



Проф. С.М. Долуда, доц. Е.М. Баричева, доц. О.В. Гурницький
Харківський національний медичний університет
Кафедра психіатрії та наркології

Сучасні форми психогенних параноїдів

Ці форми психозів раніше відносились до порівняно рідких форм реактивних станів. Але в останній час такі психози розвиваються все частіше. Розвиток даної форми залежить як від тригерних, так і соматичних та ситуативних факторів, а саме від тривалого емоційного напруження, арешту, вимушеної ізоляції, нервового та соматичного виснаження, пов'язаного з тривалим порушенням сну, недоїданням та іншими чинниками. До патохарактерологічних проявів, що підвищують чутливість до впливу психотравмуючих факторів частіше всього відносяться розлади особистості параноїдного, шизоїдного та істеричного кола. Конституційні фактори відіграють найбільшу роль у формуванні психогенно обумовлених патологічних (параноїальних) розвитків.

Виділяють гострі, підгострі та затяжні психогенні параноїди.

Для клінічної картини гострого параноїду характерні простота, елементарність, образність, емоційна насиченість маячення та різко виражений афект страху та тривоги. Частіше всього розвивається маячення переслідування та відношення. Зміна маячення відображає в прямому або протилежному вигляді (маячня невинності та помилування засуджених) травмуючу ситуацію. В одних випадках це загроза фізичному існуванню, розправа, в інших — морально-етична шкода, що завдається хворому та його родичам. Можливий розвиток зорових та слухових галюцинацій. Після короткого (іноді не більше декількох годин) продрому з незрозумілими тривожними побоюваннями та зростаючою підозрілістю у хворих раптово виникає відчуття смертельної загрози, їм здається, що вони в оточенні ворогів, їх родичі померли, деякі хворі чують зловісний шепіт, а потім все

більш виразні голоси людей, що замислюють вбивство. В період кульмінації психозу поведінка хворих цілком визначається змістом патологічних переживань та може проявлятися небезпечними діями. В жаху вони намагаються бігти, вистрибувати у вікно, нападають на уявних ворогів або хочуть скоїти самогубство, щоб не потрапити живим до переслідувачів. Психоз носить транзиторний характер та у більшості випадків через декілька днів після початку лікування редукується. Однак, на протязі 2–4 тижнів зберігається залишкова симптоматика у вигляді тривоги у вечірній час, підозрілості, страху появи переслідувачів. Резидуальне маячення при психогенних параноїдах зазвичай нестійке та редукується в процесі зворотного розвитку тривожних розладів, психічної слабкості та відновлення критики.

На відміну від реактивних депресій, які пов'язані з нещастям, що вже сталося, головним психогенним моментом при параноїдах становиться загроза, яка пов'язана з проекцією поточної ситуації у найближче майбутнє та стосується самого хворого або його близьких. При цьому у ряді випадків важливим патогенетичним фактором формування психогенних параноїдів є фактор несприятливих небезпечних зовнішніх обставин, що набувають властивості психічної травми.

Групу реактивних психозів, обумовлених зовнішніми обставинами визначають як «параноїди зовнішніх обставин», до яких в першу чергу відносяться параноїди військового часу. Поряд з факторами «ослабленого ґрунту» — соматичними проблемами, викликаними попередніми пораненнями, контузіїями велике значення для їх виникнення має ситуація постійної загрози для життя — вибухи, велика кількість людей, колони військового транспорту, раптові

появи незнайомих осіб. Маячні ідеї переслідування, відносин, самозвинувачення формуються на фоні виразного тривожного афекту. Зміст параноїду відповідає ситуації. Військовослужбовці «знову» переживають обставини полону, очікують нападу, приймають товаришів по службі за ворогів. Маячення у таких випадках супроводжується різким афектом страху та примітивними імпульсивними реакціями, хворі метушаться, кудись біжать. У поранених, які потрапили у незвичні обставини шпиталю, нерідко виникають ідеї провини, що супроводжуються неспокоєм та пригніченістю. Деякі з них називають себе симулянтами, дезертирами, кажуть, що навмисно заподіяли собі ваду, інші кажуть, що вони шпигуни, зрадники, винні у погибелі людей.

До параноїдів зовнішніх обставин відносяться і маячні реакції, що виникають при тривалій подорожі, що раніше описувалися як «залізничні параноїди», однак які спостерігались також при пересуванні і на інших видах транспорту. У їх розвитку головне значення має ситуація перебування в обстановці вокзалу, аеропорту або транспортного терміналу зі значним скупченням людей, обривками розмов, що доносяться звідусіль, криками, телефонними дзвінками, які створюють атмосферу поспіху, невизначеності та тривоги. Значну роль також відіграють фізична перевтома, нерегулярне харчування, зловживання алкоголем, тривале позбавлення сну.

Відправляючись у подорож хворі поступово починають помічати, що на них зосереджена увага навколишніх, їх оглядають, про них ведуться розмови, люди, які знаходяться поруч поводяться незвичайно, шепочуться між собою, переглядаються. У подальшому хворі набувають впевненості, що поряд з ними розташувались злодії та шахраї, які хочуть вбити або пограбувати його. Щоб зберегти собі життя хворі роздають свої речі, гроші, деякі — у страху вистрибають з вагону, кидаються під потяг.

Важливим чинником розвитку параноїду може стати ситуація психічної ізоляції (перебування у чужому, ворожому оточенні, в якому пацієнт не має контактів з людьми через незнання іноземної мови. У таких випадках, визначають маячення «інакомовного оточення» або «міграційний психоз». В якості факторів, що підвищують ймовірність формування параноїда виступають також незвичний для нового оточення зовнішній вигляд, мова, загальний модус поведінки емігрантів. До параноїдів, що пов'язані з психічною ізоляцією близьке за механізмом виникнення маячення туговухих. В обох випадках відбувається патологічна інтерпретація недоступної та незрозумілої мови оточуючих (через незнання мови або глухоти) з подальшим посиленням тривоги та страху. У хворих розвиваються слухові ілюзії загрозливого змісту, зростає впевненість у ворожому ставленні оточуючих.

До підгострих маячних станів з тривалим перебігом відносяться в'язничні параноїди, які пов'язані з ситуаціями заключення (арешт, страх судового розгляду, покарання, тривога за свою долю, сім'ю). У таких випадках головним тригерним механізмом

є ізоляція. За змістом маячні переживання тісно пов'язані з обставинами арешту, змісту звинувачень.

До цієї групи розладів також відносяться «параноїди бізнесменів», що розвиваються в умовах тривалих конфліктних ситуацій, частіше всього пов'язаних з великими торговими та фінансовими операціями, на фоні постійного шантажу, перспективи втрати роботи, повного банкрутства. Прояви психогенії розгортаються поступово. На перших етапах в клінічній картині на фоні тривоги та афективних розладів розвиваються малосистематизовані та нерозгорнуті маячні ідеї переслідування. Загострення стану відбувається після конфлікту з конкурентами або компаньйонами. Посилюється відчуття страху, загрози життю. Поведінка хворих у подальшому набуває характер «детективного жанру». Хворі починають відчувати стеження з боку своїх колишніх конкурентів, через побоювання нападу ховаються, ходять тільки з охоронцями. За межами будинку ходять оглядаючись, їм здається, що навколо знайомі особи, що дочікуються їх з метою помсти. Будь які події у житті, що відбуваються в цей час інтерпретуються хворими маячним чином. Хворі в очікуванні «нападу» знаходяться у тривозі, не знадять собі місця, не сплять вночі, постійно тривають при собі зброю, без крайньої необхідності не залишають домівку, у кожній людині, яка заходить у дім, бачать свого вбивцю. Гострий період зазвичай триває 1–2 тижні. Подальшої генералізації та систематизації параноїдних розладів зазвичай не відбувається, маячення залишається в межах психогенного комплексу та тісно переплітається з реальними подіями з періодичним посиленням тривоги, пригніченості. Деякі хворі емігрують, щоб сховатись від переслідувачів, змінюють місце проживання, інші потрапляють під нагляд психіатрів. На фоні лікування афективне охоплення переживаннями, тривога, безсоння швидко редукуються. Однак, ідеї переслідування, не дивлячись на втрату актуальності психотравмуючої ситуації, зберігаються декілька тижнів.

До групи підгострих психогенних розладів відноситься індуковане маячення. У таких випадках психогенним фактором виступає близьке оточення (захворювання розвивається у членів однієї родини) з тривалим, повним глибокої афективної зацікавленості спілкуванням з індуктором — психічно хворою людиною або особою з патохарактерологічними аномаліями з паранойяльною активністю. Важливою в таких умовах є і відносна соціальна ізоляція, при якій полегшується контакт між індуктором та індукованим. До формування психогенії прихильні особи, які мають зниження критики та посилену навіюваність внаслідок легких форм розумової відсталості, розладів особистості істеричного та паранойяльного кола, а також набутих внаслідок церебрального атеросклерозу, тривалих астенічних станів. Внаслідок особливих психічних змін чужі маячні висловлювання, плани боротьби, ідеї переслідування приймаються індукованим на віру, без будь-якої критичної переробки (навіяний психоз). За тематикою індукований психоз зазвичай пов'язаний з подіями звичного

життя, частіше всього це маячення переслідування, сутяжне або еротичне. За змістом психопатологічні феномени подібні з психозом індуктора, в деяких випадках повністю його копіюють. Частіше індукованою є одна людина, більша кількість осіб залучається рідко. Індуковане маячення, як правило, нестійке та швидко зникає при зміні ситуації. Відновлення критики та одужання настає вже після кількох днів після роз'єднання з індуктором.

Якщо індуковані маячні розлади розвиваються у хворих на шизофренію партнерів, то закономірності їх формування та динаміка можуть бути іншими. Цей варіант індукованого маячення називається конформним маяченням. При такому варіанті не завжди вдається визначити індуктора та індукованого. Формування параноїди у таких випадках відбувається за механізмом взаємної індукції. Партнери обмінюються власними підозрами, подібним чином інтерпретують факти навколишньої дійсності. При роз'єднанні хворих маячення може не зникати.

Затяжні психогенні параноїди (параноїяльні розвідки) відносять до більш м'яких форм маячення. Маячення на всьому протязі носить обмежений, в значній мірі ізолюваний характер та не має тенденції до ускладнення та генералізації.

Хворобливий стан частіше розвивається у осіб з патохарактерологічними аномаліями з приєднанням параноїчних рис та схильністю до формування надцінних комплексів, при розладах особистості афективно-гіпертимного кола з рисами завищеної самооцінки. Провокація психогенних розладів відбувається за механізмом ключового переживання. Маячення розгортається після подій, що мають вклад у формування надцінних утворень, та тим самим особливо глибоко вражаючих уяву хворих. Так, наприклад, у осіб, що поглинуті ідеями технічного раціоналізаторства та вимушених у зв'язку з переорієнтуванням виробництва згорнути свої розробки, виникають сумніви у лояльності співробітників, з'являються побоювання скритого суперництва. Такі ситуації можуть призводити до тривалих конфліктів з керівництвом та переростати у подальшому в стійку впевненість у тому, що недоброзичливці мають намір скористатися результатами їх праці. Поведінка оточуючих розцінюється як лицемірна, хворі починають помічати, що співробітники керуються прихованими мотивами та багатозначно хмикають, морщать, переглядаються, всім своїм виглядом демонструють зневагу, а конкуренти таємно через своїх «прихильників» намагаються дискредитувати їх, спеціально викреслюють найбільш суттєві дані з їх робіт, а потім намагаються застосувати ці дані у своїх роботах. Вставши на шлях захисту своїх інтересів, хворі у численних листах та скаргах, які вони направляють у різні інстанції, повідомляють про «фальсифікації» та «махінації» наукових опонентів та їх помічників, що робиться з метою «плагіату» або «помсти». Тривалість таких психозів від 2 до 5 та іноді до 10 років.

До найбільш типового варіанту психогенних параноїдів відносяться тривалі сутяжні реакції, які можуть розвиватися у будь-якому віці, але більш характерним є початок після 40 років. За клінічною картиною сутяжні параноїди розвиваються аналогічно описаному вище стану.

Особливе місце в ряду психогенів займає деприваційний галюциноз, який виникає у психічно здорових осіб в умовах сенсорної депривації (галюцинації типу Шарля Бонне). Обмани сприйняття (елементарні слухові відчуття — клацання, вигуки, «пейзажи», «напливи картин» при закритих очах, галюцинації бокового зору) можуть з'являтися в процесі виробничої діяльності, що здійснюється в умовах темряви. Такі стани розвиваються у сплеонтологів, що опинились у печерах, та позбавлених освітлення, у осіб з порушеннями зору або інших органів почуття (галюцинаторні епізоди, що тривають від декількох секунд до багатьох годин, що включають яскраві рухливі фігури знайомих та незнайомих людей, тварин, рослин, неживі предмети).

Диференціальний діагноз проводиться як в період психозу, так і по виходу з нього. Для встановлення природи стану оцінка змін, що наступили після виходу з психозу має найважливіше значення.

Реактивні параноїди частіше всього диференціюють з ендогенними захворюваннями (шизоафективні психози, шизофренія), а також від станів іншої нозологічної природи (органічні ураження ЦНС, атрофічні процеси пізнього віку, алкоголізм). Ендогенні захворювання, які маніфестують у зв'язку з психотравмою, при подальшому розвитку набувають риси, властиві основному захворюванню. Шизофренічним параноїдам властива генералізація, яка виходить за межі актуальних подій, критичне ставлення до перенесеного психозу частіше всього відсутнє. При млявоподібних формах шизофренії ще задовго до маніфесту психозу мають місце стійкі неврозоподібні прояви, періоди нерозгорнутої депресії, зі зростаючою замкнутістю, відстороненістю, підозрілістю. В клінічній картині загострення значне місце займають розлади мислення.

На відміну від алкогольних параноїдів, при психогенних психозах розвивається маячення тлумачення. В структурі алкогольних психозів переважають обмани сприйняття, які мають «алкогольну» тематику (голоси «пропонують випити», засуджують за пияцтво). На відміну від алкогольного делірію, при психогенних параноїдах не буває грубого дезорієнтування в навколишньому становище, характерних зорових обманів (дрібні тварини, електричні розряди, павутиння, комахи), а також соматичних ознак (тремор, пітливість й інші).

Що стосується виходу з психогенних параноїдів, то слід зазначити, що зворотній розвиток психогенів не є однотиповим. Найчастіше повне одужання розвивається після нетривалого періоду астенії. При неповному одужанні можуть виявлятися загострення преморбідно змінених характерологічних рис.

Терапія гострих реактивних маячних станів має аналогію з існуючими принципами лікування гострих поліморфних психотичних розладів.

Лікування підгострих та тривалих параноїдів, клінічна картина яких визначається надцінним маяченням та явищами сутяжної параної також не має суттєвих відмінностей від терапії маячних ендогенних психозів. Першочерговим завданням, яке частіше всього вирішується в умовах стаціонару, є купіювання маніфестних проявів параноїду, до складу яких часто входять акти агресії, ознаки маячної та сутяжної активності. Головне місце в психофармакотерапії належить нейролептикам/антипсихотикам. На перших етапах лікування препарати вводять парентерально (частіше всього внутрішньом'язово). При редукції маячної напруженості, тривоги, дезактуалізації ідей переслідування, відношення, спрощення та звуження фабули маячення хворих переводять на пероральний прийом препаратів. При сутяжних реакціях з масивними патохарактерологічними проявами про-

водять комбіновану терапію нейролептиків\антипсихотиків з транквілізаторами. Якщо маячні прояви поєднуються з тривогою та розгортаються на фоні пониженого настрою, перевагу надають м'яким нейролептикам у комбінації з транквілізаторами або антидепресантами.

При лікуванні тривалих психогенних параноїдів особливе значення набуває підтримуюча нейролептична терапія. Певний ефект можуть надати і соціальні заходи. Якщо марення та сутяжництво пов'язані з професійною діяльністю, необхідно раціональне працевлаштування, при індукованому маяченні — роз'єднання партнерів по маяченню.

У випадках формування стійкої післяреактивної астєнії показані ноотропи зі стимулюючою дією: пірацетам, прамірацетам, препарати гінґко білоби.

До загального комплексу терапевтичних заходів, як і при лікуванні інших форм реактивних психозів, слід включати психотерапію та соціальний захист хворих.

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. Михайлов Б.В. Медико-психологічний супровід осіб з гострими розладами психіки і поведінки // Міжнародний медичний журнал. — 2016. — Том 1. — С.73–80.
4. 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 Хвсюка О.М., Марченко В.Г., Михайлова Б.В. — Харків: ХМАПО, 2016. — С.15–18.
5. 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.
6. Психогенні психічні розлади: навчально-методичний посібник. Л.О. Герасименко, А.М. Скрипніков, В.І. Ісаков. Київ, Медицина — 2021. — 208 с.
7. Чабан О.С., Хаустова О.О., Омелянович В.Ю. Невідкладна допомога в психіатрії та наркології: Монографія. Київ: Медкнига — 2019. — 168 с.

Сучасні форми психогенних параноїдів

Проф. С.М. Долуда, доц. Е.М. Баричева, доц. О.В. Гурницький

Харківський національний медичний університет

В роботі наводяться дані про основні форми реактивних параноїдів, описані клінічні варіанти проявів, діагностичні та диференціально-діагностичні критерії, особливості перебігу. Зазначені принципи комплексного лікування даної патології.

Ключові слова: реактивні параноїди, форми, критерії діагностики, комплексне лікування.

Modern forms of psychogenic paranoids

Prof. S.M. Doluda, assoc. prof. E.M. Barycheva, assoc. prof. O.V. Gurnytskyi

Kharkiv National Medical University

The paper provides data on the main forms of reactive paranoids, describes clinical variants of manifestations, diagnostic and differential diagnostic criteria, and features of the course. The specified principles of complex treatment of this pathology.

Key words: reactive paranoids, forms, diagnostic criteria, complex treatment.

Контактна інформація: Долуда Світлана 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@knmu.edu.ua

Стаття до редакції надійшла 28.04.2023 р.