

*О.И. Осокина***ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД (ОБЗОР ПРОБЛЕМЫ)***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Украина*

Реферат. В данной статье рассматриваются проблемы, связанные с организацией оказания психиатрической помощи больным с первым эпизодом психоза и особенностями оказания психосоциального лечения данному контингенту больных. Показана необходимость комплексного подхода к диагностике, профилактике и лечению данной патологии, а также целесообразность исследования факторов, прогнозирующих риск развития неблагоприятного исхода болезни. Отмечено, что улучшение клинко-функциональных исходов первого психотического эпизода возможно при использовании раннего специализированного вмешательства с акцентом не только на клиническое улучшение, но и на восстановление целостности личности больного и его реализации себя в социуме.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, социальное функционирование, психосоциальное лечение

Современные взгляды на первый психотический эпизод (ППЭ) определяют необходимость выделения его в отдельную категорию, которая требует дифференцированного подхода к диагностике и лечению, создания профильных отделений, мультидисциплинарных бригад, новых реабилитационных систем и программ для пациентов и их микросоциального окружения. Являясь собирательным, понятие "первый психотический эпизод" объединяет по синдромальному принципу схожие между собой острые состояния нарушения психики, которые проявляются нарушением мышления, бредом, галлюцинациями, психомоторным возбуждением, нарушенным аффектом и дезориентировкой. Сюда относятся пациенты с впервые развившейся психотической симптоматикой, не состоящие ранее на диспансерном учете. Выделение ППЭ в отдельную группу с лечением в специализированных отделениях исключает совместное пребывание данной категории больных с лицами, длительно страдающими хроническими психическими расстройствами, имеющими выраженный когнитивный дефицит, большими деменцией, эпилепсией, органическими психическими расстройствами и т. д. ППЭ может быть дебютом различных нозологических форм психических заболеваний: шизофрении, шизоаффективного расстройства, органических, сосудистых интоксикационных психозов, может входить в структуру депрессивной и маниакальной фаз биполярного аффективного расстройства и т. д. Пусковыми факторами появления ППЭ могут выступать стрессовые ситуации, употребление алкоголя и психоактивных веществ. При первом обращении за психиатрической помощью с целью снижения негативных эффектов стигматизации, многие психиатры избегают использования термина "шизофрения" и прибегают к альтернативной формулировке диагноза, например "острого по-

лиморфного психотического расстройства". Это является уместным также по причине того, что от 15 до 25% ППЭ больше не повторяются и не влекут за собой развитие психического заболевания [7]. В многочисленных исследованиях проблемы ППЭ сообщается о том, что ППЭ не обязательно имеет неблагоприятный исход [21,39]. Изучение исходов ППЭ показало, что 42% пациентов в популяции больных имеют благоприятные исходы, 27% - неблагоприятные, а 35% пациентов занимают среднее положение [29]. В данных исследованиях под "благоприятным исходом" понимается субклинический уровень расстройств с негативной симптоматикой легкой степени выраженности и сохранением удовлетворительного уровня социальной адаптации и профессиональных навыков [34]. Под "неблагоприятным исходом" понимается подострый характер манифестного приступа, наличие черт личностного дефицита, неудовлетворительное социальное функционирование [18].

По некоторым данным 16-28% больных с ППЭ получают неадекватное лечение, а именно: имеют выраженные побочные эффекты или симптомы без попыток изменения базового лечения, из них 24% пациентов получают терапию сразу двумя базовыми нейрорептиками. При планировании лечения сотрудничество между врачом и пациентом в 24% случаев отсутствует, и в 50% - присутствует частично [9].

Основной целью медикаментозного лечения больных с ППЭ является купирование острой продуктивной симптоматики в минимальные временные сроки, а затем подбор адекватных поддерживающих дозировок, минимизирующих риск рецидива. В ряде исследований установлено, что современная психофармакотерапия ППЭ обеспечивает достоверное снижение прогрессивности процесса [24]. Адекватный выбор антипсихотического препарата, оптимальность его дозировок, удобство формы и режима приема, отсутствие нежелательных побочных эффектов имеют большое значение для установления доверительных отношений между пациентом и врачом, позитивного отношения к лечению и последующего комплаентного поведения. Преимущество использования атипичных антипсихотиков заключается во влиянии на уменьшение негативных симптомов [4], дефицита познавательных функций [25], социальных потерь, длительности госпитализаций [32].

Согласно клиническим протоколам, психиатрическая помощь больным с ППЭ включает в себя биологическое и психосоциальное лечение. В работах многих авторов отмечена предпочтительность проведения реабилитационных вмеша-

тельств уже на этапе ППЭ, а не при длительном течении болезни с явлениями выраженной социально-трудовой адаптации [11,37]. Раннее вмешательство включает в себя: 1) раннее выявление психоза; 2) сокращение отсрочки лечения; 3) обеспечение поддерживающего вмешательства в критическом периоде; 4) лечение в наименее стигматизирующих условиях [3]; 5) сочетанное применение фармако- и психосоциальной терапии. Раннее вмешательство преследует следующие цели: устранение психопатологической симптоматики, препятствие прогрессированию болезни и восстановление социального функционирования пациента и качества жизни в наименее стесняющих условиях. Основной стратегической задачей раннего вмешательства при ППЭ является полное и длительное выздоровление пациента, означающее восстановление его социально-трудовой активности, достижение независимого и оптимального функционирования, как основной ценности жизни, и, как следствие, облегчение бремени пациентов, их семей и общества [4].

Безусловно, наиболее качественной была бы профилактика ППЭ, то есть выявление лиц повышенного риска по развитию психотического состояния, диагностика субклинических состояний и симптомов психотического продрома, однако, в связи с трудоемкостью, длительностью и недостаточной финансируемостью подобных исследований, в нашей стране доманифестный этап болезни оценивается ретроспективно у больных, поступивших в психиатрический стационар с ППЭ. Тем не менее, большое значение на качество диагностики, лечения и прогноза оказывает преимущество клинической симптоматики продрома и манифестного приступа болезни [12].

В настоящее время разрабатываются различные реабилитационные программы, ставящие перед собой цель - улучшение психосоциальной адаптации больных с ППЭ, повышение уровня их социального функционирования и качества жизни [8]. Основными методами, доказавшими свою эффективность являются используемые в различных комбинациях: психообразование, тренинг социальных навыков, когнитивно-поведенческая терапия, семейная терапия, арт-терапия, тренинг копинг-стратегий, мотивационное интервьюирование [5,17,22,38].

Для внедрения указанных программ в практическое здравоохранение, на территории нашей страны в различных городах (Киеве, Донецке, Харькове и других) были созданы и продолжают создаваться отделения ППЭ и отделения медико-социальной реабилитации больных с ППЭ, где функционируют мультидисциплинарные бригады, включающие психиатра, психолога, психотерапевта и социального работника. Доказана клиническая эффективность существования таких отделений на территории Украины и зарубежных стран [11].

Важным для оценки эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий являются функциональные исходы болезни, определяющие функционирование больного в социуме, качество его жизни. Полученные в ходе научных исследований данные о функциональных исхо-

дах ППЭ имеют большой разброс [28]. Относительно недавние исследования выявили хорошее клинико-социальное восстановление у 14% пациентов [35].

Одной из предпосылок изучения ППЭ является гипотеза "критического периода", согласно которой в первые 2-5 лет после начала заболевания, индивид наиболее чувствителен для биологических, психологических и социальных изменений, поэтому именно в этот период наиболее эффективными оказываются реабилитационные интервенции [6].

Гетерогенность исходов при ППЭ определяет целесообразность поиска предикторов неблагоприятного прогноза болезни. Одним из значимых и потенциально изменяемых предикторов прогноза болезни является длительность нелеченного психоза (ДНП). Рядом авторов подтверждена связь большей ДНП и более выраженным когнитивным снижением [33], а также худшим клиническим и социальным прогнозом болезни [30]. Однако, по другим данным, роль ДНП в формировании качества исходов сомнительна [36].

Другим значимым фактором течения болезни после ППЭ является преморбидное функционирование [33]. Низкий его уровень имеет связь с плохим качеством ремиссии, увеличивает риск безремиссионного течения болезни, коррелирует с большей тяжестью клинической симптоматики и когнитивным дефицитом, предрасполагает к отсроченному обращению за медицинской помощью [37].

Исследователи психоневрологического института "UCLA" в качестве ключевых факторов функционального восстановления после ППЭ определили: семейные отношения, злоупотребление психоактивных веществ, первоначальную реакцию на медикаменты, ДНП, приверженность к лечению, когнитивное функционирование, социальные навыки, преморбидное функционирование, поддержание отношений с психиатрами, доступ к медицинской помощи [13]. Другие исследователи важными назвали следующие предикторы: генетический риск, пол, социально-экономический статус, некоторые физиологические показатели электрической активности мозга, некоторые личностные особенности (повышенный уровень тревожности, социальная интроверсия, шизоидные черты характера), особенности школьного поведения (неуправляемое или пассивное поведение), возраст начала болезни [16]. Эти и многие другие попытки исследователей обнаружить комплекс достоверных предикторов того или иного исхода ППЭ пока не увенчались успехом, результаты отличаются противоречивостью и требуют дальнейшего изучения.

Индивидуальное ведение случая (кейс-менеджмент) представляет собой координирование, интеграцию и распределение индивидуализированной помощи пациенту после ППЭ в течение "критического" периода, с учетом ограниченных ресурсов [27]. Кейс-менеджмент включает следующие функции: определение психосоциальных потребностей пациента, составление индивидуального плана помощи, мониторинг психического статуса, поддержание комплайенса и

отслеживание возможных побочных эффектов терапии, установление и поддержание терапевтического альянса, поддерживающее ведение [19]. Эффективность кейс-менеджмента определялась уменьшением количества госпитализаций, быстрой редукцией позитивных симптомов, улучшения социального функционирования, удовлетворенности пациентов и членов их семей оказанной помощью [14]. Об эффективности кейс-менеджмента применительно к больным ППЭ упоминается в большом количестве исследований [27,31]. Однако их результаты также неоднозначны.

Marshall A. с соавт. [26], сравнивая менее интенсивное ведение случая со стандартной помощью, получили результаты, показывающие отсутствие статистических различий между клиническими и социальными показателями в целевой и контрольной группах больных. Хотя пациенты основной группы реже выпадали из поля зрения врачей и отказывались от лечения, они в 2 раза чаще обращались за помощью в стационар. Мета-анализ S. Ziguras и G. Stuart [40] с использованием менее строгих критериев оценки показал, что кейс-менеджмент является эффективным за счет снижения уровня госпитализаций, более быстрой редукции симптомов, улучшения социального функционирования, удовлетворенности пациентов и членов их семей оказанной помощью. Схожие результаты были получены и в других исследованиях [15].

Таким образом, исследование ППЭ актуально в современное время, что объясняется рядом причин: возможностью изучения нейробиологической природы заболевания и связанного с ней нейрокогнитивного дефицита; прогностическим значением первых 2х-5ти лет заболевания, в течение которого патологические процессы максимально поддаются коррекции; возможностью исследования воздействия на пациента микросоциального окружения, которое переживает стресс, связанный с установлением диагноза психического расстройства; необходимостью создания эффективных программ профилактики психозов, где ППЭ можно рассматривать в качестве демонстрационной модели; внедрением в практику атипичных антипсихотиков с возможностью применения их в более низких дозах, и с меньшей вероятностью развития экстрапирамидных симптомов; эффективностью применения наряду с фармакотерапией психосоциального лечения.

В настоящее время в сфере психиатрии господствует тенденция рассмотрения не просто психической болезни с ее отдельными симптомами, а целостной личности пациента, с его реальными потребностями, нуждами, его мировоззрением в связи с наличием болезни, его субъективным самоощущением и деятельностью в социуме. Особое значение имеет восстановление нарушенной болезнью самоидентичности пациента, формирование у него личностной направленности, включающей обозначение целей и путей их достижения, коррекцию ценностей, создание мотивации к деятельности. В последние годы всеобщее признание получила концепция

"recovery", признающая возможность полного личностного восстановления больных тяжелыми психотическими расстройствами при возможном сохранении резидуальных симптомов, позволяющих обучение, независимую жизнь и развитие тесных социальных связей. Многие авторы считают исходом процесса "recovery" - выздоровление от психотического расстройства [3]. В настоящее время в зарубежных странах проводится психосоциальная работа, и разрабатываются модули (WRAP, IMR-Program), направленные на достижения целей "recovery" и максимально полное восстановление больных психотическими расстройствами.

Важным звеном функционального восстановления личности больного является анализ экзистенциальных данностей, которые всегда оказываются затронутыми у больных с психозами - это: смысл дальнейшего существования, нивелировка экзистенциального вакуума, конструктивное отношение к "небытию", осознание и правильное использование знаний, связанных с опытом перенесенного психоза, осознание ценности жизни и здоровья, понимание и использование своего права делать выборы, принимать решения и брать на себя ответственность за течение своего заболевания и свою жизнь во всех ее аспектах [1]. Эти направления, поддерживающие гуманистический ракурс отношения к болезни и больному, реализуют в полной мере личностно-ориентированная психиатрия, которая ставит во главу угла восстановление личности больного человека, а не просто устранение симптомов болезни. Гуманистическое направление определяет основные потребности личности человека - его стремление к самоактуализации и самореализации. Гуманизм представляет собой совокупность взглядов, выражающих уважение достоинства и прав человека на свободу, счастье, всестороннее развитие и проявление своих способностей. Перенесенный ППЭ приводит к дезинтеграции психической деятельности человека, что нарушает целостность и адекватность восприятия образа своего "Я", приводит к нарушению самоидентичности и блокирует возможность самореализации. Восстановление целостности "Я" больного через воздействие на личностный и духовный ресурсы человека, является стратегической целью личностно-ориентированного подхода к оказанию психиатрической помощи [21].

Реализуемые в рамках личностно-ориентированной психиатрии психотерапевтические направления и феноменологический подход к оценке состояния пациента, позволяют в значительной степени влиять на его функционирование в обществе и повышать качество его жизни. Интерес к жизни пациента, опора на его реальные потребности, сохранение его человеческого достоинства и прав, сотрудничество с ним при оказании психиатрической помощи с учетом предпочтений больного в выборе способов и средств лечения, и фокусировка на возвращение пациента в социум - это те направления гуманистического ключа, которые реализует пациент-центрированный подход к оказанию психиатрической помощи.

Для внедрения основных положений личностно-ориентированной психиатрии автором данной статьи была разработана система экзистенциально-личностного восстановления больных с ППЭ, которая направлена на максимально полное функционального восстановления личности пациентов. В рамках концептуального компонента данной системы рассмотрены а) философский подход: глубокое обоснование психического здоровья, личностно-центрированной помощи и экзистенциальных основ жизнедеятельности больных шизофренией; б) этический и ценностный подход: поставленная на новый, личностно-ориентированный уровень, психиатрия способствует внедрению принципа гуманизма и решению проблемы стигматизации психически больных; в) психологический подход: психологические основы личностно-центрированной помощи, включая значение и структуру личности в медицине и механизмов ее психосоциальной адаптации, а также анализ феноменов стресса и инсайта; ж) интерактивная вовлеченность в использование личностно-центрированных концепций и методов всех заинтересованных лиц (пациентов и членов их семей, специалистов здравоохранения, психологов и социальных работников) [2]. Таким образом, реализуемое автором данного обзора направление, провозглашающее необходимость оказания психиатрической помощи пациентам с ППЭ с опорой на принципы и постулаты личностно-ориентированной психиатрии, представляется актуальным и своевременным подходом психиатрии настоящего времени, стремящейся к воплощению идеи гуманизма.

O.I. Osokina

First Psychotic Episode (Review)

In the present study we discussed the problems associated with the organization of mental health care to patients with a first episode of psychosis and features of psychosocial treatment this category of patients. The necessity of a comprehensive approach to the diagnosis, prevention and treatment of this pathology, as well as the feasibility study of the factors that predict risk for adverse outcome of the disease was shown. It was noted that the improvement of clinical and functional outcomes of first psychotic episode is possible with the use of a specialized early intervention with an emphasis not only on clinical improvement, but also to restore the integrity of the individual patient and his self-realization in society (Arch. Clin. Exp. Med.— 2013.—Vol.22, №1.— P.249-253).

Keywords: first psychotic episode, social functioning, psychosocial treatment

O.I. Osokina

Перший психотичний епізод (огляд проблеми)

У даній статті розглядаються проблеми, пов'язані з організацією надання психіатричної допомоги хворим з першим епізодом психозу, особливостями надання психосоціального лікування даному контингенту хворих. Показано необхідність комплексного підходу до діагностики, профілактики

та лікування даної патології, а також доцільність дослідження факторів, які прогнозують ризик розвитку несприятливого прогнозу хвороби. Відзначено, що поліпшення клініко-функціонального прогнозу першого психотичного епізоду можливо при використанні раннього спеціалізованого втручання з акцентом не тільки на клінічне поліпшення, але і на відновлення цілісності особистості хворого і його самореалізації в суспільстві (Arch. клін. експ. мед.— 2013.— Т.22, №2.— С. 249-253).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. *Абрамов В.А., Осокина О.И.* Личностно-социальное восстановление больных с первым эпизодом шизофрении: концептуальные основы // Журнал психиатрии и медицинской психологии.-2012.- № 1. (28) - С. 15 - 22.
2. *Абрамов В.А., Лихолетова О.И., Путятин Г.Г., Шелестова М.А., Абрамов В. Ал.* Личностно-ориентированная психиатрия: ценностно-гуманистические подходы // Журнал психиатрии и медицинской психологии.-2012.- № 4. (31) - С. 5 - 16.
3. *Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожак Я.А.* Выздоровление при шизофрении. Концепция "recovery" // Социальная и клиническая психиатрия . - 2008. - Т.18. - вып. 2. - С. 7 -14.
4. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и др.* Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. - М., 2003. - 23 с.
5. *Денисов Е.М.* Использование психообразовательных программ в системе медико-социальной реабилитации больных параноидной шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2009. - №2 (22). - С. 53 - 58.
6. *Зайцева Ю.С.* Первый психотический эпизод: пятилетнее катamnестическое клинико-нейропсихологическое исследование: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.01.06 : Москва, 2010. - 25 с.
7. *Мануби Д. А.* Первичный психотический эпизод: новые лекарственные формы как альтернатива инъекциям // Здоров'я України. - 2011. - № 4 (19). - С. 32 - 33.
8. *Марута Н.О., Бачериков А.М.* Перший епізод шизофренії (сучасні принципи діагностики та лікування): методичні рекомендації. - Харків, 2001. - 20 с.
9. *Осокина О.И.* Впервые диагностированное психотическое расстройство: актуальность проблемы и пути преодоления Вопросы здравоохранения Донбасса //Сборник научно-педагогических статей. - Донецк, 2012. - Вып.25. - С. 42 - 48.
10. *Осокина О.И.* Стигматизация больных, перенесших первый эпизод психоза // Журнал "Медицинская психология". - 2009. - №.1 - Т.2. С. 46-51.
11. *Ряполова Т.Л.* Ранняя реабилитация больных шизофренией (био-психосоциальная модель) : автореф. дис. д-ра мед. наук. - Харьков, 2010. - 35 с.
12. *Шейнина Н.С., Коцюбинский А.П., Скорик А.И. и др.* Психопатологический диатез СПб.: Гиппократ, 2008. - 128 с.
13. *Albert N., Bertelsen M., Thorup A., Petersen L., Jeppesen P., Le Quack Ph., Krarup G., Jorgensen P., Nordentoft M.* Predictors of recovery from psychosis. Analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years // Schizophrenia Research. - 2011. - Vol. 125. - P. 257 - 266.
14. *Bjorkman T., Hansson L.* Case management for individuals with severe mental illness: a 6-year follow up study // International Journal of Social Psychiatry - 2007. - Vol. 53. -P. 1 - 12.
15. *Bjorkman T., Hansson L., Sandlund M.* Outcome of case management based on the strengths model compared to standard care. A randomized controlled trial // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. - 2002. - Vol. 17. - P. 33 - 40.
16. *Carter J.W., Mednick S.A.* Premorbid intervention: identification of those at risk // Early intervention in psychotic disorders: behavioural and social sciences. - 2001. - Vol. 91. - P. 29 - 45.
17. *Chien W. T., Wong K.-F.* A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong

- // Psychiatr. Serv. - 2007. - Vol. 58. - №7. - P. 1003 - 1006.
18. *Corcoran C, Gerson R., Sills-Shahar R. et al.* Trajectory to a first episode of psychosis: a qualitative research study with families // *Early Interv Psychiatry.* - 2007. - Vol. 1 (4). - P. 308 - 315.
 19. *Drake R.E., Mueser K.T., Torrey W.C. et al.* Evidence-based treatment of schizophrenia // *Current Psychiatry Report* - 2000. -Vol. 2. - P. 393 - 397.
 20. *Harris M.G., Henry L.P., Harrigan S.M., McGorry P.D. et al.* The relationship between duration of untreated psychosis and outcome: an eight-year prospective study // *Schizophr. Res.* - 2005. -Vol. 79 (1). - P. 85 - 93.
 21. *Isaac M.L., Chand P., Murthy P.* Schizophrenia outcome measures in the wide international community // *BR.J. Psychiatry.* - 2007. -Vol. 191 (50). - P. 71 - 77.
 22. *Jungbauer J., Stelling K., Dietrich S., Angermeyer M.* Schizophrenia: problems of separation in families // *J. of advanced nursing.* - 2004. - Vol. 47. - №1. - P. 605 - 613.
 23. *Kahn R.S., Fleischhacker W.W., Boter H. et al.* EUFEST study group. Effectiveness of antipsychotic drugs in first-episode schizophrenia and schizophreniform disorder: an open randomized clinical trial // *Lancet.* - 2008. - Vol. 29. - 371 (9618). - P. 1085 - 1097.
 24. *Kahn R.S., Schulz S.C., Palazov V.D. et al.* Efficacy and tolerability of once-daily extended release quetiapine fumarate in acute schizophrenia: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Clin. Psychiatry.* - 2007 - Vol.68 (6) - P. 832 - 842.
 25. *Lindenmayer J.P., Khan A., Iskander A. et al.* A randomized controlled trial of olanzapine versus haloperidol in the treatment of primary negative symptoms and neurocognitive deficits in schizophrenia // *J. Clin. Psychiatry.* - 2007. - Vol. 68 (3). - P. 368 - 379.
 26. *Marshall M., Lockwood A.* Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In: *Cochrane Collaboration. Cochrane Library. Issue 2. Oxford: Update Software, 2000.*
 27. *Marshall M., Lockwood A.* Early intervention for psychosis // *Cochrane Database Syst. Rev.* -2004. -Vol. 51. - P. 39 - 44.
 28. *Mattson M.* First episode psychosis and outcome, findings from a Swedish multi-centre studies. Thesis, Karolinska universitet, Stockholm, 2006.
 29. *Menezes N.M., Arenovich T., Zipursky R.B.* A systematic review of longitudinal outcome studies of first-episode psychosis // *Psychol Med.* - 2006. -Vol. 36 (10) - P. 1349 - 13462.
 30. *Moritz S., Krausz M., Gottwals E. et al.* Cognitive dysfunction at baseline predicts symptomatic 1-year outcome in first episode schizophrenics // *Psychopathology.* - 2000. - Vol. 33. - №1. - P. 48 - 51.
 31. *Mueser K.T., Bond G.R., Drake R.E., Resnick S.G.* Models of communit care for severe mental illness: a review of research on case management // *Schizophr. Bull.* - 1998. - Vol. 24 (1). - P. 37 - 74.
 32. *Penn D.L., Waldheter E.J., Perkins D.O. et al.* Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update // *Am. J. Psychiatry.* - 2005 -Vol. 162 (12). - P. 2220 - 2232.
 33. *Perkins D.O., Hongbin G., Boteva K., Lieberman J.* Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia: a critical review and meta-analysis // *Am. J. Psychiatry* - 2005. - Vol. 162 (10). - P. 1785 - 1804.
 34. *Priebe S.* Social outcomes in schizophrenia // *Br. J. Psychiatry.* - 2007. - Vol. 191 (50). - P. 15 - 20.
 35. *Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. et al.* Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder // *Am. J. Psychiatry.* - 2004 -Vol. 161. - P. 473 - 479.
 36. *Rund B.R., Melle I., Friis S. et al.* The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated psychosis, and relapse // *Schizophr. Res.* - 2007. - Vol. 91. - №4. - P. 132 - 140.
 37. *Singh S.P., Singh V., Kar N., Chan K.* Efficacy of antidepressants in treating the negative symptoms of chronic schizophrenia: meta-analysis // *British J. of Psychiatry.* - 2010. - Vol. 197. - P. 174 - 179.
 38. *Stanley S., Shwetha S.* Integrated psychosocial intervention in schizophrenia: implications for people and caregivers (a study from India) // *Inter. J. Psychosoc. Rehab.* - 2006. - Vol. 10. - №2. - P. 113 - 128.
 39. *Ucok A., Polat A., Cakir S. et al.* One year outcome in first episode schizophrenia. Predictors of relapse. // *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* -2006. - Vol. 256. - P. 37 - 43.
 40. *Ziguras S., Stuart G.* A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years // *Psychiatric Services.* - 2002. - Vol. 51 - P. 1410 - 1421.

Надійшла до редакції: 10.09.2013 р.