

УДК 616.892-036.4-008.444:616.895.87

В. С. Білоус

ДИНАМИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ПРОДРОМАЛЬНОЙ СТАДИИ ПСИХОЗА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ОСТРЫМ ПОЛИМОРФНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

В. С. Білоус

Динамічні критерії продромальної стадії психозу у пацієнтів з параноїдною шизофренією і гострим поліморфним психотичним розладом

V. S. Bilous

Dynamic criteria of the prodromal stage of psychosis in patients with paranoid schizophrenia and acute polymorph psychotic disorder

Целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей в продромальной стадии психоза (ПСП) у пациентов с параноидной шизофренией и острым полиморфным психотическим эпизодом.

Для реализации поставленной цели были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом: 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом параноидная шизофрения (ПШ) (F20.0) и 72 пациента (первая госпитализация) — с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство (ОППР) (F23.0), которые были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно.

В исследовании анализ интенсивности и качественного состава продромальных симптомов психотического расстройства у больных с ПШ и ОППР был проведен с помощью шкалы продромальных симптомов SOPS.

Ключевые слова: продромальная стадия психоза, параноидная шизофрения, острое полиморфное психотическое расстройство, клинико-психопатологические особенности

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних особливостей у продромальній стадії психозу (ПСП) у пацієнтів з параноїдною шизофренією і гострим поліморфним психотичним епізодом.

Для реалізації поставленої мети були обстежені 137 пацієнтів з вперше виявленим психозом: 65 пацієнтів (2—3-я госпіталізація) — з діагнозом параноїдна шизофренія (ПШ) (F20.0) і 72 пацієнти (перша госпіталізація) — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (ГППР) (F23.0), які були обстежені як у форматі реального часу, так і ретроспективно.

У дослідженні аналіз інтенсивності та якісного складу продромальних симптомів психотичного розладу у хворих з ПШ і ГППР був проведений за допомогою шкали продромальних симптомів SOPS.

Ключові слова: продромальна стадія психозу, параноїдна шизофренія, гострий поліморфний психотичний розлад, клініко-психопатологічні особливості

The aim of the investigation was to study clinical-psychopathological peculiarities in the prodromal stage of psychosis (PSP) in patients with paranoid schizophrenia and acute polymorph psychotic disorder.

To achieve the goals of the investigation, 137 patients with the firstly identified psychosis were examined, including 65 patients (2nd—3rd hospitalization) with diagnosis of paranoid schizophrenia (PSch) (F20.0) and 72 patients (1st hospitalization) with diagnosis of acute polymorph psychotic disorder (APPD) (F23.0). The patients were examined both in the frameworks of the real time and retrospectively.

In the study, an analysis of intensity and a quantitative composition of prodromal symptoms of psychotic disorder in patients with PSch and APPD was performed with use of the Scale of Prodromal Symptoms (SOPS).

Key words: prodromal stage of psychosis, paranoid schizophrenia, acute polymorph psychotic disorder, clinical-psychopathological peculiarities

Всемирная психиатрическая ассоциация и Европейская ассоциация психиатров в качестве основной стратегии, в условиях роста психической патологии среди населения, предлагают раннее выявление этой патологии и своевременное медицинское вмешательство. Прежде всего это касается психозов в целом, и шизофрении в частности, как наиболее инвалидизирующих психических заболеваний [2—4, 6, 8, 11, 15].

В этом смысле особое значение придается раннему вмешательству в продромальной стадии психоза (ПСП), которое позволяет: предотвратить развитие патологи-

ческого процесса, сохранить социальное функционирование и качество жизни пациентов [1, 5, 7, 12—14].

В продромальной стадии (стадии риска развития психоза) наблюдается снижение социального и профессионального функционирования. Симптомы риска психоза, которые появляются в этот период, прогрессируют по тяжести и частоте проявления. По результатам современных исследований, такая фаза длится от 2 до 5 лет, развиваясь преимущественно в позднем подростковом возрасте. Инициальными проявлениями психоза являются неспецифические негативные симптомы и слабо выраженные продуктивные симптомы [9, 10, 16].

© Білоус В. С., 2017

Вышеизложенное и определило цель настоящего исследования — изучение клинико-психопатологических особенностей в ПСП у пациентов с параноидной шизофренией и острым полиморфным психотическим эпизодом.

Для реализации поставленной цели были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом: 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом параноидная шизофрения (ПШ) (F20.0) и 72 пациента (первая госпитализация) — с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство (ОППР) (F23.0), которые были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно.

В исследовании анализ интенсивности и качественного состава продромальных симптомов психотического расстройства у больных с ПШ и ОППР был проведен с помощью шкалы продромальных симптомов SOPS.

Согласно результатам этого анализа (табл. 1), у больных ПШ в ПСП выявлено наличие позитивных симптомов (концептуальная дезорганизация и подозрительность) и негативных симптомов (социальная изоляция и снижение выраженности эмоций).

Анализ позитивных симптомов показал, что концептуальная дезорганизация (расплывчатое, громоздкое, стереотипное, непоследовательное, обстоятельное, паралогичное мышление с замедлением течения мыслей, отражающимся в речи) в средней степени выраженности (мышление обстоятельное, паралогичное с трудностями сохранения его целенаправленности, иногда невозмож-

но уследить за нитью беседы) выявлена в 32,3 % случаев (при $p < 0,01$). Подозрительность / персекуторные идеи в виде чрезмерной озабоченности по поводу мотивации других людей, недоверия, подозрительности, параноидного мышления, скрытого (открытого) недоверчивого отношения, нестойких, отрывочных бредовых убеждений, заметных при интервью, в умеренной степени выраженности (слабые, отрывочные, нестойкие убеждения о слежке, наблюдении и выраженная подозрительность) регистрировались у 30,8 % пациентов (при $p < 0,05$).

Изучение негативных симптомов свидетельствовало о том, что социальная изоляция или уединение (мало друзей и приближенных людей, чрезмерная социальная тревога, не уменьшающаяся при знакомстве и больше связанная с параноидными страхами, неловкость в присутствии других и предпочтение одиночества, редкое участие в социальной деятельности) в средней степени выраженности (мало друзей, недоверчив к другим) отмечались у пациентов ПШ в 33,8 % случаев (при $p < 0,01$). Снижение выраженности эмоций (уплощение, сужение и снижение эмоционального отклика, снижение выраженности и модуляции чувств, недостаточность инициативы в беседе, нехватка межличностной эмпатии, открытости, близости, интереса и вовлеченности в беседу) в средней степени выраженности (трудности в поддержании спонтанности и плавности беседы, минимальная межличностная эмпатия, монотонность и отсутствие инициативы в беседе) в этой группе выявлено в 33,8 % случаев (при $p < 0,05$).

Таблица 1. Продромальные симптомы у больных параноидной шизофренией и острым полиморфным психотическим расстройством

Симптомы	Выраженность симптома	Распространенность			
		Больные ПШ		Больные ОППР	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
Позитивные симптомы А					
Необычное содержание мышления / бредовые идеи	отсутствует	45	69,2 ± 7,2	53	73,6 ± 8,8
	сомнительно	13	20,0 ± 2,1	13	18,1 ± 2,1
	легкая степень	7	10,8 ± 1,2	6	8,3 ± 1,0
	умеренная степень	—	—	—	—
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
Подозрительность / персекуторные идеи	отсутствует	10	15,4 ± 1,7	16	22,2 ± 2,6*
	сомнительно	9	13,8 ± 1,6	10	13,9 ± 1,7
	легкая степень	20	30,8 ± 3,1	27	37,5 ± 4,3
	умеренная степень	20	30,8 ± 3,1*	11	15,3 ± 1,8
	средняя степень	6	9,2 ± 1,1	8	11,1 ± 1,4
	сильно выражен	—	—	—	—
Величие	отсутствует	62	95,4 ± 10,4	66	91,7 ± 11,3
	сомнительно	3	4,6 ± 0,7	6	8,3 ± 1,0
	легкая степень	—	—	—	—
	умеренная степень	—	—	—	—
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
Нарушения перцепции / галлюцинации	отсутствует	6	9,2 ± 1,1	7	9,7 ± 1,2
	сомнительно	10	15,4 ± 1,7	10	13,9 ± 1,7
	легкая степень	21	32,3 ± 3,2*	12	16,7 ± 2,9
	умеренная степень	20	30,8 ± 3,1	24	33,3 ± 3,9
	средняя степень	8	12,3 ± 1,4	19	26,4 ± 3,0**
	сильно выражен	—	—	—	—

Продолжение табл. 1

Симптомы	Выраженность симптома	Распространенность			
		Больные ПШ		Больные ОППР	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
Концептуальная дезорганизация	отсутствует	6	9,2 ± 1,1	8	11,1 ± 1,4
	сомнительно	13	20,0 ± 2,9	29	40,3 ± 4,6**
	легкая степень	11	16,9 ± 1,9	10	13,9 ± 1,7
	умеренная степень	12	18,5 ± 2,0	15	20,8 ± 2,4
	средняя степень	21	32,3 ± 3,2**	10	13,9 ± 1,7
	сильно выражен	2	3,1 ± 0,6	—	—
крайне выражен	—	—	—	—	—
Выраженность группы симптомов (M ± σ баллов)		2,0 ± 1,0		1,8 ± 1,1	
Негативные симптомы В					
Социальная изоляция или уединение	отсутствует	5	7,7 ± 0,9	9	12,5 ± 1,5
	сомнительно	7	10,8 ± 1,2	16	22,2 ± 2,6**
	легкая степень	13	20,0 ± 2,1	14	19,4 ± 2,2
	умеренная степень	15	23,1 ± 2,4	17	23,6 ± 2,7
	средняя степень	22	33,8 ± 3,3**	12	16,7 ± 2,0
	сильно выражен	3	4,6 ± 0,7	4	5,6 ± 0,8
крайне выражен	—	—	—	—	—
Снижение энергии, воли	отсутствует	4	6,2 ± 0,8	5	6,9 ± 0,9
	сомнительно	5	7,7 ± 0,9	6	8,3 ± 1,0
	легкая степень	14	21,5 ± 2,3	15	20,8 ± 2,4
	умеренная степень	18	27,7 ± 2,8	22	30,6 ± 3,5
	средняя степень	23	35,4 ± 3,5	22	30,6 ± 3,5
	сильно выражен	1	1,5 ± 0,4	2	2,8 ± 0,5
крайне выражен	—	—	—	—	—
Снижение выраженности эмоций	отсутствует	3	4,6 ± 0,7	10	13,9 ± 1,7*
	сомнительно	7	10,8 ± 1,2	9	12,5 ± 1,5
	легкая степень	10	15,4 ± 1,7	13	18,1 ± 2,1
	умеренная степень	20	30,8 ± 3,1	24	33,3 ± 3,9
	средняя степень	22	33,8 ± 3,3*	14	19,4 ± 2,2
	сильно выражен	3	4,6 ± 0,7	2	2,8 ± 0,5
крайне выражен	—	—	—	—	—
Снижение переживания эмоций и самого себя	отсутствует	6	9,2 ± 1,1	18	25,0 ± 2,9**
	сомнительно	9	13,8 ± 1,6	8	11,1 ± 1,4
	легкая степень	14	21,5 ± 2,3	13	18,1 ± 2,1
	умеренная степень	21	32,3 ± 3,2	21	29,2 ± 3,3
	средняя степень	12	18,5 ± 2,0	12	16,7 ± 2,0
	сильно выражен	3	4,6 ± 0,7	—	—
крайне выражен	—	—	—	—	—
Обеднение содержания мышления	отсутствует	6	9,2 ± 1,1	5	6,9 ± 0,9
	сомнительно	10	15,4 ± 1,7	10	13,9 ± 1,7
	легкая степень	32	49,2 ± 5,1	37	51,4 ± 5,7
	умеренная степень	10	15,4 ± 1,7	12	16,7 ± 2,0
	средняя степень	7	10,8 ± 1,2	8	11,1 ± 1,4
	сильно выражен	—	—	—	—
крайне выражен	—	—	—	—	—
Ухудшение ролевого функционирования	отсутствует	5	7,7 ± 0,9	6	8,3 ± 1,0
	сомнительно	5	7,7 ± 0,9	5	6,9 ± 0,9
	легкая степень	22	33,8 ± 3,3	22	30,6 ± 3,5
	умеренная степень	20	30,8 ± 3,1	23	31,9 ± 3,7
	средняя степень	13	20,0 ± 2,1	16	22,2 ± 2,6
	сильно выражен	—	—	—	—
крайне выражен	—	—	—	—	—
Выраженность группы симптомов (M ± σ баллов)		3,4 ± 1,2*		2,3 ± 0,6	
Симптомы дезорганизации С					
Необычное поведение и внешний вид	отсутствует	18	27,7 ± 2,8	21	29,2 ± 3,3
	сомнительно	20	30,8 ± 3,1	24	33,3 ± 3,9
	легкая степень	25	38,5 ± 3,8	26	36,1 ± 4,1
	умеренная степень	2	3,1 ± 0,6	1	1,4 ± 0,3
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
крайне выражен	—	—	—	—	—

Симптомы	Выраженность симптома	Распространенность			
		Больные ПШ		Больные ОППР	
		абс.	% ± m	абс.	% ± m
Вычурное мышление	отсутствует	16	24,6 ± 2,6	15	20,8 ± 2,4
	сомнительно	20	30,8 ± 3,1**	10	13,9 ± 1,7
	легкая степень	20	30,8 ± 3,1	24	33,3 ± 3,9
	умеренная степень	8	12,3 ± 1,4	20	27,8 ± 3,1**
	средняя степень	1	1,5 ± 0,4	3	4,2 ± 0,6
	сильно выражен	—	—	—	—
Проблема с фокусировкой и вниманием	отсутствует	5	7,7 ± 0,9	1	1,4 ± 0,3
	сомнительно	12	18,5 ± 2,0	12	16,7 ± 2,0
	легкая степень	12	18,5 ± 2,0	11	15,3 ± 1,7
	умеренная степень	25	38,5 ± 3,8	26	36,1 ± 4,1
	средняя степень	11	16,9 ± 1,9	22	30,6 ± 3,5*
	сильно выражен	—	—	—	—
Нарушение личной гигиены / социальная невнимательность	отсутствует	23	35,4 ± 3,5	21	29,2 ± 3,3
	сомнительно	20	30,8 ± 3,1	24	33,3 ± 3,9
	легкая степень	15	23,1 ± 2,4	18	25,0 ± 2,9
	умеренная степень	7	10,8 ± 1,2	9	12,5 ± 1,5
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
Выраженность группы симптомов (M ± σ баллов)		1,9 ± 0,9		2,9 ± 0,7*	
Общие симптомы D					
Расстройства сна	отсутствует	24	36,9 ± 3,7	20	27,8 ± 3,1
	сомнительно	13	20,0 ± 2,1	13	18,1 ± 2,1
	легкая степень	8	12,3 ± 1,4	8	11,1 ± 1,4
	умеренная степень	12	18,5 ± 2,0	11	15,3 ± 1,8
	средняя степень	8	12,3 ± 1,4	20	27,8 ± 3,1**
	сильно выражен	—	—	—	—
Дисфорическое настроение	отсутствует	25	38,5 ± 3,8	24	33,3 ± 3,9
	сомнительно	30	46,2 ± 4,7	39	54,2 ± 6,0
	легкая степень	7	10,8 ± 1,2	7	9,7 ± 1,2
	умеренная степень	3	4,6 ± 0,7	2	2,8 ± 0,5
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
Нарушения моторики	отсутствует	48	73,8 ± 7,7	55	76,4 ± 9,3
	сомнительно	12	18,5 ± 2,0	14	19,4 ± 2,2
	легкая степень	5	7,7 ± 0,9	3	4,2 ± 0,6
	умеренная степень	—	—	—	—
	средняя степень	—	—	—	—
	сильно выражен	—	—	—	—
Снижение толерантности к обычному стрессу	отсутствует	5	7,7 ± 0,9	3	4,2 ± 0,6
	сомнительно	20	30,8 ± 3,1**	6	8,3 ± 1,0
	легкая степень	8	12,3 ± 1,4	10	13,9 ± 1,7
	умеренная степень	18	27,7 ± 2,8	22	30,6 ± 3,5
	средняя степень	8	12,3 ± 1,4	19	26,4 ± 3,0**
	сильно выражен	6	9,2 ± 1,1	12	16,7 ± 2,0*
Выраженность группы симптомов (M ± σ баллов)		1,7 ± 0,5		2,7 ± 1,3*	

Условные обозначения. Различия статистически достоверны: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

По результатам проведенного статистического анализа информативности выделенных с помощью шкалы SOPS продромальных симптомов острого психоза наиболее достоверными ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) продромальными симптомами у больных параноидной шизофренией являются (табл. 2):

- 1) концептуальная дезорганизация мышления (ДК — (-23,93), MI — 4,51, при $p < 0,01$);
- 2) социальная изоляция или уединение (ДК — (-22,71), MI — 4,23, при $p < 0,01$);
- 3) подозрительность / персекуторные идеи (ДК — (-15,09), MI — 3,57, при $p < 0,05$).

Таблиця 2. Мера інформативності виділених продромальних симптомів у больових ПШ

Симптоми	Оцінка по шкалі, балли	ДК	МІ
Концептуальна дезорганізація	> 1,5	-23,93	4,51
Соціальна ізоляція або уєднання	> 1,5	-22,71	4,23
Підозрительність/персекаторські ідеї	> 1,0	-15,09	3,57
Сниження вираженості емоцій	> 1,5	-8,49	2,95

Умовні позначення. Зде́сь і да́леє: ДК — діагностический коефіцієнт; МІ — мера інформативності Кульбака

Снижение выраженности эмоций (ДК — (-8,49), МІ — 2,95, при $p < 0,05$) также является важным симптомом продрома острого психоза у больових ПШ, но только в совокупности с концептуальной дезорганізацією мышления, социальной изоляцией (удіненням), підозрительностью (персекаторскими идеями).

Согласно результатам исследования, у больових ОППР в ПСП отмечались позитивные симптомы дезорганізації и общие симптомы (см. табл. 1).

Позитивные симптомы включали нарушения перцепции / галлюцинации (усиленное восприятие, яркие чувственные образы, искажения, иллюзии, эпизодические галлюцинации с критическим осознанием их аномальной природы, иногда — развернутые галлюцинации с незначительным влиянием на мышление и поведение пациента) в средней степени выраженности (искажения перцепции, иллюзии, эпизодические галлюцинации (псевдогаллюцинации), которые еще распознаются больным как нереальные, могут быть пугающими или увлекательными) и регистрировались в 26,4 % случаев (при $p < 0,01$).

Симптомы дезорганізації проявлялись нарушением фокусировки и внимания, а также вычурным снижением проблемы с фокусировкой и вниманием (отказ от целенаправленной активности, проявляющийся слабой концентрацией, отвлекаемостью, трудностями в поддержании или в перемещении фокуса внимания на новые стимулы, рассеянность) в средней степени выраженности (легко отвлекается и периодически теряет нить разговора) отмечалось у 30,6 % пациентов (при $p < 0,05$). Вычурное мышление (мышление со странными, фантастическими, вычурными, алогическими и абсурдными идеями) в умеренной степени выраженности (постоянные необычные идеи, искаженные или алогические мысли, которые удерживаются пациентом как его убеждения или философская система) выявлено в 27,8 % случаев (при $p < 0,01$).

Общие симптомы регистрировались у пациентов этой группы в виде расстройств сна и снижения толерантности к стрессу.

Расстройства сна (проблемы с засыпанием, ранние пробуждения и невозможность снова заснуть, прерывистый сон с кошмарными сновидениями) в средней степени выраженности (нарушения сна значительны и отражаются на других аспектах функционирования пациента — работа, учеба и т. д.) отмечались в 27,8 % случаев (при $p < 0,01$). Снижение толерантности к стрессу в виде изнурения стрессогенной ситуацией, симптомов тревоги, аффективного напряжения, низкой приспособляемости в средне-сильной степени выраженности (чрезмерная реакция на обычные каждодневные события, которые ранее легко преодолевались, легко

перегружается ситуациями, которые ранее легко переносились) выявились у 43,1 % пациентов (при $p < 0,01$).

По результатам проведенного статистического анализа информативности выделенных с помощью шкалы SOPS продромальных симптомов острого психоза ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) наиболее достоверными продромальными симптомами у больових ОППР являются (см. табл. 3):

1) вычурное мышление (ДК — 23,15, МІ — 4,17, при $p < 0,01$);

2) нарушения перцепции / галлюцинации (ДК — 23,83, МІ — 4,01, при $p < 0,01$);

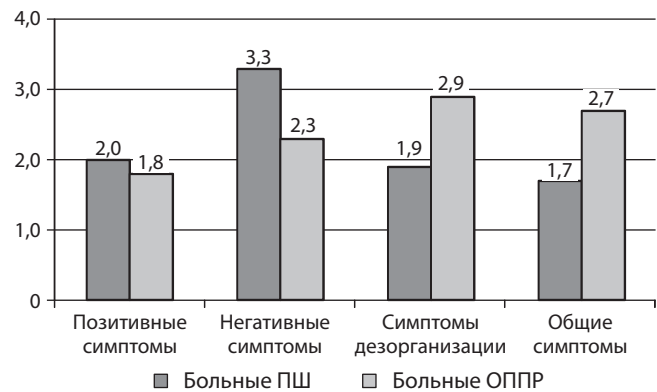
3) расстройства сна (ДК — 21,79, МІ — 3,73, при $p < 0,01$).

Проблемы с фокусировкой и вниманием (ДК — 9,91, МІ — 2,78, при $p < 0,05$) и снижение толерантности к стрессу (ДК — 16,29, МІ — 2,53, при $p < 0,01$) также являются важными симптомами продрома у больових ОППР, но только в совокупности с вычурным мышлением, нарушениями перцепции (галлюцинациями) и расстройствами сна.

Таблиця 3. Мера інформативності виділених продромальних симптомів у больових ОППР

Симптоми	Оцінка по шкалі, балли	ДК	МІ
Вычурное мышление	> 1,0	23,15	4,17
Нарушения перцепции/галлюцинации	> 1,5	23,83	4,01
Расстройства сна	> 1,5	21,79	3,73
Проблемы с фокусировкой и вниманием	> 1,5	9,91	2,78
Снижение толерантности к стрессу	> 1,5	16,29	2,53

Динамика выраженности групп симптомов больових ПШ и ОППР в ППП представлена на рисунке.



Динамика выраженности групп симптомов больових ПШ и ОППР в ПСП

Как свидетельствуют представленные данные, у больових ПШ в ПСП преобладают негативные симптомы — $3,3 \pm 1,2$ балла (при $p < 0,05$), тогда как у больових ОППР в продроме психоза наиболее выраженными являются симптомы дезорганізації ($2,9 \pm 0,7$ балла, при $p < 0,05$) и общие симптомы ($2,7 \pm 1,3$ балла, при $p < 0,05$).

Учитывая тот факт, что у больових ПШ в продроме психоза преобладают негативные симптомы, а у больових ОППР — симптомы дезорганізації и общие симптомы и, в отличие от больових с ПШ, в клинике продрома психоза больових ОППР отмечена меньшая частота

встречаемости таких симптомов, как подозрительность, боязнь преследования (персекуторные идеи); концептуальная дезорганизация; стереотипное мышление; эмоциональная отчужденность и снижение выраженности эмоций; социальная изоляция или уединение; недостаточность суждений и критики.

Полученные данные позволяют прогнозировать у пациентов ОППР меньшую прогрессивность психотического расстройства, его более благоприятное течение и лучший исход.

Список литературы

1. Марута, Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 1 (50). С. 21—25.
2. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: методические рекомендации / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко [и др.]. Москва: МАКС Пресс, 2012. 32 с.
3. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин [и др.] // Журнал психиатрии и психотерапии им. П. Б. Ганнушкина. 2014. № 06. С. 4—10.
4. Перший психотичний епізод: система екзистенційно-особистісного відновлення хворих: методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [та ін.]. Київ; Донецьк, 2013. 32 с.
5. Попадопулос, Т. Ф. Острые эндогенные психозы [Электронный ресурс]. 2014. Режим доступа: <http://www.koob.ru>.
6. Психиатрическая помощь больным шизофренией. Клиническое руководство / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. Москва: ИД «Медпрактика-М», 2007. 260 с.
7. Психиатрия. Руководство для врачей / под ред. А. С. Тиганова. Москва: Медицина, 2012. Т. 1. 807 с.
8. Семке, А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 29—33.

9. Скугаревская, М. М. Базисные симптомы как предикторы развития психоза // Психологический журнал. 2011. № 1—2. С. 63—69.

10. Скугаревская, М. М. Синдром ослабленного психоза — новый диагноз в психиатрии // Журнал психиатрии и психотерапии им. П. Б. Ганнушкина. 2014. № 03. С. 40—43.

11. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: інформаційно-аналітичний огляд за 2001—2010 рр. / за ред. М. К. Хобзей, М. В. Голубчикова, П. В. Волошина, Н. О. Марути; НАМН України. Київ; Харків, 2011. 173 с.

12. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann, [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2012. № 200. P. 22—29.

13. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network "Sharing Information to Improve Outcomes" / [Ph. Burgess, J. Pirkis, T. Coombs, A. Rosen] // Review of Recovery Measures. 2010. Vol. 1(01). 78 p.

14. Fusar-Poli, P. Voxel-wise meta-analysis of fMRI studies in patients at clinical high risk for psychosis // J. Psychiatry Neurosci. 2012. Vol. 37(2). P. 106—112.

15. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen [et al.] // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27(2). P. 87—113.

16. Seidman, L. J., Giuliano A. J., Meyer E. C. North American Prodrome Longitudinal Study (NAPLS) Group Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis // Arch. Gen. Psychiatry. 2010. Vol. 67(6). P. 578—588.

Надійшла до редакції 27.07.17 р.

БИЛОУС Владимир Сергеевич, научный сотрудник Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: mscience@ukr.net

BILOUS Volodymyr, Researcher of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net