

активності. Деприваційний механізм НДМО — як біопсихологічний феномен — може бути порівняним з психофізичними процесами формування гіпотических состояний, позволяющих определенным образом дезорганизовать устойчивую патологическую детерминанту в виде сформированного патологического 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 ендогенного захворювання набувають все більшої значущості. В той же час існують данні про тривале співіснування реактивних та ендогенних 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 ендореактивної депресії складалася з постреактивних проявів та ознак ендогенної 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 ендогенному 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 ендогенної 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 ендореактивного 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 ендогенних 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 ендогенного захворювання (Г. А. Фастцов, 2012). Інші дослідження присвячені вивченню співіснування та видозмін реактивних та ендогенних 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.