

семье ($10,8 \pm 0,5$). Можно предположить, что независимость личности больного, а также его способность и умение руководствоваться внутренними соображениями при принятии решений, выработке жизненных целей и ориентирована и формируется в период наибольшего влияния на нее родительской опеки – детстве и юношестве. Более того, недостаток, асимметричность или неравномерность такого влияния в неполных семьях могут форсировать личность к более раннему принятию независимых решений касательно своих действий и целей. Эта необходимость действовать более самостоятельно, в свою очередь, помогает выработать более обширный набор поведенческих паттернов и копинг стратегий, а также обучает использовать их более эффективно. Приобретенный таким образом опыт способен не только оказывать компенсаторное воздействие даже на такие мощные стрессоры, как эндогенный психотический процесс, но и может способствовать более полной реабилитации и ресоциализации в периоды ремиссии.

По шкале спонтанности среднее значение у больных, проживающих в материальных условиях, соответствующих уровню выживания, $-9,37 \pm 0,84$, что статистически достоверно ($p < 0,05$) выше, чем у находящихся в удовлетворительных материальных условиях ($6,85 \pm 0,31$). Способность личности непосредственно и естественно выражать свои чувства является предметом рассмотрения по шкале спонтанности. Такое различие значений у этих двух групп больных нельзя полностью объяснить недоступностью некоторых материальных благ или же культурными особенностями среды, в которой спонтанное проявление эмоций иногда может восприниматься как нежелательное, а сдержанность и серьезность, наоборот, часто являются «позитивными», желательными качествами. Тем не менее, на основании данного различия можно предположить, что смещение фокуса личности на материальные ценности препятствует возможности более спонтанного эмоционального реагирования. Справедливым может оказаться и обратное утверждение: высокая способность к чувственному, непосредственному реагированию снижает заинтересованность личности в получении материального комфорта или снижает способность его достигать.

Ценностные ориентации у больных с длительностью заболевания до 5-ти лет ($12,33 \pm 0,39$) статистически достоверно выше ($p < 0,05$), чем у болеющих свыше 5-ти лет ($10,52 \pm 0,54$), то есть, по мере развития заболевания постепенно снижается самоактуализация личности в основном за счет невозможности разделять ценности, присущие большинству людей.

Полученные данные являются предварительными в комплексном исследовании феноменологической структуры личности больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра и показывают необходимость использования психодиагностических методов в определении спонтанности, гибкости и ценностных ориентаций как характеристик самоактуализации личности больных для оптимизации ориентированных на личность пациента лечебно-коррекционных воздействий.

УДК 616.89-008-021.3-08-039.11

Вишняков Ю.В., Десятниченко И.В.

ОКАЗАНИЕ РАННЕЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПЕРВИЧНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

ГУ «Луганская республиканская клиническая психоневрологическая больница»

Проблема первичного психотического эпизода (ППЭ) в клинической практике продолжает оставаться актуальной. Накопленный опыт обосновывает идею как можно более раннего вмешательства с использованием комплексной терапии таких больных, поскольку подтверждается гипотеза о наибольшем вреде шизофрении в первые месяцы ее развития.

Современные исследования показали, что раннее течение шизофрении представляет собой континуум «продромальной фазы» (представленной непсихотическими и/или психотическими симптомами) и «манифестации психоза» (с момента начала антипсихотического лечения вслед за верификацией диагноза). Граница фаз ранее указывала на длительность расстройства и отсрочку начала

уместного лечения. В настоящее время считается, что длительность нелеченого психоза – интервала между появлением первых в жизни психотических симптомов и началом антипсихотического лечения - отрицательно влияет на исходы шизофрении с выраженностью негативных расстройств, снижением социально-трудового функционирования и качества жизни больных, а отсрочка лечения более 6 месяцев приводит к росту медицинских затрат за счет большей потребности в госпитализации. По современным данным уже на ранних этапах шизофрении определяются демиелинизирующие процессы в головном мозге. Так, в первые пять лет шизофренического процесса с помощью позитронно-эмиссионной компьютерной томографии выявляется выраженная потеря серого вещества.

В этой связи, нами применялась комплексная купирующая терапия пациентов с ППЭ уже на этапе продромальной фазы. Эффективной оказалась схема применения Рисполепта-Конста в сочетании с Достинексом (Каберголином) и психосоциальными воздействиями. Рисполепт-Конста демонстрирует значительное улучшение всего спектра клинической симптоматики шизофрении – благодаря сбалансированному воздействию на дофаминовые и серотониновые рецепторы. Рисполепт-Конста вводился внутримышечно в дозе 25 мг/мл 1 раз в 2 недели в область дельтовидной мышцы (по рекомендации фирмы-производителя, при этом усвоение препарата увеличивается на 20 %). Поскольку при применении антипсихотиков частыми фармакогенными нарушениями являются нейроэндокринные дисфункции, в частности гиперпролактинемия и ассоциированные с ней расстройства, то для их купирования нами применялся Достинекс (Каберголин) внутрь в дозе 0,5 мг в неделю до нормализации показателя пролактина. Процесс психосоциореабилитационных воздействий у пациентов с первичным психотическим эпизодом целесообразно начинать как можно раньше, т. е. уже на этапе купирующей терапии. Основной целью проводимых мероприятий являлось восстановление и (или) улучшение основных социальных навыков, сниженных вследствие болезни, формирование полноценного комплайенса, который в последующем способствует сокращению сроков госпитализации (исходя из позиции оказания психиатрической помощи в условиях максимального нестеснения, дестигматизации и минимализации стационарного этапа лечения для категории больных с ППЭ). В этой связи проводилось совместное ведение пациентов участниками полипрофессиональной бригады, в которой участвовали: врачи психиатры (с целью установки реабилитационного диагноза с оценкой дефекта социальных навыков, ресурсов окружения, психотерапевтического воздействия - рациональная, когнитивная, комплайенс, семейная ПТ), средний и младший медперсонал (с целью проведения социотерапии по поддержанию навыков по самообслуживанию, межличностному взаимодействию, соблюдению режима, простых видов трудотерапии, культуртерапии, др.), психологи (с целью обследования пациентов до начала психотренингов и последующего их проведения в рамках индивидуальной и групповой психокоррекции).

Выводы:

1. Концепция «ранней фазы» шизофрении как критической является обоснованием комплексного вмешательства в связи с имеющимися нелечеными психотическими симптомами и клинико-социальными нарушениями на препсихотическом этапе.

2. Применение Рисполепта-Конста целесообразно, т.к. позволяет сохранять высокий уровень соблюдения режима приема препарата, улучшает комплайентность пациента, оказывает необходимое терапевтическое воздействие на позитивную симптоматику, замедляет течение негативных и когнитивных нарушений на ранних этапах шизофренического процесса.