

Постійними супутниками гідролітичної деструкції та трансформації поліолів були вуглеводні, альдегіди, спирти, кетони. Висока стабільність речовин підтверджувалась і непрямими методами. Піноутворювальна здатність речовин, наприклад, з вихідною концентрацією 20,0 мг/л, зберігалась на протязі всього терміну спостереження (15 діб). При цьому на рівні практичного порогу по присмаку (інтенсивність у 2 бали) гірко-в'язучий присмак водних речовин зберігався на протязі десяти та більше діб.

Таким чином, прямі та непрямі методи дозволяють зробити висновок про те, що досліджувані поліоли являються високостабільними та важко піддаються біологічному окисленню та гідролітичній деструкції. Це потребує здійснення біологічної очистки стічних вод, які містять ці речовини, а також проведення обґрунтування випуску стічних вод в водні об'єкти.

#### **Список використаних джерел:**

1. Баренбойм Г. М. Оценка биологической опасности органических ксенобиотиков / Г. М. Баренбойм, М. А. Чиганова, А. В. Аксенов // Методы оценки соответствия. – 2011. – № 7. – С. 28–33.
2. Брянцев О. Н. Токсиколого-гигиеническая характеристика полиолов в связи с проблемой охраны водных объектов: автореф. дис. на соискание учен. степ. канд. мед. наук / О. Н. Брянцев. – Ростов-на Дону, 2006. – 24 с.
3. Жолдакова З. И. Проблемы стабильности и трансформации в комплексном гигиеническом нормировании химических веществ / З. И. Жолдакова, О. О. Синицына, Е. Е. Полякова // Гигиена и санитария. – 2002. – № 6. – С. 71-75.

**Баскіна В.В.**

*асистент,*

*Одеський національний медичний університет*

### **ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД**

Останнім часом велика кількість вчених: І.А. Билім (2009 р.), І.Я. Гурович (2008 р.), Ю.М. Шикін (2009 р.) О.Б. Шмуклер (2008 р.), Я.А. Сторожакова (2008 р.), А. Anjum (2006 р.), С. Jackson (2009 р.), I. Reid (2009 р.), S. Schulz (2006 р.), P. Trower (2009 р.), T. White

(2006 р.) та інші спрямовують свої дослідження на виявлення ефективних алгоритмів психосоціальної реабілітації хворих, що перенесли психотичний епізод. Доведено, що стійкість і тривалість ремісії у хворих на шизофренію залежить не тільки від адекватної медикаментозної терапії, але і від форм і методів проведеної психосоціальної реабілітації. Надання психотерапевтичної допомоги, залучення в трудовий процес, що сприяє реалізації творчого потенціалу, дозволяють пацієнтам не відчувати себе соціально відчуженими [2; 4; 7; 8].

Психосоціальна реабілітація дозволяє багатьом людям придбати або відновити практичні навички, необхідні для життя і спілкування в своєму колі, і вчить їх, як справлятися зі своїми втраченими здібностями. Вона включає допомогу у розвитку соціальних навичок і можливостей для реалізації захоплень та дозвілля, які дають відчуття причетності і власної цінності.

Слід відзначити необхідність тривалого ведення хворих з первинним психотичним епізодом і після виписки з відділення. З цією метою хворі, виписані з денного стаціонару або відділення з режимом денного стаціонару, продовжують спостерігатися в клініці для оцінки психічного стану, здійснення підтримуючої психофармакотерапії та проведення підтримуючого психосоціального лікування у вигляді щомісячних групових занять. Останні в значній мірі виконують завдання зміцнення соціальних зв'язків хворих, соціальної підтримки.

В даний час широко застосовується включення пацієнтів на етапі виходу з психотичного стану в психоосвітню групу, особливо при первинному психотичному епізоді. Програма роботи в такій групі, окрім мети подолання стресу, пов'язаного з виникненням важкого психотичного захворювання, ситуації, обумовленої іноді необхідністю зміни роботи, професії, інших рольових функцій, наприклад, в сім'ї (перший епізод), включає також формування мотивації на продовження фармакотерапії протягом досить тривалого часу, навчання стратегії подолання залишкових психопатологічних розладів. Інша з типових цілей психосоціальної роботи стосується попередження повторних загострень і рецидивів захворювання [2; 3; 4; 5; 6].

З числа пацієнтів з первинним психотичним епізодом (надалі – ПШЕ) формуються групи, що враховують особливості психосоціального дефіциту і, відповідно, виконують різні завдання. При неможливості виконати цю умову, ведучі однієї з груп повинні

враховувати конкретні проблеми пацієнтів, наприклад, у одного – проблему спілкування, в іншого – формування навичок впевненої поведінки, у третього – проблему комплайенса, тощо. Програма роботи такої групи повинна включати заняття, пов'язані з подоланням цих проблем беруть участь у групі пацієнтів [6; 7; 8].

Послідовність психосоціальних впливів здійснюється з урахуванням все більшого наближення до звичайних життєвим вимогам і досягненню соціальної компетентності. Тактика і зміст психосоціальних втручань різняться в залежності від стадії захворювання (концепція фазоспецифічності): фаза розгорнутого психозу, фаза становлення ремісії, фаза повного або часткового одужання [2; 4; 8].

Фаза розгорнутого психозу визначається, як проміжок часу з моменту надходження хворого в клініку первинного психотичного епізоду до початку становлення ремісії (3-4 тижні). Зазвичай у цей період стан пацієнтів характеризується досить вираженими психопатологічними розладами, що робить можливим дуже обережний психосоціальний вплив виключно в індивідуальному форматі, в поєднанні з оптимальною фармакотерапією. У цей період пацієнти та їхні родичі контактують тільки з психіатром і медсестрами [3; 5; 6].

Головним завданням психосоціального впливу в цій фазі є створення «терапевтичного альянсу», що передбачає партнерські відносини між пацієнтом, його сім'єю і фахівцями, активну участь пацієнта і його сім'ї в процесі лікування, формуванні установки на подолання хвороби. Саме таке «емпатичне розуміння» надалі стає запорукою стабільного та продуктивного співробітництва між пацієнтом, його сім'єю і професіоналами [1; 4].

У міру поліпшення психічного стану комплекс психосоціальних впливів розширюється, до терапії, підключається психолог, використовуються групові форми роботи. Таким чином, здійснюється перехід до наступної стадії втручання. Фаза становлення ремісії починається з моменту купірування гострої психотичної симптоматики і триває до виписки хворого з клініки. Особливістю психічного стану пацієнта в цей період є крихкість і нестійкість досягнутого поліпшення, часті не різко виражені загострення психотичної симптоматики, висока питома вага депресивних розладів [7; 8].

Одним з психосоціальних втручань в цій фазі є психоосвіта, яка включається, як складовий елемент в тренінг соціальних навичок.

При відмові відвідувати групи робота здійснюється з пацієнтами індивідуально. В цілому, психоосвіта при ППЕ переслідує такі цілі:

- досягнення адекватного розуміння хвороби пацієнтом і залучення його в терапевтичний процес;
- прийняття можливості різного перебігу захворювання без розпачу й песимізму, з почуттям власної компетентності та впевненості в тому, що хворобою можна управляти;
- відновлення самооцінки і контролю над власним життям.

Своєрідними об'єктами психоосвіти є: стрес, внаслідок виявлення психічного захворювання і необхідність лікування; стигматизація; комплайенс; умови виникнення рецидиву і способи його запобігання; обмеження, що накладаються хворобою; активна роль в процесі лікування; подолання хвороби та повернення до повноцінного життя [1; 2; 8].

Фаза повного і часткового одужання характеризується різними типами ремісії. Соціально-психологічний статус пацієнтів визначається більш глибоким розумінням внутрішньої картини хвороби (ВКБ), формуванням компенсаторних механізмів, відновленням соціального функціонування та реінтеграції у суспільство [5; 6; 7].

Головним завданням психосоціального втручання в цій фазі є:

- корекція нерідко виникаючих спотворень в уявленнях про хворобу, прогноз, методи лікування з метою найбільш адекватного розуміння природи патологічних порушень і ефективних способів їх подолання;
- стимуляція активності, самостійності пацієнта, формування соціально відповідальної поведінки та соціальної компетентності;
- досягнення максимально можливого рівня соціального, психологічного та фізичного функціонування і його відповідність рівню самооцінки хворого, тобто максимально можливе поліпшення якості життя.

Крім перерахованих вище завдань зберігають свою актуальність і такі напрямки роботи, як підтримання комплайенса, профілактика рецидивів, раннє розпізнавання симптомів загострення та забезпечення своєчасного втручання, зниження ризику суїцидів [3; 6; 8].

Підсумком психосоціальної реабілітації повинна з'явитися перебудова структури особистості хворого. Це кінцева мета всіх реабілітаційних заходів [1; 4; 5; 8]. Як вже вище зазначалося, після купірування гострої симптоматики першого психотичного епізоду

надзвичайно важливим і необхідним етапом лікування є адекватна підтримуюча терапія. Доведено, що поєднання оптимальної фармакотерапії та психосоціального супроводу, як із залученням хворих у групу так і в поєднанні із сімейно-орієнтованою психоосвітою, позитивно впливають на соціальне функціонування даної категорії пацієнтів.

### Список використаних джерел:

1. Актуальные вопросы профилактики, диагностики, терапии и реабилитации психических расстройств: сборник статей. – Барнаул: ИП Колмогоров И.А., 2014. – 359 с.

2. Былим И.А. Комплаенс в первом эпизоде шизофрении: клинические и организационные прогностические факторы / И.А. Былим, Ю.М. Шикин // «Взаимодействие специалистов в оказании помощи при психических расстройствах», Москва, 27-30 октября 2009 г. Материалы Общероссийской конференции. – М., 2009. – С. 136-137.

3. Гажа А.К. Психообразовательная работа с родственниками больных с первым психотическим эпизодом в Тамбовской психиатрической больнице / А.К. Гажа, С. М. Краснянская // XIV съезд психиатров России: Материалы съезда. – М., 2005. – С. 46-47.

4. Гурович И.Я. Особенности психообразовательной работы с пациентами с первым психотическим эпизодом и их семьями / И.Я. Гурович, Л.И. Сальникова, М.В. Магомедова // Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. / Под редакцией профессора И.Я. Гуровича и д.м.н. А.Б. Шмуклера. – М., 2002. – С. 98-108.

5. Кожина А.М. Современные подходы к реабилитации больных шизофренией / А.М. Кожина, В.Е. Кришталь, Е.И. Сухоиванова // Таврический журнал психиатрии. – 2012.– Том 16, вып. 2(59). – С. 35.

6. Gorman J.M. Taking Another Look at Schizophrenia. / J.M. Gorman // CNS Spectr. – 2004. – Vol. 9, № 5. – P. 328.

7. 295 White T. The schizophrenia prodrome / T. White, A. Anjum, S. Schulz. – 2006. – P. 376-380.

8. Jackson C. Improving psychological adjustment following a first episode of psychosis: a randomised controlled trial of cognitive therapy to reduce post psychotic trauma symptoms / C. Jackson, P. Trower, I. Reid // Behaviour Research and Therapy. – 2009. – Vol. 47. – P. 454-462.