



**Проф. В.М. Козідубова, доц. О.Ю. Гончарова,
проф. С.М. Долуда**

Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії та наркології

Діагностика та лікування реактивних психозів

Реактивні психози — психічні розлади психотичного рівня, які виникають у результаті впливу надсильних потрясінь, несприятливих подій й значущих для особистостей психічних травм. Особливістю даних станів є їх тимчасовий та зворотний характер. Від невротичних розладів реактивні психози відрізняються гостротою, лабільністю та тяжкістю симптоматики: виражені психомоторні та афективні розлади, маячення, галюцинації, грубі істеричні розлади з явищами порушеної свідомості. Маніфестація реактивного психозу тягне за собою та спричиняє втрату здатності критичної оцінки власного стану, контролю за вчинками, адаптації до ситуації, що склалася. Існує триада клінічних ознак реактивних психозів, а саме: хронологічний зв'язок початку хвороби з психічною травмою; регредієнтний перебіг, тобто ослаблення проявів в міру віддалення від часу душевного потрясіння; «зрозумілий» зв'язок між змістом психотравмуючої ситуації та фабулою хворобливих переживань. Ці ознаки мають головне діагностичне та диференціально-діагностичне значення. Розповсюдженість реактивних психозів коливається в межах від 10–25% до 50–80% осіб, що перенесли важкий стрес (військові події, техногенні катастрофи, природні катаклізми).

Реактивні стани клінічно включають: гостру реакцію на стрес (афективно-шокова реакція), істеричні психози, психогенні депресії, психогенні манії, психогенні параноїди.

Гостра реакція на стрес (афективно-шокова реакція)

Гострі шоківі реакції відомі як «психози жаху». Ці стани являють собою емотивний шок, відомі також під назвою гострі афектогенні реакції, кризисні реакції, реакції екстремальних ситуацій. Це транзиторні розлади значної тяжкості з різкими ендокринними та вазомоторними зрушеннями, що розвиваються в осіб без психічної патології в екстремальних умовах, пов'язаних з загрозою життю або благополуччю (стихійні лиха — землетруси та повені, екологічні катастрофи, аварії, пожежі, військові події), що призводять до значних руйнувань, загибелі, поранень, страждань великої кількості людей. Чутливість до стресових впливів підвищується у астенозованих та ослаблених осіб, у похилому віці та при соматичній патології.

Виділяють гіпер- та гіпокінетичну форми гострих реакцій на стрес. Гіперкінетична форма, чи «рухова буря», характеризується втратою цілеспрямованості поведінки, орієнтування у навколишньому середовищі, зростанням тривоги, страху з розвитком хаотичного психомоторного збудження з неупорядкованими рухами, безцільними метаннями, намаганням кудись бігти (фугіформна реакція). Тривалість рухового збудження невелика, воно, як правило, припиняється через 15–25 хвилин.

Для гіпокінетичної форми — реакції «уявної смерті» характерні стан глибокої загальмованості аж до

повної знерухомленості та мутизм (афектогенний ступор). Хворі зазвичай залишаються на тому самому місці, де виник афект страху, вони байдужі до того, що відбувається навколо, погляд спрямований у простір. Тривалість ступору від кількох годин до 2–3 тижнів. Переживання, що відносяться до гострого періоду психозу, як правило, амнезуються. По виходу з психозу спостерігається виражена астения, що триває 2–3 тижні. У МКХ-10 гостра реакція на стрес класифікується у рубриці F 43.0.

Істеричні (дисоціативні) психози представлені неоднорідними за клінічною картиною психотичними станами — істеричними сутінковими затьмареннями свідомості, псевдодеменцією, пуерилізмом, синдромом маревоподібних фантазій, синдромом регресу особистості, істеричним ступором. В залежності від тяжкості та тривалості реакції в картині психозу спостерігається або поєднання різних істеричних розладів або послідовна трансформація одних істеричних проявів в інші. Цей тип психогенних реакцій в мирний час частіше всього спостерігається у судово-психіатричній практиці як «тюремна істерія», але може бути пов'язаний з ситуаціями втрати (смерть близьких родичів, розрив подружніх стосунків), а також з деякими іншими патогенними факторами. У відповідності до психодинамічної концепції істеричні психози трактуються як «реакції витіснення» психічної травми.

Істеричне сутінкове затьмарення свідомості

Реактивні стани з сутінковим затьмаренням свідомості так як і афективно-шоківі реакції нерідко спостерігаються у військовій обстановці. У судово-психіатричній практиці один з варіантів істеричного сутінкового затьмарення свідомості отримав назву ганзеровського синдрому. За механізмом виникнення та деякими клінічними проявами такі стани близькі до гострих реакцій на стрес. Однак, на відміну від гострих афективно-шоківих психозів при істеричних сутінкових станах не буває повного виключення вищих коркових функцій. Характерні звуження поля свідомості, дезорієнтування, обмани сприйняття, що відображають психотравмуючу ситуацію, вибіркова фрагментарність подальшої амнезії. Клінічну картину істеричних сутінкових станів відрізняють мозаїчність проявів та демонстративність поведінки хворих: сміх, спів та плач можуть перериватися судомним нападом, застигання у скорботній позі змінюється короточасним збудженням. Нерідко виникають виразні зорові галюцинації, яскраві образні видіння. Істеричні сутінкові порушення свідомості можуть тривати іноді до 1–2 тижнів. Вихід з психозу поступовий.

Псевдодеменція — як уявне недоумство виникає на фоні звуженої свідомості та характеризується уявною втратою найпростіших знань, неправильними відповідями (мимомова) та діями (мимодії). Хворі при цьому витріщають очі, безглуздо посміхаються, не можуть виконати найпростіших арифметичних операцій, неспроможні підрахувати пальці рук, не можуть назвати своїх ім'я та прізвище, недостатньо

орієнтовані в обстановці, нерідко плутають кольори та т.ін. Зміст неправильних відповідей (мимомова хворих на псевдодеменцію) на відміну від негативістичної мови хворих в кататонічному ступорі завжди пов'язаний з психотравмуючою ситуацією. Відповідь при псевдодеменції частіше прямо протилежна очікуваній. Те ж саме відноситься й до мимодій. Значно рідше явища псевдодеменції виступають на фоні більш глибокого затьмарення свідомості, а саме при істеричних сутінкових розладах.

Пуерилізм — форма істеричної реакції близька до синдрому псевдодеменції та нерідко розглядається як його різновид. Головним в клінічній картині пуерилізму є дитячість поведінки на фоні істерично звуженої свідомості. Найчастіше симптомами пуерилізму є дитяча мова, моторика та емоційні реакції. Мова хворих з дитячими інтонаціями, вони шепелявлять, бігають мілкими шажками, будують карткові домівки, грають в ляльки. Іноді надувають губи, тупотять ногами та просять взяти «на ручки», обіцяють «вести себе гарно». На відміну від стереотипної безглуздості хворих на шизофренію з гебефренічним збудженням симптоматика при пуерилізмі значно більш різноманітна, мінлива, з яскравим емоційним забарвленням переживань. Крім того, симптоми пуерилізму, як правило, поєднуються з іншими істеричними проявами.

Для істеричного синдрому маревоподібних фантазій характерні нестійкі, не систематизовані ідеї величч, багатства, особливої значущості, які у фантастично-гіперболізованій формі відображають прагнення хворих до реабілітації та відхід від травмуючої ситуації. Зміст фантазій дуже мінливий та в значній мірі залежить від зовнішніх моментів (розмов оточуючих, запитань лікаря і т.ін.). Синдром маревноподібних фантазій може змінюватися явищами псевдодеменції або пуерилізму, а при подальшому погіршенні стану — істеричним ступором.

Синдром регресу особистості характеризується розпадом психічних функцій, що супроводжуються втратою навичок людської поведінки. Хворі втрачають мову, навички самообслуговування, пересуваються на карачках, їдять руками, не одягаються.

Істеричний ступор супроводжується вираженою психомоторною загальмованістю, мутизмом, явищами затьмарення свідомості у вигляді істерично звуженої свідомості. Поведінка хворих при цьому відображає афект напруги (страждання, розпач, злість). Синдром може включати нерозгорнуту симптоматику, що властива станам, які передували формуванню істеричного ступору (пуерилізм, псевдодеменція і т.ін.).

Особливе місце в структурі істеричних психозів займають психічні епідемії. В середніх віках описані різноманітні картини істеричних розладів — судомні напади, паралічі, істеричні галюцинації і т.і., які спостерігались у жіночих монастирях, притулках; масові істеричні танці, з наявними рисами екстатичних станів; епідемії лікантропії, що проявлялися в істеричних нападах лаю, вию. У сучасному житті психічні епідемії зустрічаються також, однак про-

яви їх видозмінились у відповідності з епохою. До таких випадків «причетні» уфологічні явища, окультні акції, масові гіпнози в аудиторіях, залах, де проводяться сеанси оздоровлення, позбавлення від різноманітних хворіб, зарядження води, концепції яких розповсюджуються через засоби масової інформації, телекомунікації, паперові носії, електронну пошту. Контагіозні механізми виникнення епідемій істерії на теперішній час опосередковані відомостями, що містяться у журналах, телевізійних передачах, серіалах, фільмах.

Психогенні депресії

Депресії — одна з найчастіших форм психогенних реакцій. Депресивні стани складають близько 40% від загальної кількості реактивних психозів. Психогенні депресії невротичного рівня зустрічаються значно частіше. Генез психогенних депресій складніший, ніж гострих реактивних психозів типу афективно-шокових реакцій та не завжди пов'язаний з лінійною дією психічної травми. Сенсibilізуючу роль можуть відігравати не тільки актуальні психічні травми, але й події задовго передуючі депресії (смерть близької людини, розлучення з батьками для дитини), а також стреси, що впливають за 6–12 місяців до формування психогенії (провокуючі фактори). Психогенні депресії у цих випадках розвиваються за механізмом «запізнілої реактивності». При виникненні психогенних депресій властивості психічної травми набувають події, які і поза рамками психічної патології викликають реакцію суму, пригніченості (незворотні втрати, з якими складно змиритись, «удар долі» — смерть близького родича, розлучення, сімейні нещастя). Важливу роль в розвитку психогенних депресій також відіграють зміна життєвого стереотипу, що супроводжується втратою соціальних зв'язків, ізоляція. Окрім психотравмуючих впливів, мають значення такі фактори як конституційні особливості, обтяжена спадковість на афективні психози, вік, культуральні особливості хворих, перенесені екзогенно-органічні шкідливості, наявність у преморбіді аномалій афективного та істеричного типів.

За перебігом виділяють гострі депресивні реакції з надмірною силою афективних проявів та затяжні, що розгортаються повільно, симптоматика яких набуває найбільш важкі форми лише через певний час після психічної травми.

Гострі депресивні реакції частіше всього безпосередньо пов'язані з нещастям, раптовим впливом індивідуально значущої психічної травми. На висоті депресії домінують страх, глибокий розпач, думки про смерть, суїцидальні спроби.

Затяжний тип психогенних депресій є більш характерним та зустрічається у значної частини хворих. У клінічній картині поряд з пригніченістю, відчуттям безнадійності, слюзливістю, вегетативними розладами, безсонням відзначається концентрація всієї свідомості на подіях нещастя, що відбулось. Зміст психотравми не зникає навіть тоді, коли депресія становиться тривалою та більш стертою.

Достатньо випадкового спогаду, навіть віддалених асоціацій для погіршення стану. Якщо вдень хворі можуть відволікатись від гнітючих спогадів, то вони ще довго спливають вночі у кошмарних сновидіннях. Вітальні прояви при реактивній депресії не виразні. Хворі висловлюють розчарування життям, відзначається зниження самооцінки. Критичне ставлення, усвідомлення хвороби збережені. Ідеї самозвинувачення не виражені, почуття провини спрямоване не на себе, як при ендегенних депресіях, а на оточення, претензії спрямовані на осіб, причетних до трагічних подій.

Явища психомоторного збудження з нецілеспрямованою метушливістю, заламуванням рук, тремор кінцівок, як і рухова та ідеаторна загальмованість спостерігаються лише при гострому початку психогенної депресії, що дебютує шокowymi реакціями. При переважанні акінетичних проявів безпосередньо при отриманні звістки про нещастя хворий декілька днів тримається як окаменілий, все необхідне робить «автоматично», залишаючись байдужим до того, що відбувається навколо. Не дивлячись на скорботний вираз обличчя, не скаржиться, не плаче, практично не розмовляє, подовгу лежить або сидить у застиглій позі, спрямувавши погляд перед собою. У подальшому клінічна картина набуває вищезазначених клінічних особливостей.

На відміну від циркулярної меланхолії з втратою перспективи, життєвих планів та інтересу до навколишнього прояви та інтенсивність психогенної депресії завжди тісно пов'язані з реальною ситуацією. Афект тути уявляє собою не безпричинний душевний біль, а мотивоване почуття, що відображає об'єктивно існуючу психотравмуючу ситуацію. Властиві таким хворим тривожні побоювання з приводу майбутніх матеріальних або інших ускладнень значно перебільшені, але багато у чому залежать від обставин повсякденного життя. Погіршення стану може наступити при відомості про зміни (причому не тільки внаслідок нещастя, але й по іншим причинам) у сімейній або робочій ситуації.

В залежності від переважаючих психопатологічних явищ виділяють 4 основних типи реактивних депресій: меланхолічний, тривожно-депресивний, істеро-депресивний, астено-депресивний.

Меланхолічний тип є найбільш частим серед зазначених варіантів та спостерігається в осіб з конституціональною схильністю до афективних розладів. В клінічній картині цих реактивних депресій переважають пригніченість, тужливий настрій, а іноді епізоди тути, що сприймається як болісне фізичне страждання. Як минуле, так і майбутнє уявляється у похмурих тонах. Іноді на перший план виступають ідеї гріховності, які на відміну від ідей самозвинувачення при ендегенних депресіях, тісно пов'язані з психотравмуючою ситуацією та складають основний зміст психогенного комплексу. Хворі звинувачують себе в тому, що не застосували необхідних мір для попередження нещастя. На протязі депресії можуть виникати короточасні загострення, що супроводжуються тривогою, відчуттям безнадійності, ідеями

беззмістовності подальшого існування, суїцидальними думками. Добові коливання афекту, характерні для циркулярної депресії, менш виражені але туга може домінувати зранку або у другій половині дня. Афективні розлади нетривалі та по мірі дезактуації травмуючої ситуації повністю редукуються, не залишаючи ніяких психопатологічних змін.

У деяких випадках можливий затяжний перебіг (до 8–10 місяців), а також зсув симптоматики в сторону ендогенної депресії з регулярними добовими коливаннями настрою, погіршенням апетиту, значним схудненням. У хворих зростає рухова загальмованість, апатія, байдужість до навколишнього, свого зовнішнього вигляду. При поглибленні депресії та посиленні туги поступово видозмінюється комплекс винності. Ідеї самозвинувачення та гріховності розповсюджуються на події, які не мають безпосереднього відношення до трагічних подій, що передували появі афективних розладів. При цьому тяжкість подій психотравми та пов'язані з нею самозвинувачення, які раніше домінували у думках та почуттях хворого, поступово зникають, ситуаційна тривога змінюється немотивованою.

Тривожно-депресивний тип

Психогенії даного типу зазвичай розвиваються у зв'язку з подіями, що загрожують здоров'ю, благополуччю, службовому положенню або в ситуаціях очікування, пов'язаних з судово-слідчими діями та проведенням судово-психіатричної експертизи. Хворі цілком поглинені думками про загрозове нещастя, боязливі, пригнічені, стурбовані своєю подальшою долею, майбутнім близьких. Тривожні побоювання (частіше іпохондричного змісту) переважають у клінічній картині та можуть набувати забарвлення фобій і охоплюючих уявлень та поєднуються з масивними сомато-вегетативними порушеннями. В період найбільшої гостроти стану тривоги супроводжується руховим неспокоєм, що може досягати ажитації.

Істеро-депресивний тип

Даний тип психогенних депресій частіше виникає у осіб з розладами особистості істеричного типу, але можливий розвиток і при інших типах особистісного складу. Істерична депресія відзначається значною драматичністю, може набувати відтінку навмисності та карикатурності. Хворі відверто кажуть, що оточуючі недооцінюють їх муки або не розуміють «драматизму» ситуації, що переживається. Вони скаржаться, що туга «ломить їм душу», сум «каменем лежить на серці», або, що втратили уяву, інтелектуальні функції, відчувають болісне безчуття, неспроможність відчувати задоволення, позитивні емоції та вимагають при цьому увагу оточуючих. У висловлюваннях хворих переважають мотиви жалості до себе, незаслуженості нещастя, що обрушилось на них. До особливостей істеричних депресій відноситься також виразність сомато-вегетативних проявів, розлади апетиту, сну, ендокринних функцій. Сон, як правило, поверхневий, супроводжується яскравими, кошмарними сновидіннями, основним змістом яких є

події, що передували психогенії (уві сні з'являються померлі родичі, «зовуть до себе», дають поради, настанови).

Найбільш виражені істеричні розлади при реактивних депресіях у осіб, що схильні до стійких, емоційно забарвлених прихильностей, що набувають іноді надцінний характер так звані «фанати почуттів». Розрив з близькою людиною або його смерть набуває у таких випадках властивості «ключового» переживання. Такий депресії, зазвичай затяжній, крім демонстративності проявів (ридання зі стонами, заламування рук, непритомність, драматичні розповідання про втрату) характерна конверсійна симптоматика (астазія-абазія, ком у горлі, афонія) та дисоціативні розлади (психогенні галюцинації, ознаки пуерилізму, псевдодеменції). Відзначається невідповідність між масивними проявами депресії та порівняльно незначній дезадаптацією хворих. Якщо у домашній ситуації хворі не можуть відволіктись від думок про те, що сталося, то за необхідністю (в робочій ситуації) «беруть себе в руки» та справляються з усіма поточними справами.

Істеричні депресії часто супроводжуються демонстративними, привертаючими увагу прагненнями до самопошкодження (поверхневі порізи, загрози та спроби накласти на себе руки). Зазвичай таке поведіння не має серйозних наслідків. Однак, на будь-яку, навіть демонстративну спробу самогубства потрібно звертати увагу, так як через випадкові причини вона може привести до фізичної вади або навіть смерті хворого. При нападах розпачу з відчуттям нестерпності ситуації, що склалася, які іноді виникають при реактивних депресіях, можливі суїцидальні спроби з реальною небезпекою для життя.

Астено-депресивний тип

Клінічна картина відповідає депресіям виснаження. Астенічні депресії частіше виникають в ситуаціях тривалого емоційного напруження, болісної тривожної невизначеності (сімейні та службові конфлікти, зміни соціального статусу внаслідок розлучення або смерті близької людини). Прихильними до формування психогенії даного типу є особи з невропатичним типом конституції, особистісними девіаціями в першу чергу астенічного кола, резидуально-органічним ураженням ЦНС, астенізацією організму, що пов'язана з тривалим соматичним неблагополуччям. У клініці домінують астенічні порушення (розбитість, постійна фізична виснаженість, дратівливість, гіперестезія, головний біль), тривожні побоювання з приводу свого фізичного здоров'я, вегетативні розлади. У хворих відзначаються розлади сну у вигляді порушення засинання через невід'ємні думки про психотравмуючу ситуацію, поверхневність сну, відсутність відчуття відпочинку, млявість, розбитість зранку, сонливість на протязі дня. Серед афективних розладів домінують апатія, почуття важкого безсилля, відчуття власної неспроможності, нездатності вирішити проблеми, що виникли. Психогенний комплекс співіснує з зовнішньою байдужістю, загальною загальмованістю. Перебіг астенічної депресії частіше

тривалий, с поступовим відновленням психічної та фізичної активності.

Психогенні манії

Психогенні манії визначаються як «реактивні манії», «манії страху», «ситуаційно обумовленні псевдоманіакальні стани». Зустрічаються порівняно нечасто у 3–10% хворих з реактивними станами. Розвиваються психогенні манії внаслідок важких психічних травм, трагічних життєвих обставин (катастрофи, смерть близької людини, тяжкі хвороби оточуючих). Стани манії можуть розвиватися також у ситуаціях очікування звільнення з ув'язнення. Розвиток маній полегшується при розладах особистості афективного (гіпертимні, циклоїдні), істеричного (істеро-збудливі, нарцисичні) та шизотипового кола.

В клінічній картині психогенної манії відзначається переважання явищ схвилюваності, дратівливості, метушливості при незначній виразності вітальних розладів — афекту радості, вдовolenня, розгальмованості потягів. Характерним є поєднання полярних афектів — горя, наснаги, контрастних переживань життєвого краху та оптимістичної піднесеності. Нерідко у хворих відзначаються виражені розлади сну у вигляді порушення засинання з напливом спогадів про трагічні події, незначна тривалість нічного сну з раннім пробудженням та відсутністю сонливості вдень. Активність підвищена. Пацієнти виявляють невластиву їм раніше енергію, рухливість, прагнення до діяльності, яка носить адекватний обставинам характер, докладають зусилля спрямовані на збереження сім'ї, пошук рідких ліків, визнаних фахівців для родича, що помирає, організацію поховання. На висоті афекту гіперактивність втрачає продуктивний, організований характер. На перший план виступають метушливість, настирливість, конфліктність. На цьому фоні можуть виявлятися сутяжні тенденції — прагнення без урахування ситуації пократати «винних» у трагедії, осіб які на думку хворого проявили байдужість або злочинну халатність.

При сприятливому розвитку з повним відновленням преморбідного рівня психічного функціонування афективні розлади редукуються на протязі від 1–2 тижнів до 1 місяця. Можливий і більш тривалий перебіг, що супроводжується інверсією афекта (зміна психогенної манії та депресію) або формування післяреактивного розвитку зі стійкою фіксацією психогенного комплексу. У деяких випадках виявляється тенденція до формування ендореактивної дистимії з віталізацією афективних проявів, набуттям рис аутохтонності з відривом динаміки стану від змін ситуації. У хворих зростає інтенсивність гіпертимії, стійкість до фізичних навантажень, розгальмованість потягів.

Терапія реактивних психозів включає медикаментозне, психотерапевтичне, фізіотерапевтичне лікування та комплекс мір соціальної підтримки. Терапевтична тактика визначається гостротою, тривалістю та особливостями клінічної картини психогенії, при цьому враховується характер та актуальність психічної травми, а також механізми виникнення

психогенної реакції. Обтяженість особистісними розладами та зростання психопатичних проявів у процесі формування психогенії значно погіршують прогноз терапії.

При патологічних реакціях на стрес в осіб, що знаходяться в екстремальних умовах (військові події, природні катаклізми, техногенні катастрофи) передбачені невідкладні організаційні, соціальні та психотерапевтичні заходи. Однак, насамперед необхідно ізолювати хворого від масованих травмуючих впливів. Виведення хворого у безпечну зону сприяє зниженню емоційної напруги, дає можливість мобілізувати внутрішні ресурси. Невідкладної допомоги, як правило, потребують гострі психогенні реакції. Лікування короточасних, минулих психогенних реакцій, з нерізко вираженими розладами, може проводитися в амбулаторних умовах. Однак, як правило, більшість хворих з реактивними станами потребує госпіталізації. В першу чергу це відноситься до хворих гострими істеричними та афективними психозами, а також психогенії з тяжкими афективними розладами, випадки, які потребують інтенсивної психофармакотерапії. Госпіталізація сприяє й виведенню хворих за межі постійно діючої травмуючої ситуації. Тривалість стаціонарного лікування повинна бути максимально індивідуалізована, особливо у випадках зі стійкою, з повільним темпом редукції симптоматики.

У лікуванні реактивних психозів активно застосовують психофармакотерапію. При гіперкінетичних проявах психозу медикаментозне лікування потрібно починати якомога скоріше. Призначаються нейролептики (антипсихотики) різних груп, що здатні швидко купіювати тривогу, страх, явища психомоторного збудження. В таких випадках перевагу надають внутрішньом'язовому введенню хлорпромазину (аміназин) чи галоперідолу. При психозі меншої інтенсивності показано парентеральне введення транквілізаторів (діазепам, лоразепам). У подальшому, при позитивній динаміці стану психотропні засоби пацієнт продовжує приймати внутрішньо.

При тяжких істеричних психозах, особливо в тих випадках, коли картина хвороби ускладнена галюцинаторною симптоматикою, маревоподібними фантазіями та явищами субступора нейролептичні засоби вводять внутрішньовенно крапельно. У таких випадках ефективна комбінована терапія нейролептиками та транквілізаторами. Значна роль у купіюванні гострої фази реактивного психозу належить психотерапії — динамічній, поведінковій, груповій, поряд з якою застосовуються транквілізатори, м'які нейролептики.

Головне місце в лікуванні реактивних депресій (так як і при ендогенних афективних розладах) належить тимолептикам, які при необхідності поєднуються з препаратами інших груп: транквілізаторами, нейролептиками та іншими засобами. При важких психогенних депресіях з тенденцією до віталізації (меланхолічний тип), тривожно-депресивному типі реактивної депресії, яка протікає з ажитацією, ідеями провини та суїцидальними тенденціями, а

також у випадках переважання у клінічній картині виражених явищ депресивної загальмованості показані трициклічні антидепресанти (амітриптилін, кломіпрамін, іміпрамін, доксерін). В особливо тяжких випадках показане внутрішньовенне введення препаратів. У випадках тривожних, ажитованих депресій тимолептики застосовуються у комбінації з транквілізаторами (діазепам, альпрозолам, феназепам) та нейролептиками (сульпірид, хлорпрофен, тіорідазин). У більш легких випадках — при неглибоких тривожно-депресивних станах з фобіями, іпохондричними побоюваннями, соматоформними розладами застосовують антидепресанти з помірною активністю (міртазапін, мінсерин, тразодон, серотонінергічні засоби).

При лікуванні реактивних депресій, не дивлячись на терапію, може виникати необхідність у призначенні снодійних засобів. У таких випадках, поряд з психотропними препаратами, що вводяться протягом дня, на ніч коротким курсом призначаються гіпнотики (золпідем, зопіклон) або транквілізатори з седативною дією (феназепам).

Тактика лікування маній залежить в першу чергу від ступеня виразності психопатологічних проявів. У випадках, коли маніфестація психогенної манії супроводжується явищами ідеаторного та рухового збудження, провідна роль у лікуванні належить нейролептичній терапії (галоперидол, хлорпромазин, оланзапін, кветіапін, рисперидон та інші). Нейролептики показані також при маніях з переважанням психогенних кататимних утворень, а також при

поєднанні афективних розладів з психопатичними проявами істеричного та паранойяльного кола. Поява ознак інверсії афекту, що свідчить про трансформацію реактивної манії в депресію, визначає необхідність відміни нейролептиків/антипсихотиків та призначення антидепресантів.

Лікування психогенних реакцій не закінчується купіюванням психозу. У подальшому необхідні загальнозміцнюючі та реабілітаційні засоби. Важливим компонентом лікування реактивних психозів повинна бути психотерапія. Її метою є встановлення значення психотравми для пацієнта, забезпечення підтримки, співчуття, спонукання до пошуку альтернативних шляхів вирішення проблеми. Важливою є також всебічна допомога для активного подолання катастрофи, що настигла хворого. Втручання в кризовий період спрямоване на допомогу пацієнту з застосуванням методів підтримки, переконання, модифікації довкілля. Активно застосовуються техніки когнітивної та раціональної психотерапії, спрямовані у першу чергу на вербалізацію, «переробку» травматичних спогадів, що дозволяє зменшити афективну напругу, структурувати емоційні реакції, активізувати цілеспрямовану діяльність пацієнта. У програми психотерапевтичних заходів при психогенних обов'язкового повинні включатись підтримуюча психотерапія, спрямована на редукцію явищ психологічного дисстресу — тривоги, страху, розпачу. Показане також застосування методик, спрямованих на досягнення якісної релаксації, гіпнотерапія.

Список використаної літератури

1. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Надання допомоги лікарям загальної практики психічно хворим. — Харків: ФОП Шейніна О.В. — 2014. — 244 с.
2. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Антидепресанти, транквілізатори та психостимулятори. Принципи використання в психіатричній практиці. — Харків: ХМАПО, 2015. — 33 с.
3. Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гончаров В.Є., Шейніна Т.Л., Гурницький О.В. Епідеміологія психічних розладів та принципи організації психіатричної допомоги. — Харків: ХМАПО, 2015. — 42 с.
4. Михайлов Б.В. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки // Міжнародний медичний журнал. — 2016. — Том 1. — С.73–80.
5. Організація надання психіатричної допомоги постраждалим унаслідок бойових дій у зоні АТО. Козідубова В.М., Долуда С.М., Гончаров В.Є., Баричева Е.М., Брагін Р.Б., Гурницький О.В. // Медична допомога учасникам бойових дій: навчальний посібник / За редакцією Хвисьюка О.М., Марченко В.Г., Михайлова Б.В. — Харків: ХМАПО, 2016. — С.15–18.
6. Психіатрія: підручник /Козідубова В.М., Кузнецов В.М., Вербенко В.А., Юр'єва Л.М., Фільц О.О., Бабюк І.О. — Харків: Оберіг, 2013. — 1164 с.
7. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. Посттравматичний стресовий розлад: навчальний посібник. Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, В.І. Ісаков. Київ, Медицина — 2023. — 120 с.
8. Чабан О.С., Безшейко В.Г. Симптоми посттравматичного стресу, тривоги та депресії серед учасників бойових дій в зоні антитерористичної операції //Український вісник психоневрології. — 2017. — Том 25, вип. 2 (91). — С.80–84.
9. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології: Монографія. Київ: Медкнига — 2019. — 168 с.

Діагностика та лікування реактивних психозів

Проф. В.М. Козідубова, доц. О.Ю. Гончарова, проф. С.М. Долуда

Харківський національний медичний університет

В роботі наводяться дані про психотичні розлади психогенного генезу. Описані діагностичні критерії гострих реакцій на стрес, істеричних психозів, психотичних депресій, психогенних маній. Наведені рекомендації щодо комплексної терапії зазначеної патології.

Ключові слова: реактивні психози, критерії діагностики, комплексне лікування.

Diagnosis and treatment of reactive psychoses

Prof. V.M. Kozidubova, assoc. prof. O. Yu. Goncharova, prof. S.M. Doluda

Kharkiv National Medical University

The work presents data on psychotic disorders of psychogenic genesis. Diagnostic criteria of acute reactions to stress, hysterical psychoses, psychotic depressions, psychogenic manias are described. Recommendations for comprehensive therapy of the specified pathology are given.

Key words: reactive psychoses, diagnostic criteria, complex treatment.

Контактна інформація: Козідубова Валентина Михайлівна
д.м.н., професор, професор кафедри психіатрії та наркології
Харківський національний медичний університет,
м. Харків, вул. Амосова, 58
Телефон: +38 057 707 72 93, +38 093 859 55 08
Email: nni_po@knu.edu.ua

Стаття до редакції надійшла 28.04.2023 р.