УДК 616.895-036-079.4-083.98-085 DOI: https://doi.org/10.22141/2224-0586.22.3.2026.2011

Гончарова О.Ю., Козідубова В.М., Долуда С.М., Баричева Е.М., Гурницький О.В.
Харківський національний медичний університет, м. Харків, Україна

Діагностика та диференціація станів психомоторного збудження як необхідна умова надання невідкладної допомоги

For citation: Emergency Medicine (Ukraine). 2026;22(3):282-287. doi: 10.22141/2224-0586.22.3.2026.2011

Резюме. *У роботі наводяться дані про діагностику та диференціацію станів психомоторного збудження. Підкреслюється, що зазначений стан є досить поширеним та розвивається при гострих психічних розладах, інтоксикаціях, соматичних та неврологічних захворюваннях, стресових впливах. Клінічна картина збудження характеризується значною гостротою, тяжкістю та вираженістю симптоматики з домінуванням порушень свідомості, психотичних розладів, агресії, афективних та грубих поведінкових проявів. Такі стани є небезпечними як для хворого, так і для оточуючих. У психіатричній практиці зустрічаються такі варіанти психомоторного збудження, як галюцинаторно-маячне, депресивне (меланхолічне), маніакальне, кататонічне, гебефренічне, аментивне, епілептичне, хореїформне, істеричне, психопатичне, панічне, еретичне. Психомоторне збудження, що розвивається при розладах внаслідок вживання алкоголю та наркотичних речовин, також має певні особливості. У статті наводяться стани психомоторного збудження зазначених варіантів, що є важливими для своєчасної діагностики та диференціації при наданні невідкладної допомоги хворим. Допомогу хворим з психомоторним збудженням надають не тільки психіатри та наркологи, часто з такими особами стикаються лікарі інших спеціальностей як на амбулаторних прийомах, так і в стаціонарах. Наводиться інформація, що у всіх країнах на сьогодні існує значна прогалина у можливості надання психіатричної допомоги людям з психічними, неврологічними розладами та розладами внаслідок вживання психоактивних речовин. Для вирішення цієї проблеми у лікуванні Всесвітня організація охорони здоров'я розробила програму Mental Health Gap Action Programme, яка активно впроваджується в Україні. У зв'язку з важливістю уніфікації підходів до надання допомоги наводиться інформація про оцінку та ведення станів збудження відповідно до положень цієї програми. Залежно від того, який варіант збудження діагностований, надаються рекомендації з ведення із застосуванням як методів деескалації немедикаментозного характеру, так і терапії з призначенням психотропних засобів.*

Ключові слова: *психомоторне збудження; діагностика; диференціація; терапія*

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) (2025), майже 1 з 7 людей у світі живе з психічними розладами. Психічні розлади досить різноманітні, можуть суттєво порушувати повсякденне функціонування, викликати тривалі страждання, скорочувати тривалість життя, якщо їх не лікувати. Попри існування ефективних варіантів профілактики та терапії, більшість людей не має доступу до лікування [1, 2].

Важливе місце у структурі розладів, яким приділяється значна увага як психіатрів, так і лікарів інших спеціальностей, посідають стани психомоторного збудження. Актуальність постійного збагачення знань з діагностики та ведення цих станів зумовлена їх значною небезпекою як для самого хворого, так і для оточуючих, що потребує екстреної діагностики та медичної допомоги [3–8].

Стан психомоторного збудження належить до патології вольової сфери на рівні реалізації вольового зусилля і характеризується неадекватним, вкрай вираженим посиленням психічної та рухової активності, патологічним за формою та силою. Психомоторне збудження часто розвивається при гострих психічних розладах, інтоксикаціях, соматичних та неврологічних захворюваннях, стресових впливах [9–11].

© 2025. The Authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, CC BY, which allows others to freely distribute the published article, with the obligatory reference to the authors of original works and original publication in this journal.

Для кореспонденції: Долуда Світлана Михайлівна, доктор медичних наук, професор, кафедра психіатрії та наркології, ННІ післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет, просп. Науки, 4, м. Харків, 61022, Україна; e-mail: svitlanadoluda@gmail.com; тел.: +380 (50) 902-43-96
For correspondence: Svitlana Doluda, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Nauky ave., 4, Kharkiv, 61022, Ukraine; e-mail: svitlanadoluda@gmail.com; phone: +380 (50) 902-43-96
Full list of authors information is available at the end of the article.

Значно ускладнює своєчасну диференціальну діагностику станів психомоторного збудження їх гострота, тяжкість, вираженість, особливості клінічної картини з домінуванням порушень свідомості, психотичних розладів, агресії, афективних та грубих поведінкових проявів [12–14].

Психомоторне збудження виникає при гострих порушеннях психіки і проявляється, крім підвищеної рухової активності, розгубленістю, тривожністю, агресивністю, ейфорією, галюцинаціями, затьмаренням свідомості, маячним станом та може відзначатись при широкому колі психічних розладів. Загалом у психіатричній практиці традиційно виділяються такі варіанти збудження: галюцинаторно-маячне, депресивне (меланхолічне), маніакальне, кататонічне, гебефренічне, аментивне, епілептичне, хореїформне, істеричне, психопатичне, панічне, еретичне [15, 16].

У літературі, присвяченій цій темі, також виділяється варіант психомоторного збудження в осіб похилого віку з проявами деменції [17–19].

Психомоторне збудження може розвиватись при розладах внаслідок вживання алкоголю та наркотичних речовин [20–23]. Разом із загальними ознаками кожен з цих варіантів має певні особливості, які є важливими для диференціальної діагностики стану та надання своєчасної ефективної допомоги.

Галюцинаторно-маячне збудження є наслідком гострого галюцинозу з вираженими слуховими, зоровими, нюховими та іншими оманами сприйняття, що загрожують хворому, та маячних ідей переслідування, фізичного та психічного впливу, отруєння тощо. Збудження супроводжується афектом страху, тривоги, емоційним напруженням, люттю. Хворі підозріло ставляться до оточуючих, надають їх діям маячний зміст, відчувають загрозу. При даному варіанті психомоторне збудження спрямоване на «підозрілих», «ворогів» та може супроводжуватись агресивними діями для ліквідації «загрози». Дії та поведінка хворих залежать від змісту маячення. Особливо небезпечними є випадки, коли через необхідність «врятуватись» хворі тікають через вікно, не врахувавши поверху будинку, завдають собі ушкодження. Галюцинаторно-маячне збудження спостерігається при шизофренії та інших психічних захворюваннях, які супроводжуються галюцинаціями та маячними ідеями [24].

Депресивне (меланхолічне) психомоторне збудження, або ажитована депресія, виникає раптово, як спалах, перериваючи загальмованість або ступор. Хворі стають шаленими, не можуть знаходитись на одному місці, кричать, метушаться, б'ються головою об стіну, розривають на собі одяг, виривають волосся, заломлюють руки, намагаються вчинити самогубство. Такі прояви супроводжуються відчаєм, нестерпною тривогою, тугою. Даний стан може поєднуватись з маячними ідеями самопринижения, самозвинувачення, що також відображається у поведінці, діях та висловлюваннях хворих. Агресивні дії спрямовані не на «зовнішніх ворогів», а на себе, що може ускладнюватись суїцидальною поведінкою [25–27]. Ажитована депресія спостерігається при депресивній фазі біполярного афективного розладу, інволюційній депресії та депресії глибокого рівня судинного або соматичного походження.

Маніакальне психомоторне збудження розвивається на фоні підвищеного настрою та супроводжується немотивованими веселощами, прискореним плином думок («стрибками ідей»), непослідовним мовленням аж до маніакального мовленнєвого безладу, що поєднується з постійним прагненням до діяльності. Пацієнти у такому стані невмотивовано переходять від одного напряму діяльності до іншого, не закінчують попередню роботу, стають метушливими, неспокійними, сексуально збудженими, мало сплять та їдять, худнуть. У випадках, коли у хворих відзначаються дратівливість і агресивність, стан характеризується як гнівлива манія. Маніакальне психомоторне збудження характерне для маніакальної фази біполярного афективного розладу та маніакальних станів іншого генезу.

Кататонічне збудження характеризується значним ступенем рухового неспокою та супроводжується безглуздими стереотипами як мовлення, так і рухів. Такий варіант збудження проявляється кривляннями, манірністю, карикатурністю рухів, пацієнти приймають незвичайні пози, в них відзначаються парамімії з невідповідністю виразу обличчя емоціям. При кататонічному збудженні хворі можуть здійснювати імпульсивні дії, руйнівні вчинки, проявляти агресію, негативізм, амбітендентність. Характерними є ехосимптоми (ехолалія, ехопраксія тощо). Кульмінацією кататонічного збудження може бути кататонічне заціпеніння (ступор). Такий тип психомоторного збудження спостерігається при кататонічній формі шизофренії.

Гебефренічне збудження характеризується руховим та мовленнєвим збудженням з безглуздо-недоумкуватою поведінкою, вчинками парадоксально-химерного характеру. Хворі метушливі, вкрай манірні, на тлі безглуздо піднесеного й ейфоричного настрою з немотивованими веселощами у них з'являються стереотипні рухи, неадекватний сміх, кривляння, гримаси, безглузді висловлювання, перекручування слів. Вони передражнюють інших, блазнюють, копіюючи дії оточуючих, стрибають, плещуть у долоні, танцюють, оголюються, їхні пози калейдоскопічно змінюються, повторюються. У такому стані хворі можуть імпульсивно здійснювати асоціальні дії. Даний варіант психомоторного збудження відзначається у хворих з гебефренічною формою шизофренії у підлітковому віці.

Аментивне збудження проявляється безладною поведінкою з метушливістю, розгубленістю, однотипністю та хаотичністю рухів. Хворі дезорієнтовані у часі, просторі, не розуміють, що відбувається навколо, озираються, вдивляються в обличчя оточуючих, постійно запитують: «Де я?», «Хто ви такі?», «Що відбувається?». Висловлювання пацієнтів непослідовні, фрагментарні та мають характер аментивного мовленнєвого безладу. В окремих випадках хаотичний набір фраз може перериватись невеселим сміхом, схлипуваннями. Міміка хворих виражає здивування у поєднанні з тривогою, страхом, безпорадністю. Аментивне психомоторне збудження може розвиватись при інфекційних психозах та психотичних станах через значне виснаження.

Епілептичне збудження часто розвивається при затьмаренні свідомості, перед судомними нападами або після них та супроводжується дисфоричним настроєм з вираженим афектом злості, страхами, спалахами гніву, агресії. Під час епілептичного збудження хворі вдаються до брутальності, можуть поранити і навіть убити. Збудження виникає раптово, без чіткого мотиву, внаслідок звуження свідомості. Відзначається даний варіант збудження при епілепсії та епілептиформних синдромах.

Хореїформне збудження розвивається гостро, частіше ввечері або вночі та характеризується глибокою сплутаністю свідомості та дезорієнтацією. Хворі здійснюють нецілеспрямовані, безладні рухи в межах ліжка, розмахують руками, скидають постільну білизну, простирадло на підлогу, скручують їх, опускають ноги. Мова погано модульована, пацієнти говорять окремі слова, уривки фраз, викрикують склади, звуки. Характерним є тяжкий соматичний стан хворих: шкіра та слизові оболонки сухі, бліді, обличчя гіперемоване, білкові оболонки ін'єктовані, на губах — тріщини, часто з герпетичними висипами, язик сухий, вкритий сірокоричневим нальотом, на тілі помітні петехії, синці. Відзначається значне фізичне виснаження, температура тіла підвищена до 40–41 °С. Хореїформне збудження спостерігається при інфекційних психозах, фебрильній шизофренії.

Істеричне збудження розвивається частіше у жінок, супроводжується порушеннями в афективній сфері, коли на фоні зниженого настрою відзначаються бурхливість, дратівливість, нестійкість емоцій. Поведінка є демонстративною, хворі з незначного приводу плачуть, голосять, грюкають кулаками об стіл, тупотять ногами, б'ють посуд, рвуть на собі одяг, говорять про самогубство, інколи навіть намагаються накласти на себе руки. Знижений настрій може змінюватись невмотивованою веселістю, сміхом. На висоті збудження стан характеризується як рухова буря, пацієнти кричать, тремтять, метушаться, аж до конвульсій. Даний варіант збудження може розвиватись при істеричних затьмареннях свідомості та нападах. На поведінку особи завжди впливає конкретна психотравмуюча ситуація. В окремих випадках істеричне збудження супроводжується пуерилізмом, псевдодеменцією та синдромом Ганзера. Описаний варіант збудження відзначається при істеричних розладах особистості, реактивних психозах, невротичних розладах.

Збудження в осіб з розладами особистості розвивається через психогенний вплив, має певну умовну мету та різноманітні прояви, які залежать від варіанта розладу особистості. Особи з розладами особистості створюють напружену обстановку, залучають у конфлікт інших людей. Якщо хворого стримувати, збудження буде зростати. Зміст висловлювань змінюється залежно від дій оточуючих та ситуації. У поведінці відзначаються викрики, вимоги, образи, погрози, лайка.

Панічне збудження має хаотичний, безглуздий характер і виникає раптово внаслідок стихійного лиха, катастроф, ситуацій, які загрожують життю. Людина метушиться, виконує безтямні рухи, розмахує руками, кричить, просить допомоги, не помічає реальних шляхів до порятунку, може раптом кудись побігти без будь-якої мети, навіть назустріч небезпеці. Панічне психомоторне збудження може супроводжуватись затьмаренням свідомості з подальшою амнезією. При панічному збудженні відзначаються виражені вегетативні порушення: підвищення артеріального тиску, тахікардія, блідість шкіри, пітливість, діарея. У стані такого збудження можуть перебувати кілька осіб, що викликає загальну паніку. Це явище може набувати характеру масового індукованого психозу, особливо в тих випадках, коли індуктором є особистість, вразлива до навіювання.

Еретичне збудження відрізняється безглуздим характером, руйнівними діями, супроводжується криками, інколи з нанесенням самоушкоджень. Даний варіант психомоторного збудження може розвиватись при розумовій відсталості.

Психомоторне збудження, що розвивається внаслідок вживання алкоголю та наркотичних речовин, також має певні особливості. Для таких станів характерний гострий початок, значна рухова активність, агресія, тривога, страхи, безсоння, омани сприйняття у вигляді яскравих зорових, тактильних ілюзій, галюцинацій, дезорієнтація. Розвиваються також соматовегетативні розлади у вигляді тремору, гіпергідрозу, коливання артеріального тиску. Стани, що супроводжуються психомоторним збудженням, виникають внаслідок інтоксикації або відміни алкоголю, наркотичних речовин [28, 29].

Стани психомоторного збудження потребують невідкладної допомоги, оскільки вони супроводжуються неправильною оцінкою і трактуванням того, що відбувається, безглуздими вчинками, коли дії хворого стають небезпечними для нього самого та оточуючих [30]. Такі стани потребують психіатричної та наркологічної допомоги, але й лікарі первинної ланки нерідко є першими, хто стикається з такими хворими. Впровадження послуг з охорони психічного здоров'я на первинній ланці меддопомоги є одним з важливих кроків, які можуть максимально наблизити допомогу зі збереження психічного здоров'я до пацієнтів, адже саме до лікарів первинної ланки — сімейних лікарів, терапевтів та педіатрів — насамперед звертаються з питань здоров'я. Крім того, у неспеціалізованих стаціонарах також доводиться надавати невідкладну психіатричну допомогу при психічних розладах, в тому числі при станах психомоторного збудження пацієнтам з різними захворюваннями внутрішніх органів (наприклад, при гіпертермії, пневмонії, інфаркті міокарда тощо).

За даними ВООЗ (2025), системи охорони здоров'я в усьому світі не мають необхідних ресурсів для допомоги людям з психічними розладами. Розрив між необхідністю в отриманні допомоги та її наданням значний у всіх країнах. Тільки 29 % людей з психозами і третина людей з депресіями отримують офіційну психіатричну допомогу. Для подолання такої значної прогалини у лікуванні психічних, неврологічних розладів та розладів, пов'язаних з вживанням психоактивних речовин, ВООЗ була розроблена глобальна програма Mental Health Gap Action Programme (mhGAP), спрямована на підвищення доступу до послуг з охорони психічного здоров'я через залучення лікарів первинної ланки до надання допомо-

ги людям із психічними розладами. Програма mhGAP, яка впроваджена в Україні, дає можливість фахівцям первинної ланки надання медичної допомоги навчитись вчасно розпізнавати симптоми психічних розладів, надавати людям базову допомогу і направляти їх до фахівців з психічного здоров'я у разі потреби.

Поряд з розглядом впливу психічних розладів на здоров'я, принципів ефективної комунікації з пацієнтами, виявлення та ведення поширених психоневрологічних і поведінкових розладів за протоколами mhGAP увага приділяється психозам, депресіям та стресовим розладам. У програмі mhGAP психомоторне збудження наводиться як симптом, стан, що потребує невідкладної допомоги, який розвивається при різних психічних розладах (психозах, біполярному розладі), соматичних захворюваннях, інтоксикаціях чи синдромах відміни прийому алкоголю та наркотичних речовин. ВООЗ підкреслює важливість швидкої оцінки стану пацієнта, заходів щодо безпеки пацієнта та персоналу, а також застосування найменш інвазивних методів лікування.

На перших етапах надання допомоги потрібно починати з вербальної деескалації та залучення пацієнта до прийняття рішень щодо лікування, якщо це можливо [31–33]. Відповідно до положень mhGAP, при проведенні оцінки слід виявити можливі причини стану: перевірити рівень цукру у крові, якщо він низький, потрібно дати глюкозу; життєві показники — температуру тіла, насиченість киснем, за потреби надати кисень. Під час оцінки потрібно виключити делірій та причини, пов'язані з фізичним здоров'ям, зокрема отруєнням; вживання наркотиків і алкоголю, окремо розглянути можливість інтоксикації стимуляторами та/або відміни алкоголю/седативних препаратів, якщо це підтверджується — перейти до відповідного модуля «Вживання психоактивних речовин». При ажитації через психоз або епізод манії при біполярному розладі для подальшої оцінки потрібно перейти до модуля «Психози».

У спілкуванні з особою, яка знаходиться у стані збудження, медичному працівнику потрібно зберігати спокій, заохочувати людину розповідати про те, що її непокоїть, і якщо можливо, відреагувати на причини занепокоєння. Важливо уважно вислухати людину, приділити їй необхідний час. У спілкуванні зі збудженою особою не можна сміятись, реагувати агресивно у відповідь, потрібно спробувати знайти джерело проблеми та видалити тригери, що можуть бути причиною стану. Доцільним є залучення доглядачів, персоналу клінічного закладу. Якщо вичерпані усі можливості вербальної деескалації та людина залишається збудженою та агресивною, потрібно дати медикаменти (за їх наявності) для запобігання травмуванню. У випадку збудження, ажитації, спричиненої психозом або манією, потрібно розглянути можливість призначення галоперидолу в дозі 2 мг п/о або в/м щогодинно, до 2 доз (максимально 10 мг). Високі дози галоперидолу можуть призвести до дистонічних реакцій, що потребує призначення біперидену для купірування гострих дистоній. У випадку ажитації, спричиненої прийомом психоактивних речовин, наприклад відміною алкоголю/седативних речовин або інтоксикацією стимуляторами, призначається діазепам у дозі 10–20 мг п/о, за потреби повторити. У випадках значної вираженості стану, високого рівня агресії потрібно звернутись по допомогу до поліції або персоналу, ввести особі галоперидол в дозі 5 мг в/м, за потреби повторити за 15–30 хвилин (максимально до 15 мг) та обов'язково проконсультуватись зі спеціалістом.

Якщо особа залишається ажитованою, потрібно ще раз оцінити насиченість киснем, основні життєві показники, рівень глюкози та розглянути можливість того, що причиною такого стану може бути біль. У такому випадку потрібно направити особу до вузького спеціаліста. Якщо збудження зменшилось, потрібно провести діагностику стану відповідно до рекомендацій, наведених у відповідних модулях mhGAP. При станах збудження у людей, що відносяться до особливих груп населення, до яких належать діти та підлітки, особи похилого віку та вагітні жінки й жінки, які годують груддю, потрібно проконсультуватись зі спеціалістом.

Таким чином, наведені дані про особливості проявів психомоторного збудження спрямовані на удосконалення діагностики та диференціації описаних станів, що суттєво впливає на тактику оцінки та ведення осіб з зазначеною патологією.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Внесок авторів. Гончарова О.Ю. — редагування статті; Козідубова В.М. — аналіз матеріалу, фінальне редагування; Долуда С.М. — автор ідеї, написання статті; Баричева Е.М. — збір та аналіз літератури; Гурницький О.В. — збір матеріалу.

References

1. Moitra M, Santomauro D, Collins PY, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000-2019: A systematic review and Bayesian meta-regression analysis. PLoS Med. 2022 Feb 15;19(2):e1003901. doi: 10.1371/journal.pmed.1003901.

2. Yung NCL, Wong CSM, Chan JKN, Chen EYH, Chang WC. Excess Mortality and Life-Years Lost in People With Schizophrenia and Other Non-affective Psychoses: An 11-Year Population-Based Cohort Study. Schizophr Bull. 2021 Mar 16;47(2):474-484. doi: 10.1093/schbul/sbaa137.

3. Lawrence RE, Rolin SA, Looney DV, et al. Physical Assault in the Psychiatry Emergency Room. J Am Acad Psychiatry Law. 2020 Dec;48(4):484-495. doi: 10.29158/JAAPL.200022-20.

4. Fico G, Anmella G, Pacchiarotti I, et al. The biology of aggressive behavior in bipolar disorder: A systematic review. Neurosci Biobehav Rev. 2020 Dec;119:9-20. doi: 10.1016/j.neubiorev.2020.09.015.

5. Simon EL, Smalley CM, Muir M, et al. Agitation Management in the Emergency Department with Physical Restraints: Where Do These Patients End Up? West J Emerg Med. 2023 May 5;24(3):454-460. doi: 10.5811/westjem.59466.

6. Zareifopoulos N, Panayiotakopoulos G. Treatment Options for Acute Agitation in Psychiatric Patients: Theoretical and Empirical Evidence. Cureus. 2019 Nov 14;11(11):e6152. doi: 10.7759/cureus.6152.

7. Stubbe DE. Psychiatric Emergencies: Empowering Connections to De-escalate Aggression. Focus (Am Psychiatr Publ). 2023 Jan;21(1):54-57. doi: 10.1176/appi.focus.20220079.

8. Roppolo LP, Morris DW, Khan F, et al. Improving the management of acutely agitated patients in the emergency department through implementation of Project BETA (Best Practices in the Evaluation and Treatment of Agitation). J Am Coll Emerg Physicians Open. 2020 Jul 3;1(5):898-907. doi: 10.1002/emp2.12138.

9. Del Casale A, Arena JF, Napoli C, et al. A Comprehensive Understanding of Psychomotor Agitation: From Causes to Hospital Care. Curr Neuropharmacol. 2025;23(13):1666-1682. doi: 10.2174/011570159X340145250109080932.

10. Luchowski P, Sojka M, Oleksak I, Jartych A, Piwoński M, Rejdak K. Acute psychomotor agitation - challenges for psychiatrists and neurologists: a case study. Postep Psychiatr Neurol. 2022 Mar;31(1):38-42. doi: 10.5114/ppn.2022.115120.

11. Weltens I, Bak M, Verhagen S, et al. Aggression on the psychiatric ward: Prevalence and risk factors. A systematic review of the literature. PLoS One. 2021 Oct 8;16(10):e0258346. doi: 10.1371/journal.pone.0258346.

12. Martinotti G, De Risio L, Vannini C, Schifano F, Pettorruso M, Di Giannantonio M. Substance-related exogenous psychosis: a postmodern syndrome. CNS Spectr. 2021 Feb;26(1):84-91. doi: 10.1017/S1092852920001479.

13. Sabbula BR, Yemmanur S, Sanivarapu R, Kagolanu D, Shadab A. Finding the Cause of Psychosis: A Challenging Case of Anti-NMDAR Encephalitis. Case Rep Med. 2020 Oct 13;2020:2074704. doi: 10.1155/2020/2074704.

14. Kuypers K, Verkes RJ, van den Brink W, van Amsterdam J, Ramaekers JG. Intoxicated aggression: Do alcohol and stimulants cause dose-related aggression? A review. Eur Neuropsychopharmacol. 2020 Jan;30:114-147. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.06.001.

15. Sampogna G, Del Vecchio V, Giallonardo V, Luciano M, Fiorillo A. Diagnosis, Clinical Features, and Therapeutic Implications of Agitated Depression. Psychiatr Clin North Am. 2020 Mar;43(1):47-57. doi: 10.1016/j.psc.2019.10.011.

16. Dabir A, Zahoor S, Abou-Khalil BW. Determinants of postictal agitation and recovery after tonic-clonic seizures in generalized and focal epilepsy. Epileptic Disord. 2022 Feb 1;24(1):133-139. doi: 10.1684/epd.2021.1371.

17. Mansutti I, Venturini M, Palese A; ESAMED team. Episodes of psychomotor agitation among medical patients: findings from a longitudinal multicentre study. Aging Clin Exp Res. 2020 Jun;32(6):1101-1110. doi: 10.1007/s40520-019-01293-5.

18. Carrarini C, Russo M, Dono F, et al. Agitation and Dementia: Prevention and Treatment Strategies in Acute and Chronic Conditions. Front Neurol. 2021 Apr 16;12:644317. doi: 10.3389/fneur.2021.644317.

19. Higuchi M, Hatta K, Honma T, et al. Association between altered systemic inflammatory interleukin-1beta and natural killer cell activity and subsequently agitation in patients with Alzheimer disease. Int J Geriatr Psychiatry. 2010 Jun;25(6):604-611. doi: 10.1002/gps.2381.

20. Puhalla AA, Berman ME, Coccaro EF, Fahlgren MK, McCloskey MS. History of childhood abuse and alcohol use disorder: Relationship with intermittent explosive disorder and intoxicated aggression frequency. J Psychiatr Res. 2020 Jun;125:38-44. doi: 10.1016/j.jpsychires.2020.02.025.

21. Sontate KV, Rahim Kamaluddin M, Naina Mohamed I, et al. Alcohol, Aggression, and Violence: From Public Health to Neuroscience. Front Psychol. 2021 Dec 20;12:699726. doi: 10.3389/fpsyg.2021.699726.

22. Stewart D, Kinsella J, McPeake J, Quasim T, Puxty A. The influence of alcohol abuse on agitation, delirium and sedative requirements of patients admitted to a general intensive care unit. J Intensive Care Soc. 2019 Aug;20(3):208-215. doi: 10.1177/1751143718787748.

23. Yeo DCK, Singham T, Poremski D. The presence of alcohol consumption prior to homicide in Singapore. Asian J Psychiatr. 2019 Aug;44:80-85. doi: 10.1016/j.ajp.2019.07.019.

24. Appelbaum PS, Robbins PC, Roth LH. Dimensional approach to delusions: comparison across types and diagnoses. Am J Psychiatry. 1999 Dec;156(12):1938-1943. doi: 10.1176/ajp.156.12.1938.

25. Duica L, Dragulescu V, Pirlog M. Neurobiological elements of hopelessness and impulsivity in suicidal behavior. Int J Med Rev Case Rep. 2020;4(11):1-4. doi: 10.5455/IJMRCR.suicidal-behaviour-neuro.

26. Drachman R, Colic L, Sankar A, et al. Rethinking "aggression" and impulsivity in bipolar disorder: Risk, clinical and brain circuitry features. J Affect Disord. 2022 Apr 15;303:331-339. doi: 10.1016/j.jad.2022.02.047.

27. Dinegar S, Meresh E, Tang H, Nobari V. Agitated and depressed with a traumatic brain injury. Curr Psychiatr. 2023 Sep;22(9):44-48. doi: 10.12788/cp.0390.

28. Mirijello A, Sestito L, Antonelli M, Gasbarrini A, Addolorato G. Identification and management of acute alcohol intoxication. Eur J Intern Med. 2023 Feb;108:1-8. doi: 10.1016/j.ejim.2022.08.013.

29. Miller J. Managing acute agitation and aggression in the world of drug shortages. Ment Health Clin. 2021 Nov 8;11(6):334-346. doi: 10.9740/mhc.2021.11.334.

30. Gerson R, Malas N, Feuer V, Silver GH, Prasad R, Mroczkowski MM. Best Practices for Evaluation and Treatment of Agitated Children and Adolescents (BETA) in the Emergency Department: Consensus Statement of the American Association for Emergency Psychiatry. West J Emerg Med. 2019 Mar;20(2):409-418. doi: 10.5811/westjem.2019.1.41344.

31. Baldaçara L, Ismael F, Leite V, et al. Brazilian guidelines for the management of psychomotor agitation. Part 1. Non-pharmacological approach. Braz J Psychiatry. 2019 Mar-Apr;41(2):153-167. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0163.

32. Citrome L, Correll CU, San L, et al. Alternative Approaches for Addressing Acute Agitation in Schizophrenia and Bipolar Disorder. Prim Care Companion CNS Disord. 2024 Jan 30;26(1):23nr03596. doi: 10.4088/PCC.23nr03596.

33. Pompili M, Ducci G, Galluzzo A, Rosso G, Palumbo C, De Berardis D. The Management of Psychomotor Agitation Associated with Schizophrenia or Bipolar Disorder: A Brief Review. Int J Environ Res Public Health. 2021 Apr 20;18(8):4368. doi: 10.3390/ijerph18084368.

Отримано/Received 01.02.2026
Рецензовано/Revised 10.02.2026
Прийнято до друку/Accepted 20.02.2026

Information about authors

Olena Honcharova, PhD in Medicine, Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: oy.honcharova@knmu.edu.ua; phone: +380 (57) 783-01-24; https://orcid.org/0000-0003-1842-9406

Valentyna Kozidubova, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: valentinakozidubova@gmail.com; phone: +380 (95) 473-58-38; https://orcid.org/0009-0002-0509-8687

Svitlana Doluda, MD, DSc, PhD, Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: svitlanadoluda@gmail.com; phone: +380 (50) 902-43-96; https://orcid.org/0009-0004-9557-5487

Elvira Barycheva, PhD in Medicine, Associate Professor, Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: oy.honcharova@knmu.edu.ua; https://orcid.org/0009-0002-5859-9493

Oleksandr Hurnytskyi, PhD in Medicine, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology, Postgraduate Education Institute, Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: oy.honcharova@knmu.edu.ua; https://orcid.org/0009-0000-6613-3680

Conflicts of interests. Authors declare the absence of any conflicts of interests and own financial interest that might be construed to influence the results or interpretation of the manuscript.

Authors' contribution. O.Yu. Honcharova — article editing; V.M. Kozidubova — material analysis, final editing; S.M. Doluda — author of the idea, writing the article; E.M. Barycheva — collection and analysis of literature; O.V. Hurnytskyi — material collection.

O.Yu. Honcharova, V.M. Kozidubova, S.M. Doluda, E.M. Barycheva, O.V. Hurnytskyi
Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

Diagnosis and differentiation of states of psychomotor agitation as a necessary approach for providing urgent help

Abstract. The work presents data on the diagnosis and differentiation of states of psychomotor agitation. It is emphasized that this condition is quite common and develops in acute mental disorders, intoxications, somatic and neurological diseases, and stressful influences. The clinical picture of agitation is characterized by significant acuteness, severity, and intensity of symptoms with a dominance of impaired consciousness, psychotic disorders, aggression, affective, and severe behavioral deviation. Such conditions are dangerous for both the patient and those around them. In psychiatric practice, the following variants of psychomotor agitation are encountered: hallucinatory-delusional, depressive (melancholic), manic, catatonic, hebephrenic, amentive, epileptic, choreiform, hysterical, psychopathic, panic, erethic. Psychomotor agitation that develops in disorders due to alcohol and drug use also has certain characteristics. The article presents the states of psychomotor agitation of the indicated variants, which are important for timely diagnosis and differentiation when providing emergency care for patients. Help to patients with psychomotor agitation is provided not only by psychiatrists and narcologists but also by doctors of other specialties who contact such peoples in outpatient clinics and in hospitals. Information is given that today in all countries, there is a significant gap in the ability to provide specialized care for people with mental, neurological and substance use disorders. To address this problem in treatment, the World Health Organization developed the Mental Health Gap Action Programme, which is being actively implemented in Ukraine. Due to the importance of unifying approaches to providing care, information is given on the assessment and management of agitation states in accordance with the provisions of this programme. Depending on which type of agitation is diagnosed, recommendations are given for management using both non-drug de-escalation methods and therapy with the prescription of psychotropic medications.

Keywords: psychomotor agitation; diagnosis; differentiation; therapy