

активності. Деприваційний механізм НДМО — як біопсихологічний феномен — може бути порівняним з психофізичними процесами формування гіпотетичних состоянь, позволяючих определенним образом дезорганізувати устойчивую патологіческую детермінанту в виде сформированного патологіческого симптомокомплекса (Крыжановский Г. Н., 2002). По принципу действия метод НДМО может быть отнесен к перечню способов зонально-латеральной стимуляции отделов головного мозга — «латеральной терапии» (Чуприков А. П., Линёв А. Н. Марценковский И. А., Педак А. А., 1994).

УДК 616.895-06-001.1/3-07

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, О. С. Серікова**
ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України, м. Харків

**Клінічні особливості біполярного
афективного розладу, коморбідного
з посттравматичним стресовим розладом**

В останній рік на Україні, у зв'язку з подіями на Сході, питання впливу психогенних чинників на перебіг ендogenous захворювання набувають все більшої значущості. В той же час існують данні про тривале співіснування реактивних та ендogenous проявів психічного розладу (Тухватуліна Л. Ш., 2004; Фастцов С. А., 2012).

Гострі психотичні розлади з наявністю клінічно неоднорідних, атипичних афективних порушень, що розвиваються безпосередньо після зіткнення з психотравмуючими ситуаціями, становлять в даний час серйозну діагностичну і терапевтичну проблему.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу біполярного афективного розладу (БАР), коморбідного з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР).

Нами було амбулаторно обстежено 19 хворих на БАР (F31), які раніше перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» та зазнали впливу екстремальних подій, а саме були свідками бойових дій в Луганській та Донецькій областях. Внаслідок останніх у них виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F 43.1). Серед пацієнтів було 11 жінок та 7 чоловіків (співвідношення 1,57:1), віком від 24 до 52 років.

У 12 пацієнтів (63,16 % обстежених) вплив екстремального стресового фактору припадав на початок депресивної фази або, взагалі, провокував її. Клінічна картина ендорективної депресії складалася з постреактивних проявів та ознак ендogenous депресії з вітальною тугою, ідей самозвинувачення, порушень сну та апетиту. У порівнянні з попередніми загостреннями, вона суб'єктивно сприймалася як більш важка та мала більшу інтенсивність та тривалість.

Змішані фази спостерігалися у 7 випадках (36,84 % спостережень). І якщо прояви ПТСР були аналогічними до депресивної фази, то в ендogenous компоненті у переважній кількості пацієнтів превалювали манії з дисфорією, коли поряд з класичною маніакальною тріадою були присутні симптоми похмуро-злобної гнівливості, невдоволеності оточенням з параноїдними включеннями.

Жодний пацієнт з поточним маніакальним епізодом БАР не звернувся до нашої клініки.

Ремісія після будь-якої фази була неповною — зберігалися деякі симптоми ПТСР, а саме, мимовільні спогади про перенесену психотравму, повторні нічні сновидіння травматичного змісту. Також були присутні ангедонія, зниження реакції на оточення, соціальна відчуженість, емоційне відсторонення. Далі на тлі персистуючих психогенних проявів ПТСР формувалися повторні біполярні фази. Екзацербация афективної симптоматики не супроводжувалася посиленням проявів ПТСР. В подальшому розширення ендogenous симптоматики за рахунок додаткових симптомів не спостерігалось, структура фаз залишалася практично незмінною. У 8 пацієнтів (42,11 % обстежених), для яких у минулому були характерні часті маніакальні фази, відмічалася зміна стереотипу перебігу БАР — зникнення маніакальних епізодів та формування змішаних або депресивних.

Таким чином, у всіх випадках, які були нами вивчені, мова йшла про незалежне існування БАР та ПТСР, що впливали один на одного тільки на первинних етапах ендорективного психозу та в ремісії, але не утворювали спільної симптоматики. Взаємний вплив психогенних та афективних розладів можна було побачити в зміні стереотипу перебігу БАР за рахунок редукції маніакальних фаз.

УДК 616.895.8:615.86:616.89-008.19-07

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, С. О. Український,
О. В. Скринник, О. С. Серікова**
ДУ Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України, м. Харків

**Клініко-динамічна характеристика психозів
шизофренічного спектра в умовах
психоемоційного стресу**

Багато досліджень вказують на високу коморбідність посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та психозів спектра шизофренії (S.G. Resnick et al., 2003; K. Muenzenmaier et al.; 2005; L. A. Opler et al., 2006). Ситуація, що склалася на сході України, зробила актуальним питання коморбідності ПТСР та ендogenous психічних розладів, бо велика кількість психіатричних пацієнтів стали свідками або учасниками трагічних подій у цьому регіоні, та зазнали впливу важкого стресу. У деяких дослідженнях психогенним симптомам відводиться, в першу чергу, роль чинника, що провокує маніфестацію або загострення ендogenous захворювання (Г. А. Фастцов, 2012). Інші дослідження присвячені вивченню співіснування та видозмін реактивних та ендogenous проявів психічного розладу (F. J. Sautter et al., 1999; N. Breslau, 2001; Л. Ш. Тухватуліна, 2004).

Метою нашого дослідження було вивчення психопатологічної структури коморбідних станів ПТСР і шизофренії та шизоафективного розладу (ШАР) в динаміці. В амбулаторних умовах нами було обстежено 25 хворих на параноїдну шизофренію (F20.0) і ШАР (F25), які зверталися до клініки ДУ ІНПН НАМН України, та у яких внаслідок впливу стресорних чинників під час бойових дій в Луганській та Донецькій областях виникли психопатологічні порушення, що відповідають критеріям ПТСР (F 43.1). Серед пацієнтів було 14 жінок та 11 чоловіків (співвідношення 1,2:1), віком від 25 до 48 років.

У більшості пацієнтів (72 %) на ініціальному етапі психозу симптоми ПТСР повністю витіснялися психотичною симптоматикою, яка зазнавала патопластичного впливу психотравми у вигляді «вплетення» сюжетної лінії психотравмуючих обставин у фабулу психопатологічних розладів психотичного регістру. У пацієнтів з ШАР зміст психогенії можна було виявити у всіх регістрах психопатології — афективному, галюцинаторному, маячному. У пацієнтів з шизофренією патопластична дія психотравми на ініціальному етапі рецидиву проявлялася в ускладненні тієї галюцинаторно-маячної симптоматики, яка становила основу продуктивних розладів протягом всієї хвороби.

У 20 % пацієнтів на ініціальному етапі розвитку психозу спектра шизофренії виникали «мікстові» психопатологічні поєднання, що включали в себе симптоми психогенного та ендогенного захворювань, утворюючи поліморфні ендореактивні стани. У 8 % випадків — симптоми ПТСР не зазнавали змін, незалежно співіснуючи з ендогенними розладами психотичного регістру.

На етапі розгорнутого шизофренічного психозу в більшості спостережень (88 %) психогенні розлади піддавалися повній редукції. Значно зменшувався або припинявся повністю патопластичний вплив психотравмуючих обставин, що виявлявся на ініціальному етапі. Внаслідок чого психотравмуючі події «випадали» із сюжетної лінії психотичних переживань. У частини хворих (12 %) розгорнуті прояви психозу зберігали «відбиток» психотравми у вигляді її «звучання» в афективних, галюцинаторних або маячних переживаннях. У випадку параноїдної шизофренії у пацієнтів переважно спостерігалися галюцинаторно-маячні розлади персекуторного характеру.

Таким чином, у більшості випадків, які були нами вивчені, відзначалося витіснення психогенних симптомів й їх патопластичний вплив на психотичну симптоматику тільки на ініціальному етапі рецидиву шизофренічного психозу, коморбідного з ПТСР. На етапі розгорнутого ендогенного психозу психогенні розлади повністю перебиваються психотичними порушеннями.

УДК 616.89-008.441.1-001«364»

В. С. Подкорытов

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

Психотические формы боевой психической травмы

Под боевой психической травмой (БПТ) понимается развитие у человека разной степени тяжести расстройств психики и поведения вследствие воздействия на него психотравмирующих факторов боевой обстановки. Такие факторы могут носить как острый и относительно кратковременный характер (артобстрел, атака противника), так и хронический, долгосрочный (позиционная война, постоянная угроза обострения боевых действий и т. п.). В любом случае основным психотравмирующим фактором боевой обстановки является опасность, угрожающая жизни и физическому здоровью человека. Переживание этой опасности резко усиливается в условиях наблюдения им ужасающей картины ранений и гибели других людей.

Предрасполагающими факторами развития БПТ могут быть неопределенность боевой обстановки, противоречивость или недостаток информации о ней, сомнения в адекватности выполняемых боевых задач; психическое и(или) физическое переутомление; длительная бессонница; наличие соматических заболеваний; перенесение в прошлом черепно-мозговой травмы и других церебральных нарушений; алкоголизация.

В зависимости от характера клинических проявлений и времени развития БПТ различают следующие ее варианты: острая стрессовая реакция; адаптационное расстройство (кратковременная или пролонгированная депрессивная реакция, смешанная тревожно-депрессивная реакция и т. д.); посттравматическое стрессовое расстройство; реактивный психоз; стойкое изменение личности после перенесенного катастрофического переживания. Большинство клинических форм БПТ относятся к непсихотическим психическим расстройствам. Психотические формы БПТ возникают относительно редко и протекают в виде различных вариантов реактивного психоза. Среди психотических проявлений БПТ выделяют афективно-шоковые реакции и собственно реактивные психозы.

Афективно-шоковые реакции вызываются внезапным сильным воздействием, представляющим угрозу для жизни (подрыв на mine, обстрел «градами» и «ураганами»). Проявляются в форме возбуждения и заторможенности. Реакции с возбуждением выражаются бессмысленным хаотическим двигательным беспокойством на фоне суженного сознания. Большой мечется, кричит, просит о помощи, пытается бежать, часто — навстречу грозящей опасности. После выхода из психоза больные плохо помнят перенесенное состояние. Реакции с заторможенностью сопровождаются частичной или полной обездвиженностью. Несмотря на угрожающую опасность, человек как бы застывает, цепенеет, не может сделать движения, сказать слова. Реактивный ступор длится от нескольких минут до нескольких часов. Мимика отражает либо ужас, отчаяние, либо абсолютное безразличие к происходящему. В тех случаях, когда заторможенность не достигает степени ступора, больные доступны контакту, но речь их замедлена, односложна, движения скованы, в ногах — ощущение тяжести. Сознание может быть суженным, с последующим выпадением из памяти отдельных событий.

К острым реактивным психозам могут быть отнесены психотические состояния, чаще возникающие в условиях необходимости возвращения бойца в зону боевых действий. Выделяют несколько вариантов подобных расстройств, которые могут сочетаться или сменять одно другое: сумеречное помрачение сознания; псевдодеменция; пуэрилизм; психогенный ступор; реактивная депрессия; реактивный бредовой психоз.

При всех реактивных психозах необходимо эвакуировать больного из зоны боевых действий. Афективно-шоковые реакции обычно не требуют помощи врача. При других психозах требуется госпитализация. При состояниях возбуждения используют нейролептики и транквилизаторы в инъекциях. Бредовые идеи купируют антипсихотиками. При реактивной депрессии применяют антидепрессанты и стабилизаторы настроения. Благоприятное разрешение психогенной ситуации, например, демобилизация и возвращение в семью, способствует быстрому выздоровлению. Безвыходная ситуация создает условия для затяжного течения психоза.