

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.