

вигляді континууму, на одному з полюсів якого превалюють розлади, зумовлені переважно психічною, а на іншому – соматичною шкірною патологією.

Шкіра відрізняється високою чутливістю до психогенних і ситуаційних впливів. При систематичі психічних розладів у дерматологічній клініці виділяють:

1) психічні розлади з переважною проекцією симптомів у сферу шкірного покриву:

а) дерматозойне (зоопатичне) марення;

б) іпохондрії з аутодеструктивними тенденціями (патомімія, невротичні екскоріації, екскоріюване акне, трихотиломанія, оніхофагія, хейлофагія);

в) дисморфофобія (домінування ідеї уявної фізичної вади, пов'язаної зі шкірним покривом);

2) психічні розлади, спровоковані дерматологічною патологією.

Виділяється також особлива група дерматозів – хронічні психосоматичні захворювання (атопічний дерматит, псоріаз, справжня екзема тощо), перебіг яких – маніфестація і подальше рецидивування – опосередкований психічною травматизацією. Однак поряд із вразливістю до стресу та іншими проявами реактивної лабільності, що виражається у формі дерматозів, спостерігаються і зворотні співвідношення. Дерматологічні захворювання з хронічним рецидивуючим перебігом, торпідним до терапії, що супроводжуються вираженим свербінням і висипаннями, що локалізуються на відкритих ділянках шкіри, можуть самі по собі стати тяжким стресом і провокувати психогенні розлади.

Отже, складність коморбідних зв'язків психічних і дерматологічних розладів на теперішній час розвитку клінічної медицини видається очевидною.

Н.Г. Масловська

## ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

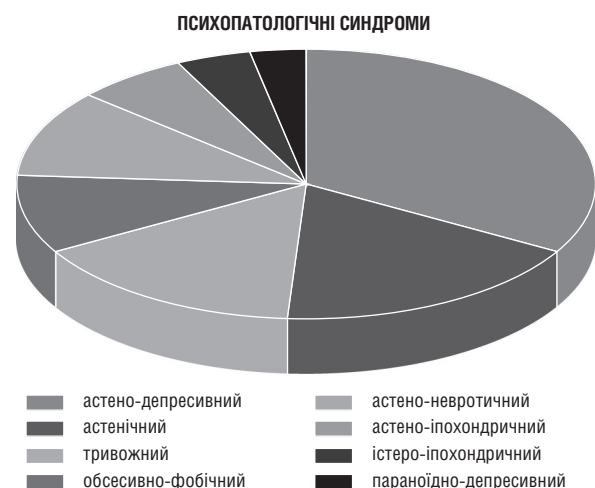
Інтенсивний вплив війни; загроза для життя і тяжкі втрати; проживання в районі або громаді, звичний уклад життя якої був ущент зруйнований; сильний вторинний стрес, незалежно, гострої чи хронічної природи; фізичні травми – всі ці фактори знижують адаптивні механізми організму та сприяють виникненню психічних порушень, що потребують спеціалізованої допомоги фахівців.

**Мета дослідження** – визначити аспекти організації спеціалізованої психіатричної допомоги, виділити найпоширеніші синдроми, що з'являються у осіб, які перебували під впливом значних стресових чинників, опрацювати шляхи розподілення постраждалих для подальшого надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги.

**Матеріали та методи.** Було обстежено 46 пацієнтів – учасників бойових дій, 21 з них перебував у відділенні неврозів та соматоформних розладів, 4 – у гострих закритих відділеннях лікарні, 14 було обстежено на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТОККПНЛ та 7 у центрі психологічної служби м. Тернополя. Використані наступні методи дослідження: анамнестичні та клінічні дані, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, а також опитувальник по зовнішніх тригерах ERS, шкали MMPI, Монтгомері–Асберга, опитувальник Спілбергера–Ханіна [1]. Усіх постраждалих було поділено на категорії залежно від виділених патопсихологічних синдромів, тяжкості захворювання та особистісних характеристик [3].

**Результати.** У процесі дослідження постраждалих, які звертались за психіатричною допомогою, було виділено психопатологічні синдроми, а саме: істеро-іпохондричний (4%), астено-іпохондричний (6%), obsесивно-фобічний (9%), астено-депресивний (32%), астено-невротичний (10%), параноїдно-депресивний

(3%), астенічний (17%), тривожний (15%) [2]. Також було виділено окрему категорію постраждалих (4%), у яких спостерігали окремі симптоми (замкненість в собі, прояви агресії, поява страхів, нічні жахиття, апатія, дратівливість та інші, цей розподіл наведено на діаграмі.



Постраждали, у яких було виявлено істеро-іпохондричний, астено-іпохондричний, obsесивно-фобічний, астено-депресивний, астено-невротичний, тривожний, астенічний синдроми, потребували лікування у відділеннях неврозів та соматоформних розладів. Їм проводили лікування такими групами препаратів: седативні, транквілізатори, антидепресанти, ноотропи, снодійні, а також індивідуальну та групову психотерапію. Пацієнти із параноїдно-депресивним синдромом потребували лікування у гострих психотичних відділеннях лікарні, де використовували антипсихотичні препарати, анти-

депресанти, седативні засоби, снодійні. Постраждали, у яких виявлено окремі симптоми, потребували комплексного обстеження, призначення симптоматичного лікування (снодійні, анксиолітичні препарати, заспокійливі, ноотропи), реадптації (повернення в коло сім'ї, друзів) та психотерапії (групової та індивідуальної), спілкування із духівником, долучення до груп взаємодопомоги [4].

**Висновки.** У процесі проведення дослідження було визначено певні аспекти організації спеціалізованої пси-

хіатричної допомоги. Усіх постраждалих було поділено на категорії залежно від виділених патопсихологічних синдромів та розподілено у відділення лікарні, в яких було проведено відповідну фармакологічну та психотерапію. Постраждалим, які не потребували стаціонарного лікування, було запропоновано відповідну симптоматичну терапію, а також відвідування індивідуальної та групової психотерапії, долучення до груп взаємопідтримки, спілкування із духівниками.

**В.С. Білоус**

**ВПЛИВ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ  
НА РОЗВИТОК ПЕРВИННОГО ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗодУ**

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
імені І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

Добре відомо, що посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) може виникнути після травм, таких як військовій дії. Слід зазначити, що такі травми можуть призвести до виникнення симптомів психозу. Психологічне насильство у дитячому віці та сексуальне насильство також пов'язані з психозом. Такі травми сприяють розвитку психозу, і це можна порівняти з психозом ендogenous походження (шизофренія).

Досить широко дослідженим є психоз, який виникає внаслідок ПТСР. Він часто розвивається у людей, які перенесли травми у воєнних ситуаціях. У пацієнтів з ПТСР, що належали до групи ветеранів військових дій, психотичні симптоми спостерігалися частіше, ніж у контрольних групах (Батлер, 1996; Козарик-Ковачич, 2005). Однак при посттравматичному стресовому розладі спостерігаються не тільки позитивні психотичні симптоми, але й негативні (Хамнер, 2000). Аналіз даних показує, що у 30–40% ветеранів військових дій з ПТСР виявляють слухові або зорові галюцинації та/або маячні ідеї (Ліндлі, 2000). Існує багато дискусій щодо зв'язку між ПТСР і психозом. Моррісон та ін. (2003) розглядають три основні версії. По-перше, психоз може призвести до ПТСР, відомо, що у 46% з тих хворих, у кого був гострий психотичний епізод, через 4 місяці виникає ПТСР. По-друге, вважають, що травма може викликати психоз і, нарешті, що ПТСР і психоз є частиною спектра захворювань, які можуть виникати у відповідь на травму.

Інші травматичні життєві події, включаючи психологічно тяжке дитинство та сексуальне насильство, також є приводом для виникнення психозу.

Дослідження показало, що 70% галюцинацій розвиваються після травматичних випадків (Ромм та Ешер, 1989). Крім того, хронічним слуховим галюцинаціям зазвичай передують епізоди травми або події, що викликають активацію пам'яті про перенесену травму (Хоніг, 1998).

Також травми сприяють «пограничному розладу особистості» і депресії.

Особливий інтерес представляє модель розвитку посттравматичного психозу в порівнянні з психозом ендogenous походження (шизофренія).

У розвиток шизофренії залучені функціональні та анатомічні зміни головного мозку. Подібні аномалії спостерігалися також у хворих на ПТСР. Структури мозку до і після розвитку ендogenous психозу (шизофренії) були ретельно вивчені за допомогою МРТ. Особливу увагу привернув гіпокамп, який був зменшеним в об'ємі при початкових стадіях психозу і хронічної шизофренії (Велаколіс, 1999). Цілком імовірно, що гіпокамп зменшується на певному етапі напередодні або відразу після початку психозу. Однак ці дані досконало не вивчені, але подальші дослідження проводяться (Вуд, 2001; Велаколіс, 2006). Інші зміни в медіальній скроневій частці (включаючи мигдалини і передню частину поясної звивини кори мозку) також були описані (Велаколіс, 2006; Юцель, 2003). Вважається, що ці структурні зміни нервової системи, включаючи пре- та перинатальні, призводять до виникнення психозу (Пантеліс, 2005; Велаколіс, 2000).

У одному з досліджень оцінювали розвиток симптомів у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом і психічних симптомів, набутих під час військових дій, та порівнювали із симптомами у пацієнтів з ПТСР з психотичними симптомами, набутими в результаті сексуального насильства в юнацькому віці.

Вивчали п'ять таких випадків, два з яких пов'язані з ПТСР внаслідок війни, три – ПТСР, пов'язаний із сексуальним насильством.

У кожному з випадків в обох групах симптоми, здавалося б, розвиваються поступово. У пацієнтів виникає ПТСР, але не психотичні симптоми. Психотичні симптоми виникають в кожному з випадків через деякий час, в другому епізоді травми. Ця феноменологія, припускають, є моделлю стресового діатезу, який дійсно має місце у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом і психотичними симптомами, і що перший епізод ПТСР робить цих хворих більш вразливими, що призводить до розвитку психотичних симптомів при впливі подальшого стресу. Очевидно, необхідно буде перевірити цю гіпотезу, докладно вивчаючи історію, беручи до уваги феноменологію розвитку у великого числа пацієнтів психотичних симптомів і ПТСР.