивные состояния, импульсивные и поведенческие расстройства
Злоупотребление психоактивными веществами и аддиктивные расстройства
Нейрокогнитивные расстройства
Личностные расстройства
Парафилии
Другие психические расстройства
Двигательные расстройства, связанные с приемом препаратов и другие побочные эффекты препаратов
Прочие состояния, которые могут быть центром клинического внимания

логическая единица *деструктивное расстройство дизрегуляции настроения* включена в главу о депрессии. Сепарационная тревога (страх потерять мать или заменяющего ее человека) включена в раздел «Тревожные расстройства». Важно также, что некоторые расстройства, которые относились к детским, например СДВГ, в соответствии с современной концепцией рассматриваются как расстройства, которые могут наблюдаться и у взрослых. Часто вводится критерий соответствия симптомов уровню развития (например, сепарационная тревога у детей младшего возраста), что позволяет избежать гипердиагностики в случаях нормального поведения.

Расстройства психического развития

Аутистические расстройства собраны в рубрике *Расстройства аутистического спектра*. Этот диагноз подчеркивает как дефицит социальной коммуникации, так и поведенческие расстройства. Распространенность аутистических

Терапия в отделениях неотложной помощи

Психиатры встречаются пациентов в критическом состоянии не только в отделениях неотложной помощи, но также иногда в кабинетах для амбулаторного приема, при осмотрах на дому, в медицинских учреждениях и интернатах. В данной главе рассмотрены некоторые из наиболее распространенных неотложных состояний, с которыми сталкивается психиатр-клиницист.

В неотложных ситуациях психиатрам часто приходится обследовать и лечить пациентов с психическими расстройствами, которые развились внезапно или, предположительно, недавно. Феноменологически можно выделить следующие состояния:

1. Возбуждение и агрессивное поведение с признаками алкогольной или другой интоксикации либо без таковых
2. Депрессия с суицидальными мыслями с недавней суицидальной попыткой или без таковой
3. Острые психозы, обычно с явными нарушениями мышления, бредовыми идеями и/или галлюцинациями, а также сильным страхом или гневом
4. Делирий, представленный дезориентацией и спутанностью сознания, с психотическими симптомами или без таковых
5. Выраженная тревога без психотических симптомов, но часто с соматическими проявлениями
6. Психогенный ступор/кататония

В некоторых из указанных ситуаций анамнез можно собрать со слов пациента, его друзей или родственников. Иногда пациент может предоставить достаточно информации, чтобы врач мог быстро связаться с родственниками. В худшем случае психиатру остается только следить за поведением пациента и выполнить краткое физикальное обследование. При выраженной

взбудораженности, оглушении или спутанности сознания, когда пациент не может предоставить анамнестические сведения и не обнаруживает явных диагностических признаков (например, следы инъекций, явные симптомы атропиновой интоксикации), показана госпитализация без специфической лекарственной терапии или по крайней мере медицинское обследование со скринингом на предмет токсичных веществ, электрокардиограммой и т. д. в условиях квалифицированного отделения неотложной помощи.

Прежде чем назначить психофармакотерапию, крайне важно попытаться определить, какие препараты принимал или мог принимать пациент. Такая информация особенно была необходима в прошлом, когда использовались препараты различных классов, способные вызывать тяжелые побочные эффекты. Например, известны летальные исходы при назначении ТЦА или меперидина пациентам, принимающим ИМАО. Добавление седативных препаратов пациентам в состоянии интоксикации алкоголем или другими седативными препаратами представляется необоснованным. Добавление нейролептиков пациентам с вероятным злокачественным нейролептическим синдромом (ЗНС) противопоказано. Сходным образом, следует с осторожностью выбирать препараты, если при передозировке ТЦА нарушена функция сердца. Иными словами, если возникает подозрение, что пациент получает фармакотерапию или его состояние связано с передозировкой неизвестного препарата, лучше избегать назначения препаратов до прояснения ситуации.

Возбуждение и агрессивное поведение

Лишь немногие неотложные ситуации более затруднительны, чем лечение пациента с возбуждением и агрессивным поведением. Состояния возбуждения и агрессии, с которыми пациенты поступают в отделения неотложной помощи, могут быть связаны с разными психическими расстройствами. По данным одного анкетного опроса 80% отделений неотложной помощи сообщили о том, что оказывали помощь пациентам с агрессивным поведением по отношению к персоналу и не менее чем в 25% отделений неотложной помощи вынуждены ежедневно фиксировать пациентов (Lavoie F.I.V. et al., 1988). О частоте актов агрессии в отношении медицинского персонала трудно судить, так как в подавляющем большинстве случаев они не регистрируются (Barlow C.B., Rizzo A.G., 1997). Агрессивное поведение часто представляет собой попытку пациента восстановить контроль в состоянии страха и беспомощности.

У пациентов без психоза со вспышками агрессии в отделениях неотложной помощи, а также в похожих случаях при выраженной тревоге, которая может быть обусловлена семейными конфликтами или другими кризисными ситуациями в межличностных отношениях, выслушивание пациента с выражением поддержки, убеждение и целебное действие времени позволяют постепенно успокоить пациента и восстановить адекватное поведение без специфических препаратов. Гневливость, связанная с интоксикацией алкоголем или седативными препаратами, также часто постепенно уменьшается со временем на фоне разговоров и внешних ограничений.

С юридической точки зрения, применение мер физического стеснения иногда считается менее инвазивным вмешательством, чем насильственное введение психотропных препаратов. Для потенциально агрессивного пациента наиболее эффективное воздействие – демонстрация возможности удержания силой при необходимости в сочетании с мягким убеждением. Меры физического стеснения следует рассматривать как крайнее средство, когда все другие ограничительные средства исчерпаны или применение их непрактично. Эти меры следует применять, если пациент представляет очевидную опасность для себя или окружающих. Тем не менее, будучи фиксированными, некоторые пациенты способны довести себя до истощения или травмировать себя. В этих случаях часто требуется фармакологическое вмешательство.

В ряде открытых исследований изучались различные психотропные препараты для быстрой транквилизации пациентов с возбуждением. Dr. William Dubin из Temple University использовал этот термин для применения антипсихотиков и бензодиазепинов каждые полчаса или час для купирования таких симптомов, как взбудораженность, двигательное возбуждение, напряжение и враждебность. Хотя метод быстрой транквилизации был описан Dubin более 30 лет назад, психиатры при оказании экстренной помощи все еще пользуются различными модификациями этого метода (Allen M. H. et al., 2005). Наметилась тенденция к применению в неотложных ситуациях в качестве препаратов первой линии АВП, а в отсутствие психоза – бензодиазепинов. Быструю транквилизацию часто путают с быстрой нейролептизацией, при которой применяют высокие нагрузочные дозы антипсихотиков первого поколения (иногда до 100 мг/сут. галоперидола) в попытке ускорить ремиссию психотических симптомов. К сожалению, в исследованиях выявлено, что стратегия быстрой транквилизации неэффективна и вызывает тяжелые побочные реакции. Стратегия быстрой транквилизации изучалась у пациентов в острых состояниях с психотическими расстройствами и без таковых.

Обычно метод быстрой транквилизации подразумевает внутримышечное введение препаратов с целью их быстрого всасывания и повышения биодоступности (табл. 10–1). Тем не менее W.R. Dubin и соавт. (1985) полагают, что прием пероральных концентрированных форм антипсихотиков также обеспечивает быстрый эффект и способен уменьшать ощущение беспомощности у ограниченных в свободе пациентов в сравнении с насильственными инъекциями антипсихотиков. В исследовании с участием 159 психиатрических больных с возбуждением, которые случайным образом распределялись в группы внутримышечного или перорального применения концентрированных форм тиотиксена, галоперидола или тиоридазина, внутримышечные инъекции лишь незначительно ускоряли действие препаратов, но обеспечивали удовлетворительный эффект при введении меньших доз препаратов (Dubin W.R. et al., 1985). Появляются АВП в форме раствора для приема внутрь, которые имеют схожие преимущества перед лекарственной формой для внутримышечного введения. У хирургических больных также часто используется внутривенное введение препаратов. Н. J. Möller и соавт. (1982) обнаружили, что у пациентов, получавших галоперидол внутримышечно,

Таблица 10-1. Препараты для быстрой транквилизации при возбуждении (введение каждые 30–60 минут)

Препарат	Доза			Средняя общая доза для транквилизации, мг
	внутримышечно, мг	перорально, мг	ингаляция, мг/сут.	
Галоперидол	2,5–5	5–10		10–20
Тиотиксен	10–20 ^a	5–10		15–30
Дроперидол	2,5–5	Не выпускается		5–20
Локсапин	10–15 ^a	25		30–60
			10 ^b	10
Хлорпромазин	50	100		300–600
Лоразепам	0,5–1	1–2		4–8
Диазепам	Неприменимо	5–10		20–60
Оланзапин	2,5–10	2,5–5		10–20
Зипрасидон	10–20	40–160		10–20
Арипипразол	9,75	10–30		9,75–19,5

^a В США больше не выпускается.

^b 10-миллиграммовый ингалятор однократного применения; должен назначаться только специалистом.

состояние в первые 3 часа после инъекции улучшалось быстрее, чем у пациентов, принимавших галоперидол перорально. Тем не менее после 3 ч не наблюдалось значительного различия между группами, получавшими галоперидол перорально и внутримышечно. В нескольких других открытых исследованиях была подтверждена польза внутривенного введения галоперидола и бензодиазепинов (лоразепам) при возбуждении у хирургических больных.

АВП для внутримышечного введения, например оланзапин, арипипразол и зипрасидон, все чаще применяются для внутримышечных инъекций по сравнению с антипсихотиками первого поколения, в частности галоперидолом. Однако убедительных данных, свидетельствующих о том, что они более эффективны, чем антипсихотики первого поколения, нет. Их преимущество заключается в том, что они реже вызывают острые ЭПС, особенно акатизию и дистонические реакции. С другой стороны, значительным недостатком атипичных антипсихотиков для внутримышечного введения является их высокая стоимость в сравнении с дженериками, например галоперидолом. В настоящее время оланзапин внутримышечно одобрен для лечения возбуждения при психозах. Препарат изучен в терапии острых состояний при шизофрении, деменции и БАР. При остром возбуждении у пациентов с деменцией оланзапин в дозе 2,5–5 мг внутримышечно (но не лоразепам в дозе 1 мг) был значительно эффективнее плацебо для уменьшения возбуждения через 2 и 24 ч после инъекции (Meehan K.M. et al., 2002). При шизофре-

Приложение

Рекомендуемая литература

Для врачей

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Brunton LL, Hilal-Dandan R, Knollmann BC (eds): Goodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics, 13th Edition. New York, McGraw-Hill Education/Medical, 2017
- DeBattista C, Glick IR: The Medical Management of Depression, 4th Edition. Dallas, TX, Essential Medical Information Systems, 2003
- Goodwin FK, Jamison KR: Manic-Depressive Illness, 2nd Edition. New York, Oxford University Press, 2007
- Ketter TA (ed): Handbook of Diagnosis and Treatment of Bipolar Disorders. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
- Nestler EJ, Hyman SE, Holzman DM, Malenka RC: Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neurosciences, 3rd Edition. New York, McGraw-Hill, 2015
- Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds): The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychopharmacology, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2017
- Schatzberg AF, Nemeroff CB (eds): Essentials of Clinical Psychopharmacology, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2013
- Stahl SM: Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications, 4th Edition. New York, Cambridge University Press, 2013

Для пациентов и их родственников

- Allen JG: Coping With Depression: From Catch 22 to Hope. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2006
- Burns DD: The Feeling Good Handbook (1999). New York, HarperCollins, 2012
- Cahalan S: Brain on Fire: My Month of Madness. New York, Simon & Schuster, 2013
- Charney DS, Nemeroff CB: The Peace of Mind Prescription. Boston, MA, Houghton-Mifflin, 2004
- Duke P, Hochman G: A Brilliant Madness: Living With Manic-Depressive Illness. New York, Bantam Books, 1992
- Fawcett J, Golden B, Rosenfeld N, et al: New Hope for People With Bipolar Disorder. New York, Crown/Random House, 2000
- Gilson M, Freeman A: Overcoming Depression: A Cognitive Approach to Taming the Depression Beast. San Antonio, TX, Harcourt Press/Psychological Corporation, 2000
- Graves BB: Bulimia: Perspectives on Mental Illness. Mankato, MN, Lifematters Books/Capstone Press, 2000
- Healy D: The Antidepressant Era. Boston, MA, Harvard University Press, 1998
- Jamison KR: An Unquiet Mind. New York, Alfred A Knopf, 1995

- Jamison KR: *Touched With Fire: Manic-Depressive Illness and the Artistic Temperament*. New York, Free Press, 1996
- Jamison KR: *Night Falls Fast: Understanding Suicide*. New York, Vintage Books/Random House, 1999
- Kandel ER: *The Disordered Mind: What Unusual Brains Tell Us About Ourselves*. New York, Farrar, Straus, & Giroux/Macmillan, 2018
- Karp DA: *The Burden of Sympathy: How Families Cope With Mental Illness*. New York, Oxford University Press, 1999
- Kerns LL, Lieberman AB: *Helping Your Depressed Child: A Reassuring Guide to the Causes and Treatment of Childhood and Adolescent Depression*. Roseville, CA, Prima, 1993
- Kramer PD: *Listening to Prozac*. New York, Viking, 1993
- Kramer PD: *Against Depression*. New York, Viking, 2010
- Levenkron S: *The Anatomy of Anorexia*. New York, WW Norton, 2000
- Lieberman JA: *Shrinks: The Untold Story of Psychiatry*. New York, Hachette, 2015
- Lipska BK (with McArdle E): *The Neuroscientist Who Lost Her Mind: My Tale of Madness and Recovery*. New York, Houghton Mifflin Harcourt, 2018
- Mondimore FM: *Bipolar Disorder: A Guide for Patients and Families*, 3rd Edition. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 2014
- Rosen LE, Amador XF: *When Someone You Love Is Depressed*. New York, Free Press, 1996
- Rothschild B: *The Body Remembers: The Psychophysiology of Trauma and Trauma Treatment*. New York, WW Norton, 2000
- Shields B: *Down Came the Rain: My Journey Through Postpartum Depression*. New York, Hyperion, 2006
- Solomon A: *The Noonday Demon: An Atlas of Depression*. New York, Touchstone, 2002
- Styron W: *Darkness Visible: A Memoir of Madness*. New York, Random House, 1990
- Torrey EF: *Surviving Schizophrenia: A Family Manual*, 7th Edition. New York, Harper & Row, 2019
- Weissman M: *Mastering Depression Through Interpersonal Psychotherapy*. San Antonio, TX, Harcourt Press/Psychological Corporation, 2000
- Whybrow P: *American Mania: When More Is Not Enough*. New York, WW Norton, 2006