

*Д. С. Цибенко, И. В. Грын, П. С. Марченко, О. М. Аджала*  
**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРВОГО  
ПСИХОТИЧЕСКОГО ЭПИЗОДА**

*Научные руководители: д-р мед. наук, проф. А. Н. Скрипников,  
канд. мед. наук, ассист. Д. И. Бойко*

*Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии,  
Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава*

*D. S. Tsibenko, I. V. Gryn, P. S. Marchenko, O. M. Ajala*  
**CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF FIRST  
PSYCHOTIC EPISODE**

*Scientific advisers: D. med. Sci., prof. A. M. Skrypnikov,  
Ph.D. D. I. Boiko*

*Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology,  
Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava*

**Резюме.** Первый психотический эпизод - тяжелое психическое расстройство, которое представляет из себя тяжелый социальный и биологический стресс для больного, его семьи и близких людей. Изучение первого психотического эпизода значимо для правильной и своевременной диагностики, своевременного лечения и комплексной реабилитации пациентов. Раннее терапевтическое вмешательство позволяет замедлить нарастание дефекта личности и дефицита когнитивных функций.

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод, реабилитация, аутоагрессия, дифференциальная диагностика, семейная психосоциальная реабилитация.

**Resume.** The first psychotic episode - a severe mental disorder, which is a heavy social and biological stress for the patient, his family and close friends. The studying of the first psychotic episode is significant for the correct and timely diagnosis, timely treatment and comprehensive rehabilitation of patients. Early therapeutic intervention can slow the growth defect of personality and cognitive deficits.

**Key words:** first psychotic episode, rehabilitation, autoaggression, differential diagnosis, family psychosocial rehabilitation.

**Актуальность.** Первый психотический эпизод - тяжелое психическое расстройство, которое, в свою очередь, представляет из себя тяжелый социальный и биологический стресс для больного, его семьи и близких людей. Пациенты, у которых впервые развилась психотическая симптоматика, и которые ранее не пребывали на диспансерном учете, могут быть отнесены к категории первого психотического эпизода [11]. Имеет место проблема маскирования эндогенного психоза под вид реактивного психоза, что усложняет дифференциальную диагностику данных патологий [12]. Проблема дифференциации дебюта эндогенного и реактивного психоза является важным вопросом сегодня в психиатрии.

**Цель:** выделить основные проблемы, требующие дальнейшего изучения о клинико-психопатологических различиях эндогенного и реактивного психозов в структуре их дифференциальной диагностики с целью выбора оптимального метода лечения и реабилитации.

**Задачи:**

1. Описать известные сходства в клинической картине указанных типов психотического эпизода;

2. Охарактеризовать существующие отличия для ранней дифференциальной диагностики;

3. Проанализировать имеющиеся данные о раннем терапевтическом вмешательстве при разных типах первого психотического эпизода;

4. Систематизировать имеющиеся сведения и определить необходимый вектор дальнейших исследований.

**Результаты и их обсуждение.** Реактивный и эндогенный психозы в дебюте зачастую имеют подобные симптомы, такие как бред персекуторного характера, величия, сверхспособностей, параноидная и парафреническая симптоматика, синдром Кандинского-Клерамбо, синдром Капгра, псевдогаллюцинации или истинные галлюцинации, изменения в эмоционально-волевой сфере, такие как апатия, абулия, парабулия, амбивалентность, амбитендентность [3].

Исследователями также отмечен высокий риск возникновения аутоагрессивного поведения как при реактивном, так и при эндогенном психозе. У 76% пациентов аутоагрессивное поведение формируется по психопатологическому типу [2]. Аутоагрессивное поведение имеет истинный характер. На увеличение суицидального риска влияет как негативная, так и позитивная симптоматика. Агрессивность, импульсивность вместе с нарушением коммуникативных способностей пациента увеличивают суицидальный риск.

Реактивный психоз, в отличие от эндогенного, не имеет явных преморбидных маркеров. Эндогенный психоз в свою очередь имеет зачастую преморбидные личностные особенности в доманифестном периоде, такие как замкнутость с детства, вычурность интересов и хобби или же наоборот их скудность, дезадаптация в обществе, обедненность эмоций, гипобулия может сочетаться с парабулией, снижение энергетического потенциала, эксплозивность [6, 13].

Симптомы реактивного психоза отличаются по содержанию галлюцинаций и бреда от эндогенного психоза тем, что имеют отпечаток пережитого эмоционального стресса, события, которое заставило человека перенести глубочайшее психическое потрясение. Такими событиями могут быть природные катаклизмы, техногенные аварии, смерть близких, утрата определенного социального положения.

Реактивный психоз не имеет генетически обоснованных предпосылок к передаче данного заболевания следующему поколению. В то же время, роль наследственности в клинике эндогенного психоза весьма значительна. Эндогенный психоз имеет полигенный характер наследования – 11 генов. Локусы генов расположены на аутосомах 1, 4, 6, 13, 17, 18, 22. Конкордантность по шизофрении у монозиготных близнецов в 3-4 раза выше, нежели у дизиготных близнецов. Риск развития эндогенного психоза у сиблингов и потомства больных шизофренией – в 10 раз выше, чем у населения в среднем. Очень высокий риск заболеваемости у кровных родственников пробандов второй и третьей степени родства.

Роль нарушений развития головного мозга в беременности и младенческом возрасте под влиянием некоторых факторов характерны для эндогенного психоза. У матерей таких пациентов чаще регистрировались инфекционные заболевания в первом и втором триместрах беременности. В то же время, роль инфекционных заболеваний в младенчестве или в более поздних возрастах у пациентов никак не коррелирует с проявлением реактивного психоза.

Как для реактивного, так и для эндогенного психоза, наилучший результат лечения проявляется при медикаментозном купировании психотической симптоматики в минимальные сроки после дебюта. Помимо медикаментозного лечения, положительный результат в дальнейшем лечении пациента дает психосоциальная реабилитация в ранний период заболевания [9].

Ранняя интервенция при первом психотическом эпизоде включает: минимальный период выявления психотического эпизода, сокращение отсрочки лечения, обеспечение поддерживающего вмешательства в критическом периоде, лечение в наименее стигматизирующих условиях, адаптивный/индивидуальный подбор фармакологических препаратов, психосоциальную реабилитацию, раппорт между пациентом и лечащим врачом.

Своевременное терапевтическое вмешательство в патологии первого психотического эпизода важно, так как болезнь осложняется приемом психоактивных веществ, злоупотреблением алкоголя, депрессивными эпизодами, социальной дисфункцией, что значительно ухудшает дальнейший прогноз. Социальная проблематика первого психотического эпизода проявляется в том, что это третье из психиатрических инвалидизирующих состояний и приводит к уменьшению длительности жизни в среднем на 10 лет [4, 7].

Ранняя медикаментозная интервенция при реактивном и эндогенном психозах уменьшает длительность госпитализации, увеличивает эффективность лекарственных препаратов и обеспечивает эффективное купирование галлюцинаторной и бредовой симптоматики. При эндогенном психозе уменьшаются проявления негативной симптоматики и снижается дефицит познавательных функций.

Позднее выявление психоза имеет ряд тяжелых последствий для социального индивида, такие как ограничение социальных связей, потеря способности к независимому проживанию, бродяжничество, эмоциональное напряжение в семье, высокий риск распада семьи, ухудшение качества жизни, переход в более низкие, асоциальные слои общества, формирование стигматизации. Имеет место проблема аутостигматизации у пациентов с первым психотическим эпизодом. У пациента, который впервые попадает в психиатрическую больницу, может проявиться дисфункциональное убеждение по поводу его диагноза, так как в обществе зачастую бытует негативный стереотип об психически больных людях. Это дисфункциональное убеждение приводит к внутренней стигматизации, или аутостигматизации, пациента, что значительно ухудшает комплаенс между врачом и пациентом.

Правильное лечение реактивного психоза приводит пациента к полному психологическому выздоровлению. В тоже время, при эндогенном психозе только 30% пациентов выздоравливают и в лечении более не нуждаются.

При активной терапии ремиссия при реактивном психозе наступает приблизительно через 2 месяца, в свою очередь, эндогенный психоз купируется в среднем за 6 месяцев.

Рецидивы при перенесенном реактивном психозе не возникают, а при эндогенном психозе рецидивы зачастую наступают в течение первых 5 лет после лекарственной или спонтанной ремиссии. Эндогенный психоз прогрессирует далее, а при этом страдает качество ремиссий, либо они исчезают полностью.

Проблематика дифференциальной диагностики реактивного и эндогенного психоза касается и ранней психосоциальной реабилитации. При реактивном психозе ранняя психосоциальная реабилитация в итоге способствует полной реабилитации и интеграции человека в общество. При эндогенном психозе интеграция в общество затруднена. Реабилитация при реактивном психозе восстанавливает предшествующую до заболевания структуру личности, но при эндогенном психозе, даже при реабилитации происходит постепенный распад структуры личности с формированием так называемого дефекта личности [6]. При реактивном психозе реабилитация возобновляет интеллектуальные способности пациента до исходного уровня перед заболеванием, в то же время при эндогенном психозе проявляется снижение интеллектуальных способностей, доминирующее мышление таких пациентов – палеомышление или аутистическое мышление. При реактивном психозе происходит полное исчезновение психопатологической симптоматики. При эндогенном психозе же – происходит сохранение психопатологической симптоматики, например резидуальный бред, сохранение негативной симптоматики [5].

Психосоциальная реабилитация должна быть нацелена не только на самого пациента, но и на его социальное окружение, в которое он войдет после выписки из стационара. Семейная психосоциальная реабилитация имеет очень важное влияние на долгосрочные ремиссии при эндогенном психозе [10]. Правильная просветительская работа с близкими родственниками больного имеет огромное значение в реадaptации [1].

Таким образом, изучение клинико-психопатологических особенностей реактивного и эндогенного психозов в составе первого психотического эпизода позволит облегчить их раннюю дифференциальную диагностику, что поспособствует раннему терапевтическому вмешательству с оптимальным выбором метода лечения, позволит избежать раннего распада личности, социальной дезадаптации и инвалидизации указанных пациентов.

#### **Выводы:**

1 Изучение первого психотического эпизода значимо для правильного лечения и реабилитации пациентов с данной патологией.

2 Реактивный и эндогенный психозы в составе первого психотического эпизода имеют схожую клиническую картину, что затрудняет раннюю дифференциальную диагностику.

3 У описанных категорий пациентов выявляются отличия в преморбиде, прослеживается связь с психотравмирующими факторами.

4 Раннее терапевтическое вмешательство позволяет замедлить нарастание дефекта личности и дефицита познавательных функций.

#### **Литература**

1. Баскіна ВВ. Участь родини у процесі надання комплексної допомоги жінкам після перенесеного первинного психотичного епізоду [Текст]\* / В.В. Баскіна // Медична психологія. – 2016. - №3. – С. 83-86.

2. Бачериков А.Н. Аутоагрессивное поведение у больных с первым психотическим эпизодом (диагностика, клиника, лечение) [Текст]\* / А.Н. Бачериков, И.Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. – 2007. - №15. – С. 30-33.

3. Васильченко К.Ф. Социальное функционирование и адаптация пациентов с первым психотическим эпизодом: внутренняя стигма и социально-психологические факторы [Текст]\* / К.Ф. Васильченко, Ю.В. Дроздовский // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2018. - №3. – С. 10–15.
4. Ваулин С.В. Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении [Текст]\* / С.В. Ваулин, М.В. Алексеева, С.Э. Жилина // Вестник смоленской государственной медицинской академии. – 2014. - №3. – С. 103-106.
5. Демченко В.А. Клінічні аспекти психосоціальної реабілітації при первинному психотичному епізоді [Текст]\* / В.А. Демченко, В.В. Зозуля, С.В. Пономарьов // Український вісник психоневрології. – 2009. – №2. – С. 94-96.
6. Животовська Л.В. Оцінка ефективності лікувально-реабілітаційних заходів у пацієнтів з першим психотичним епізодом з урахуванням біологічних ритмів [Text]\* / Л.В. Животовська, Д.І. Бойко, Л.А. Боднар та ін. // Science Rise: Medical science. – 2017. - №11. – С. 15–19.
7. Осокіна О.І. Перший психотичний епізод (огляд проблеми) [Текст]\* / О.І. Осокіна // Арх. клін. експ. мед. - 2013. - №2. – С. 249-253.
8. Психиатрия / под ред. В.А. Жмуров. - Москва: Умный доктор. 2018. - 960 с.
9. Ушенін С.Г. Фактори, які предетермінують некомплаєнтній поведінці у хворих на перший психотичний епізод [Текст]\* / С.Г. Ушенін // Український вісник психоневрології. – 2007. - №4 – С. 74-76.
10. Юр'єва Л.М. Клініко-психопатологічні особливості психічної дезадаптації у родичів хворих на первинний психотичний епізод [Текст]\* / Л.М. Юр'єва, Т.Й. Шустерман // Український вісник психоневрології. - 2007. - №1. - С. 93-96.
11. Boiko D.I. Clinical and psychopathological characteristics of the autoaggressive behavior in patients with the first psychotic episode with considering circadian rhythms [Text]\* / D.I. Boiko, L.V. Zhyvotovska, H.T. Sonnik et al. // Wiadomosci Lekarskie. – 2017. – 70(3 pt2). – P. 553-557.
12. Krstev H. Early intervention in first-episode psychosis [Text]\* / H. Krstev, S. Carbone, S.M. Harrigan et al. // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. – 2004. – №39. – P. 711-719.
13. Van der Gaag M. Preventing a first episode of psychosis: Meta-analysis of randomized controlled prevention trials of 12 month and longer-term follow-ups [Text]\* / M. Van der Gaag, F. Smit, A. Bechdolf, et al. // Schizophrenia Research. – 2013. – 149. – P. 56-62.