

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-092-085.214.2+615.214.2

Ю. А. Блажевич

ПЕРВЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ ЭПИЗОДЫ: КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

blazhevych@ukr.net

Актуальность. Первый психотический эпизод (ППЭ) представляет существенный интерес для исследователей и врачей-практиков в связи с важностью качественного купирования психоза на начальном этапе заболевания, а также возможностями именно на этом этапе добиться конструктивного уровня комплаенса и сохранения социализации.

Цель – изучить особенности клиники и ее динамики при ППЭ; изучить структуру депрессий при ППЭ и когнитивные нарушения, их связь со структурой заболевания и изменения в динамике. Оценить условия формирования качественной ремиссии, причины рецидивов, факторы соблюдения комплаенса, вопрос социализации пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин) с ППЭ, в клинической картине заболевания которых имели место существенные аффективные нарушения. Изучали ППЭ при следующих нозологиях: параноидная шизофрения (F 20.0), острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) и с симптомами шизофрении (F 23.1), полиморфные шизоаффективные расстройства (F 25) – депрессивный тип (F 25.1), а также маниакальный (F 30) и депрессивный эпизоды (F 32). Использованы информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический и статистический методы исследования.

Результаты. Изучена структура депрессий при ППЭ и его динамике. Выделены основные симптомы депрессии при ППЭ и проведена корреляция с динамикой психоза. Исследованы особенности нейрокогнитивных нарушений у пациентов с ППЭ и оценена их динамика в процессе терапии. Представлены данные по основным принципам терапии ППЭ, особенностям комплаенса, ремиссии и реадaptации. Катамнестическое исследование пациентов с выраженными аффективными расстройствами в структуре ППЭ показало связь структуры и степени выраженности нарушений аффекта с характером и частотой рецидивов заболевания, с качеством ремиссии, а также с соблюдением пациентами комплаенса и степенью их реадaptации в обществе.

Выводы. Знание особенностей течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы с достижением более быстрых и качественных результатов лечения. Полученные прогностические данные о формировании ремиссии, причинах рецидивов и характере комплаенса также будут способствовать высокому уровню социализации пациента.

Ключевые слова:

первый психотический эпизод, типы депрессий, когнитивные расстройства, терапия, комплаенс, ремиссия.

Актуальность. Изучению различных аспектов возникновения и течения первого психотического эпизода в последнее время уделяется значительное внимание [1, 3]. Вполне обоснованно предполагается, что своевременное (максимально раннее) выявление и своевременная специализированная помощь способствуют не только максимально быстрому выходу пациента из приступа, но и более благоприятному течению заболевания, а также

длительной социально-психологической сохранности личности [2, 4]. Клиническими основаниями данной тезы, по мнению авторов, являются относительная психическая сохранность пациентов на момент первого психотического приступа, отсутствие влияния биологической терапии, отсутствие стойких клинических и личностных изменений, обусловленных длительностью психотического процесса [2, 5, 8]. Все это делает работу

с пациентами с первым психотическим эпизодом крайне актуальной и привлекательной не только в клиническом, но и в социально-психологическом плане.

Цель – изучить особенности клинической картины и ее динамики при первом психотическом эпизоде. Важнейшими составляющими первого психотического эпизода являются симптомы аффективного круга. Данный фрагмент нашего исследования был посвящен изучению структуры депрессий при первом психотическом эпизоде. Также изучали когнитивные нарушения при первом психотическом расстройстве, их связь со структурой психоза, изменения в динамике заболевания. В соответствии с концепцией «первого психотического эпизода» [3, 6] значительное внимание уделяли преморбидным особенностям пациентов, характеристике и особенностям продромальных явлений, а в дальнейшем также и катамнезу. Изучали принципы эффективной фармакотерапии пациентов с выраженными аффективными нарушениями при первом психотическом эпизоде, условия формирования качественной ремиссии и соблюдения комплаенса.

Материалы и методы исследования

Все обследованные нами лица являлись пациентами Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве (мужское отделение на 25 коек и женское – на 30 коек). Предоставление стационарной помощи пациентам с впервые в жизни возникшим психотическим эпизодом в г. Киеве организовано таким образом, что подавляющее число больных поступают на лечение именно в ТМО «Психиатрия». Следует отметить, что стационарированию подвергаются пациенты исключительно психотического уровня, в отношении которых невозможна организация амбулаторной психиатрической помощи в силу выраженных нарушений поведения в виде, прежде всего, явлений выраженной психомоторной расторможенности, давшие, при этом, добровольное согласие на госпитализацию.

Кроме собственно впервые заболевших, в соответствии с общепринятой парадигмой, в группу лиц с первым психотическим эпизодом включали пациентов со сроками болезни до трех лет, а также имеющих в анамнезе не более пяти приступов психоза от момента заболевания [3, 9].

Из исследования исключали иногородних (так как терялась «связь» с пациентом и возможность осуществления катамнеза), а также пациентов с выраженными органическими расстройствами.

Для достижения поставленной цели были выбраны 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин) с первым психотическим эпизодом, в клинической картине заболевания которых имели место существенные аффективные нарушения.

Изучали типологию депрессий, их взаимосвязь с ведущей психотической симптоматикой. Изучали первые психотические эпизоды при следующих нозологических расстройствах: параноидная шизофрения (F 20.0); острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) и с симптомами шизофрении (F 23.1); полиморфные шизоаффективные расстройства (F 25) – депрессивный тип (F 25.1); а также маниакальный (F-30) и депрессивный эпизод (F 32).

Для решения поставленных задач были использованы информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический и статистический методы исследования.

Клинико-психопатологический метод был дополнен индивидуальной картой обследования пациента с первым психотическим эпизодом.

Патопсихологические обследования включали стандартный набор тестов, направленных на исследование мышления, аффективной сферы, когнитивных функций [6, 7].

В исследовании применяли следующие психометрические шкалы:

- шкала оценки положительной и негативной симптоматики PANSS;
- Калгарийская шкала депрессии при шизофрении (CDSS) [Addington D., Addington J., 1993];
- шкала продромальных симптомов SOPS;
- шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);
- шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS);
- шкала суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра);
- шкала глобального функционирования (GAF);

Кроме того, использовали следующие психодиагностические методы:

- личностный опросник Бехтеревского института;
- методы диагностики социально-психологической адаптации;
- характерологический опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Информационно-аналитический метод включал изучение отечественных и зарубежных источников научной информации (в частности – мета-анализ), а также медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты больных с первым психотическим эпизодом, данные патопсихологических и параклинических методов обследования и др.).

Для статистической обработки использовали пакет прикладных программ STATISTICA 5.0 (StatSoftInc, 1998).

Результаты и их обсуждение

Установлена корреляция между нозологической принадлежностью психоза и типологией аффективного расстройства. Из всего многообразия симптомов депрессий были выделены основные (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенесто-ипохондрия, анестезия) и проведена корреляция с динамикой психоза. Наиболее часто встречаемым вариантом депрессии в дебютах психозов, по нашим данным, является тревога. Тревога и ее различные подварианты установлены в 62 % случаев. Причем, приблизительно одинаково часто тревога встречается у мужчин и женщин (59,3 % и 63,4 %) ($p>0,5$). Возраст начала заболевания – несколько чаще до 30 лет (68 %) ($p>0,01$). Наибольшими по длительности и наиболее труднокурабельными оказались апатическая и анестетическая депрессии. Их длительность в 2 – 2,2 раза превышала среднюю длительность депрессивной симптоматики при первом психотическом эпизоде. Тоскливая и сенесто-ипохондрическая депрессии наиболее коррелировали с собственно психотической составляющей

психоза (сверхценно-бредовые, бредовые переживания, галлюцинаторная симптоматика). Следует отметить, что собственно психотическая симптоматика (шизофреническая – в рамках шизоаффективного расстройства; бредовая – в рамках бредового расстройства) – в меньшей степени зависела от характера дебюта, преморбидных личностных особенностей пациента, общей динамики патологического процесса. Степень выраженности и характер аффективной симптоматики при этом довольно четко коррелировали с вышеуказанными факторами. Анамнестически удавалось установить хронологию и соподчиненность симптомов различного уровня в динамике заболевания: в подавляющем большинстве случаев заболевание и начиналось с расстройств аффективного круга, и редукция аффективной симптоматики была предвестником скорой стабилизации общего состояния [1, 4, 7].

С крайне коротким сроком пребывания в стационаре и преждевременной выпиской, с отказом от терапии в целом коррелировал молодой (до 30 лет, $p < 0,05$) и пожилой (после 60 лет, $p < 0,01$) возраст. У пациентов данных возрастных групп отмечались также более короткие периоды условной ремиссии, высокая частота повторных поступлений и низкий уровень комплаенса. Среди пациентов средней возрастной группы отмечался наиболее высокий уровень комплаенса и социализации. Объяснялся данный феномен высоким уровнем самоуверенности и выраженным неприятием болезни в молодом возрасте, а также подозрительностью, высоким уровнем недоверия и отсутствием поддержки со стороны микроокружения – в пожилом.

У пациентов с первым психотическим эпизодом нейрокогнитивные нарушения (память, восприятие, праксис, речь, интеллект) претерпевали следующую динамику. Нейрокогнитивные расстройства различной степени выраженности наблюдались у подавляющего числа пациентов в период от двух недель до полугода до манифестации первого психотического приступа. Обращает внимание тот факт, что симптомы нейрокогнитивного дефицита достоверно чаще встречались у мужчин – 82,4 % против 48,6 % у женщин ($p < 0,01$). Спектр нейрокогнитивных нарушений включал в себя следующие жалобы: «трудно сосредоточиться», «забывчивость», «рассеянность», «хуже справляюсь с интеллектуальными задачами», «стал хуже понимать прочитанное», «не понимаю смысл услышанного (анекдотов)», «забываю отдельные слова (или события)», «совершение даже привычного действия требует усилий и контроля». Все перечисленные нарушения сохранялись и на момент поступления пациентов на стационарное лечение. В отдельных случаях нейрокогнитивные нарушения достигали более выраженного характера. Все когнитивные нарушения объективизировались в процессе патопсихологического обследования с помощью стандартизированного набора тестов [3, 6].

Сравнительный анализ данных патопсихологических исследований пациентов, активно предъявлявших жалобы нейрокогнитивного характера на момент поступления, а также всех первичных пациентов, выявил следующие особенности: в ряду нейрокогнитивных нарушений объективно наиболее выраженными и явными были нарушения интеллекта и восприятия. Объективно

степень выраженности остальных нарушений не соответствовала выраженности предъявляемых жалоб. Это позволяет сделать вывод, что ведущей нейрокогнитивной патологией в этом случае являлись интеллектуальные нарушения и нарушения восприятия, и именно они определяли иные, «вторичные» расстройства – праксис, речь, память. Другой заслуживающей внимания особенностью данного фрагмента работы явилось то, что при патопсихологическом обследовании нейрокогнитивной сферы достоверно значимых отличий в частоте встречаемости данных симптомов между мужчинами и женщинами не выявлено ($p < 0,5$). Этот факт может свидетельствовать о том, что мужчины субъективно более тяжело переживают интеллектуальную несостоятельность, ставя ее на первое место, в то время как женщины в первую очередь фиксируются на расстройствах аффективной сферы, жалобах психосоматического характера, проблемах в межличностных отношениях и т. п. и не склонны к признанию собственной психической несостоятельности.

Несмотря на сложный характер проявлений нейрокогнитивных нарушений по мере течения патологического процесса и формирования ремиссии, преобладающей тенденцией было уменьшение их выраженности как результат общей стабилизации состояния.

Катамнестические исследования пациентов с выраженными аффективными расстройствами в структуре первых психотических эпизодов показали связь структуры и степени выраженности нарушений аффекта с характером и частотой рецидивов заболевания, с качеством ремиссии, а также с соблюдением пациентами комплаенса и степенью их реадaptации в общество. Наиболее труднокурабельными были пациенты с выраженной маниакальной симптоматикой. Трудности были обусловлены, в первую очередь, неприятием данной группой пациентов картины заболевания и отказом от лечения. В большинстве случаев оснований для госпитализации указанных пациентов вопреки их воле не было. В отдельных случаях имела место повторная «доставка» этих пациентов в приемное отделение больницы скорой психиатрической помощью либо родственниками. Чаще всего и в этих случаях пациенты не давали добровольного согласия на стационарное лечение. В случаях проведенного курса стационарной терапии пациенты на момент выписки имели неполную критику к картине заболевания, не считали необходимым наблюдение психиатра и прием поддерживающих препаратов. Это становилось причиной скорых рецидивов и нарушения адаптации пациентов в обществе. Паранойяльные симптомы в большинстве случаев были факторами, отягчающими клиническую картину заболевания. В течение последующих поступлений нозологическая трактовка значительной части состояний трансформировалась в «полиморфное психотическое расстройство» либо в «шизоаффективное расстройство».

Наибольшая эффективность терапии и наиболее высокие показатели комплаентности отмечены в группе пациентов с депрессивной симптоматикой. Причем эти показатели напрямую коррелировали с «чистотой» депрессии. На качество ремиссии, как и при маниакальных состояниях, негативное влияние оказывали гипопсихотические включения в виде паранойяльной, а также

сенесто-ипохондрической симптоматики. По характеру депрессии наиболее трудноураемыми были апатические, адинамические и тревожные состояния. Терапия таких состояний характеризовалась длительностью, некачественной ремиссией, низким уровнем социализации. Следует отметить, что именно пациенты с апатической и сенесто-ипохондрической симптоматикой демонстрировали наибольший уровень интеллектуальной несостоятельности [1, 5, 9].

Несмотря на то, что депрессивные фазы встречались значительно чаще, по сравнению с маниакальными, риск рецидивирования в случаях наличия в структуре первого психотического эпизода маниакальных и, тем более, маниоформных симптомов, возрастал в 2–3 раза.

Наибольший процент прогрессивной ремиссии был отмечен у пациентов с первичным диагнозом «депрессивный эпизод» – 34 %, а также с диагнозом «шизофрения, аффективно-бредовый тип расстройства» – 22 %. Наиболее регрессивный тип ремиссии наблюдался в группе пациентов с диагнозом «маниакальный эпизод» (38 %) и «шизоаффективное расстройство с психотическими включениями» (42 %). По гендерным признакам – женщины поступали на лечение в 1,5–1,7 раза чаще, чем мужчины. Помимо собственно психотической симптоматики, значительное влияние на характер ремиссии оказывали такие признаки как наследственная обусловленность, личностный и социально-образовательный уровень в преморбиде, наличие конструктивного микроокружения, степень принятия пациентами рекомендаций по поддерживающей терапии.

С учетом позитивного у первичных пациентов терапевтического ответа на проводимую терапию в большинстве случаев удавалось добиваться эффекта путем использования минимальных (реже – средних) терапевтических доз антипсихотических средств. Данный подход позволял достигать не только быстрого и качественного результата, но и способствовал формированию доверительного отношения больного к врачу, конструктивного взаимодействия в формате «пациент – медперсонал» [2, 4, 6].

В терапии пациентов исследуемой группы использовались все основные группы психотропных средств: антидепрессанты, конвенциональные нейролептики, антипсихотики, нормотимики. Антидепрессанты использовались почти во всех случаях, включая расстройства с выраженной собственно психотической симптоматикой. Обоснованием для использования антидепрессантов было одномоментное назначение антипсихотиков. Общим правилом в терапии пациентов стационарного уровня расстройств было начало лечения с трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин, анафранил) и конвенциональных нейролептиков (галоперидол, трифтазин, аминазин). В большинстве случаев «классические» психотропные средства оказывали быстрое и выраженное действие, однако с учетом заметного побочного эффекта указанных препаратов, в течение короткого времени (3–10 дней) осуществлялся переход на СИОЗС и антипсихотики. Нормотимики использовались приблизительно в 60–65 % случаев. Показаниями для назначения нормотимиков было наличие более-менее «чистой» аффективной симптоматики. В

случаях «вторичной» аффективной патологии показания для назначения нормотимиков носили относительный характер. В качестве поддерживающей терапии в ряду «аффективный эпизод» – «полиморфное психотическое расстройство» – «шизоаффективное расстройство» – «шизофрения с аффективно-бредовой симптоматикой» назначалась «линейка» препаратов с акцентом от преимущественно нормотимиков и антидепрессантов (начиная с аффективных эпизодов) до преимущественно антипсихотиков (при собственно психотических состояниях) [1, 3, 7].

В соответствии с рекомендациями Протоколов терапии психозов, поддерживающая терапия назначалась на срок от 6 до 12 месяцев. Однако указанные сроки, по нашим данным, соблюдались лишь в 8,2 % случаев. В остальных случаях длительность приема препаратов распределилась приблизительно следующим образом: до 1 мес. – 36,4 %, до 2 мес. – до 28,6 %, до 3 мес. – 18,2 % случаев. Основными причинами отказа пациентов от поддерживающей терапии были предубеждение о негативном действии психотропных средств на организм в целом, торпидность, скованность (преимущественно при назначении нейролептиков), набор веса, эндокринные нарушения (в случаях длительного приема антипсихотиков).

Выводы

Знание особенностей течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы с достижением более быстрых и качественных результатов лечения. Полученные прогностические данные о формировании ремиссии, причинах рецидивов и характере комплаенса у пациентов, перенесших первый психотический эпизод, позволят предвидеть динамику и оказывать адекватную помощь на каждом из этапов терапии и реабилитации.

Список использованной литературы

1. Гурович И. Я. Первый психотический эпизод / И. Я. Гурович, Я. Б. Шмуклер. – М.: Межпрактика-М, 2010. – 544 с.
2. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 129.
3. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21–24.
4. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
5. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.
6. Пішель В. Я. Сучасні можливості раннього виявлення пацієнтів з першим психотичним епізодом в загальномедичній практиці / В. Я. Пішель, К. В. Губенко // Тавричеський журнал психіатрії. – 2007. – Т. 11, № 4 (41). – С. 37–41.
7. Depression and depressive symptoms in first episode psychosis / [Romm K. L., Rossberg J. I., Berg A. O. et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2010. – Vol. 198, issue 1. – P. 67–71.
8. Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia / [Robinson D. G., Woerner M. G., Delman H. M. et al.] // Schizophr Bull. – 2005. – Vol. 31, issue 3. – P. 705–722.
9. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update / [Penn D. L., Waldheter E. J., Perkins D. O. et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 2220–2232.

References

1. Gurovich, I. Ja., & Shmukler, Ja. B. (2010). Pervyj psihoticheskij jepizod [The first psychotic episode]. Moscow: Mezhpaktika-M, 544 p. (In Russian).
2. Kozhyna, H. M., & Haichuk, L. M. (2010). Sovremennye podhody k terapii depressivnyh rasstrojstv [Modern approaches to the therapy of depressive

- disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 129. (In Russian).
3. Maruta, N. O. (2007). Pervyj jepizod psihoza (diagnostika, lechenie, organizacija pomoshhi) [The first episode of psychosis (diagnosis, treatment, organization of health service)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 21-22. (In Russian).
 4. Mishyiev, V. D. (2004). Suchasni depresyivni rozlady: kerivnytstvo dlia likariv [Modern depressive disorders: a guidance for physicians]. Lviv: Vydavnytstvo Ms, 208 p. (In Ukrainian).
 5. Mykhailov, B. V. (2012). Sovremennoe sostojanie problemy shizofrenii (obzor literatury) [Problems of depressive disorders. A hypothesis of appearance]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 4 (65), pp. 39-47. (In Russian).
 6. Pishel, V. Ya., & Hubenko, K. V. (2007). Suchasni mozhlyvosti rannoho vyavlennia patsientiv z pershyim psykhotychnym epizodom v zahalnomedychnij praktysii [Modern possibilities of early detection of patients with a first psychotic episode in general practice]. *Tavrisheskij zhurnal psihiatrii – Taurian Journal of Psychiatry*, vol. 11, issue 4 (41), pp. 37-41.
 7. Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Barrett, E. A., Faerden, A., Agartz, I., ... Melle, I. (Jan 2010). Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 198, issue 1, pp. 67-71. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181c81fc0.
 8. Robinson, D. G., Woerner, M. G., Delman, H. M., & Kane, J. M. (Jul 2005). Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull.*, vol. 31, issue 3, pp. 705-722. DOI: 10.1093/schbul/sb032.
 9. Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (Dec 2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, issue 12, pp. 2220-2232. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2220.

ПЕРШІ ПСИХОТИЧНІ ЕПІЗОДИ: КЛІНІКА, ДИНАМІКА, ТЕРАПІЯ

Ю. А. Блажевич

Актуальність. Перший психотичний епізод (ППЕ) становить істотний інтерес для дослідників і лікарів-практиків з огляду на важливість якісного купірування психозу на початковому етапі захворювання, а також можливість саме на цьому етапі домогтися конструктивного рівня комплаєнсу і збереження соціалізації.

Мета – вивчити особливості клініки і її динаміки при ППЕ; вивчити структуру депресій при ППЕ та когнітивні порушення, їх зв'язок зі структурою захворювання, їх зміни в динаміці. Оцінити умови формування якісної ремісії, причини рецидивів, фактори дотримання комплаєнсу, питання соціалізації пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 148 пацієнтів (70 чоловіків і 78 жінок) з ППЕ, в клінічній картині захворювання яких були суттєві афективні порушення. Вивчали ППЕ при наступних нозологіях: параноїдна шизофренія (F 20.0); гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) і з симптомами шизофренії (F 23.1); поліморфні шизоафективні розлади (F 25) – депресивний тип (F 25.1); а також маніакальний (F 30) і депресивний (F 32) епізоди. Використано інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний і статистичний методи дослідження.

Результати. Вивчено структуру депресій при ППЕ і в його динаміці. Виділені основні симптоми депресій при ППЕ та проведена кореляція з динамікою психозу. Досліджено особливості нейрокогнітивних порушень у пацієнтів з ППЕ та оцінено їх динаміку в процесі терапії. Представлені дані щодо основних принципів терапії ППЕ, особливостей комплаєнсу, ремісії і реадптації. Катамнестичне дослідження пацієнтів з вираженими афективними розладами в структурі ППЕ показало зв'язок структури і ступеня вираженості порушень афекту з характером і частотою рецидивів захворювання, з якістю ремісії, а також з дотриманням пацієнтами комплаєнсу і ступенем їх реадптації в суспільство.

Висновки. Знання особливостей перебігу афективної складової психозу в динаміці дозволить розробляти адекватні комплексні терапевтичні програми з досягненням більш швидких і якісних результатів лікування. Отримані прогностичні дані про формування ремісії, причини рецидивів і характер комплаєнсу також сприятимуть високому рівню соціалізації пацієнта.

Ключові слова: перший психотичний епізод, типи депресій, когнітивні розлади, терапія, комплаєнс, ремісія.

FIRST PSYCHOTIC EPISODES: CLINIC, DYNAMICS AND THERAPY

Yu. A. Blazhevych

Backgrounds. The first psychotic episode (FPE) has considerable interest to researchers and practicing physicians in view of the importance of quality relief of psychosis at the initial stage of the disease, as well as the possibilities at this stage to achieve a constructive level of compliance and preservation of socialization.

Objective. The aim was to study the features of the clinic and its dynamics of FPE; to study the structure of depression during the FPE and cognitive impairments, their relation to the structure of the disease, and their changes over time. Assess the conditions for the formation of qualitative remission, the causes of relapse, compliance factors, the issue of socialization of patients.

Materials and methods. We examined 148 patients (70 men and 78 women) with FPE and significant affective disorders in the clinical picture of whose diseases. FPE was studied with the following nosologies: paranoid schizophrenia (F 20.0), acute psychotic disorders without symptoms of schizophrenia (F 23.0) and with symptoms of schizophrenia (F 23.1), polymorphic schizoaffective disorders (F 25) – depressive type (F 25.1), and manic (F 30) and depressive episodes (F 32). Were used information-analytical, socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psycho-diagnostic, catamnestic and statistical methods of research.

Results. Depressions structure in the FPE and its dynamics were studied. The main symptoms of depression in FPE were identified and correlation with the dynamics of psychosis was carried out. The features of neurocognitive impairments in patients with FPE were studied and their dynamics in the course of therapy was evaluated. Data on the main principles of FPE therapy, features of compliance, remission and readaptation are presented. Catamnestic study of patients with severe affective disorders in the structure of FPE showed the relations between the structure and degree of manifestation of affective disorders with the types and frequency of relapses of the disease, the quality of remission, and compliance with compliance and the degree of their adaptation in society.

Conclusions. Knowledge of the features of the course of the affective component of psychosis in the dynamics will allow developing adequate complex therapeutic programs with the achievement of more rapid and qualitative results of treatment. These forward-looking data on the formation of remission, relapse causes and types of compliance will also contribute to the high level of patient socialization.

Keywords: first psychotic episode, types of depression, cognitive disorders therapy, compliance, remission.

Стаття постуила в редакцію 21.10.2016 г.

БЛАЖЕВИЧ Юлія Анатоліївна, завідувач Центру первинного психотичного епізоду та сучасних методів лікування ТМО «Психіатрія» у м. Києві, м. Київ, Україна; e-mail: blazhevych@ukr.net

БЛАЖЕВИЧ Юлия Анатольевна, заведующая Центром первого психотического эпизода и современных методов лечения ТМО «Психиатрия» в г. Киеве, г. Киев, Украина; e-mail: blazhevych@ukr.net

BLAZHEVYCH Yuliia Anatoliivna, Head of the Center of first psychotic episode and modern methods of treatment of the Territorial medical association «Psychiatry» in Kyiv, Kyiv, Ukraine; e-mail: blazhevych@ukr.net