

5. Kundin VY, Noverko I.V. Stsintigrafichna otsinka kilkosti funktsionuyuchoї parenhimi at puhlinnih urazhennyah nirok [Text] / VJ Kundin, I.V. Noverko // Ukrainsky radiologichny zhurnal.- 2014. - T. HHII.- VIP. 3.- S.89-91.

6. Radionuclide diagnosis for practitioners [Text] / Ed. YB Lishmanova, VI Chernoff. - Tomsk: STT, 2004. - 394 p.

7. Piepsz A. Radionuclide studies in paediatric nephro-urology / A. Piepsz // Eur. J. Radiol.- 2002.-Vol.43.- P.146-153.

8. Burqin AG Radionuclide evaluation of ureteral urine transit in children with obstructive uropathy [Text] / AG Burkin, SP Yatsyk, D.K.Fomin // Pediatric farmakologiya.- 2012.- №2. - Tom 9.- S.116-120.

9. Zajic T. Procedure guidelines for dynamic renal scintigraphy / T. Zajic, E. Moser // Nuklearmedizin. – 2004. – Vol. 43. –P.177-180.

10. Lesovoy VN Features of the modern study of kidney function radionuclide [Text] /V.N.Lesovoy, V.G.Nesterov, N.I.Pilipenko // Urgent problems of Urology and Nephrology: Coll. scientific. tr.- Kharkiv. - Kharkiv. honey. in-1986-t.- S.16-19

11. Gabunia RI Clinical Radiology [Text] /R.I.Gabuniya, G.A.Zubovsky // Ed. Acad. GA Zedgenidze (5 volumes) .- M.: 1985. Meditsina.--T.4.-S.137-163.

Работа поступила в редакцию 12.10.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.89-053.26:314.6:159.9

*В. В. Баскіна*

## **ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА РОДИНУ, В РАМКАХ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ**

Одеський національний медичний університет

**Summary.** Baskina V. V. **IMPLEMENTATION OF MEASURES AIMED AT FAMILIES, WITHIN THE PROGRAM OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT OF WOMEN WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE.** – Odessa National Medical University, e-mail:psyhotype@list.ru. Schizophrenia remains an urgent problem of modern psychiatry, but more attention is paid to the primary psychotic episode. In the article, the author presents the results of research aimed at women who have had a primary psychotic episode. The author presents an analysis of implementation of psychosocial support aimed not only at patients themselves, but also at their families. The article presents the assessment of optimum combination of pharmacotherapy and family-oriented influences.

**Key words:** the first psychotic episode, psychosocial support, family-oriented approach.

**Реферат.** Баскіна В. В. **ВНЕДРЕНИЕ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА СЕМЬЮ, В РАМКАХ ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С ПЕРВИЧНЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ.** Шизофрения – остается актуальным вопросом современной психиатрии, но все больше внимания уделяется проблеме первичного психотического эпизода. В статье, автором приведены результаты исследования, направленного на женщин, перенесших первичный психотический эпизод. Автор представляет анализ внедрения мероприятий

психосоціального супроводження, направленного не только на самих пациенток, но и на членів їх семей. В роботі представлена оцінка поєднання оптимальної фармакотерапії з семейно-орієнтованими впливами.

**Ключевые слова:** первинний психотический епізод, психосоціальноє супроводження, семейно-орієнтований підхід.

**Реферат.** Баскіна В. В. **ВПРОВАДЖЕННЯ ЗАХОДІВ, СПРЯМОВАНИХ НА РОДИНУ, В РАМКАХ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З ПЕРВИННИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ.** Шизофренія залишається актуальним питанням сучасної психіатрії, але все більше уваги приділяється проблемі первинного психотичного епізоду. У статті, автором наведено результати дослідження, спрямованого на жінок, які перенесли первинний психотичний епізод. Автор представляє аналіз впровадження заходів психосоціального супроводу, спрямованого не тільки на самих пацієнток, але й на членів їх родин. У роботі представлено оцінку поєднання оптимальної фармакотерапії з семейно-орієнтованими впливами.

**Ключові слова:** первинний психотичний епізод, психосоціальный супровід, семейно-орієнтований підхід.

**Вступ.** Під первинним психотичним епізодом розуміються перші три напади (загострення) у хворих на шизофренію і розладами шизофренічного спектру, при цьому термін захворювання не більше п'яти років від початку психотичного дебюту, з соціально збереженими установками і позитивним ставленням до лікування [5, 15].

Перший психотичний епізод в житті хворого на шизофренію відбувається, як правило, у віці до 30 років.

Сучасний стандарт надання психіатричної допомоги ґрунтується на біопсихосоціальной моделі терапії. Її завдання є не тільки купірування психопатологічної симптоматики, але й завдання соціалізації та реадптації пацієнта, а також підвищення якості його життя [2, 6, 14].

Доведено, що поєднання оптимальної фармакотерапії з семейно-орієнтованими впливами, в які включений, щонайменше, один родич пацієнта, на якого лягає найбільше навантаження (фізичне, емоційне, фінансове) по догляду за пацієнтом і який знаходиться в контакті з хворим, демонструє найбільш позитивний вплив на соціальне функціонування пацієнта [7, 12]. Робота з родичами пацієнта дозволяє знизити стрес і навантаження на сім'ю (яке виявляється в емоційних, фізичних, фінансових та інших перевантаженнях, які впливають на членів сім'ї) і зменшити стигму психічного розладу [1, 3, 8].

Хворі на шизофренію з первинним психотичним епізодом заслуговують особливої уваги у зв'язку зі значним ризиком розвитку у них виражених порушень соціальной адаптації [9, 11]. Своєчасна (рання) і повноцінна реабілітація знижує ймовірність швидкого рецидиву захворювання, покращує клінічний і соціальный прогноз пацієнта [13, 16]. З цього випливає, що адекватно підібрані і індивідуально дозовані реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальной адаптації хворого [2, 4].

**Матеріали та методи дослідження.** Для проведення дослідження було відібрано 256 осіб, 37 з яких було виключено в процес дослідження згідно з критеріями включення/виключення, таким чином під нашим спостереженням знаходились 219 осіб жіночої статі з діагнозом за МКХ-10 «Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F23.0) [9], встановленим вперше, у віці від 23 до 42 років (ОГ). Групи досліджених було набрано в жіночих відділеннях КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». Також в процесі дослідження було обстежено групу чоловіків (відповідно, 219 осіб), які були одружені з пацієнтками. Дослідження проводилось протягом 2010-2016 рр. З метою перевірки гіпотези про більшу ефективність супроводу, спрямованого на родину, на етапі оцінки ефективності корекційної програми, групи жінок було розділено на вісім груп: так утворились дві основні групи жінок і чоловіків без дітей (ОГ1(жін.) та ОГ1(чол.)) та дві основних групи жінок і чоловіків з дітьми (ОГ2(жін.) та ОГ2(чол.)). В основних групах було проведено супровід спрямований на родину. У

відповідних чотирьох групах порівняння (ГП1(жін.) та ГП1(чол.) ГП2(жін.) та ГП2(чол.)) було проведено супровід, спрямований виключно на пацієнта, в якому участь членів родини не було передбачено.

**Викладення основного матеріалу.** В результаті проведеного психодіагностичного дослідження у 100,00 % жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, відмічались прояви дезадаптації, що проявлялись на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях. Основними проявами дезадаптації у психоемоційній сфері були: підвищений рівень агресивності (81,28 %), високий рівень ворожості (74,89 %), високий або середній рівень депресії (74,43 %), високий рівень тривоги (60,27 %). Серед дезадаптивних особливостей особистісної сфери найбільшу вагу мали наступні: «алекситимічний» тип особистості (91,32 %); негативні особливості самовідношення (80,37 %); акцентуації характеру (70,78 %) переважно педантичного (15,98 %), «застрягаючого» (15,07 %), гіпертимічного (13,70 %), збудливого (13,24 %) та демонстративного (12,79 %) типів. Серед психосоціальних особливостей, які були характерними для даної категорії пацієнток, визначались порушення дитячо-батьківських відносин (85,59 %) та подружніх стосунків (64,38 %), а також зниження рівня якості життя (92,69 %).

Дезадаптивні особливості, які були виявлені в процесі дослідження, стали мішенями психокорекційного впливу та були враховані при побудові програм психосоціального супроводу жінок з первинним психотичним епізодом.

На етапі надання допомоги пацієнткам з первинним психотичним епізодом нами було розроблено два види супроводу: супровід, спрямований на пацієнта, та супровід, спрямований на родину (рис. 1-2). Обидва супроводи були комплексними та мали психосоціальну спрямованість.

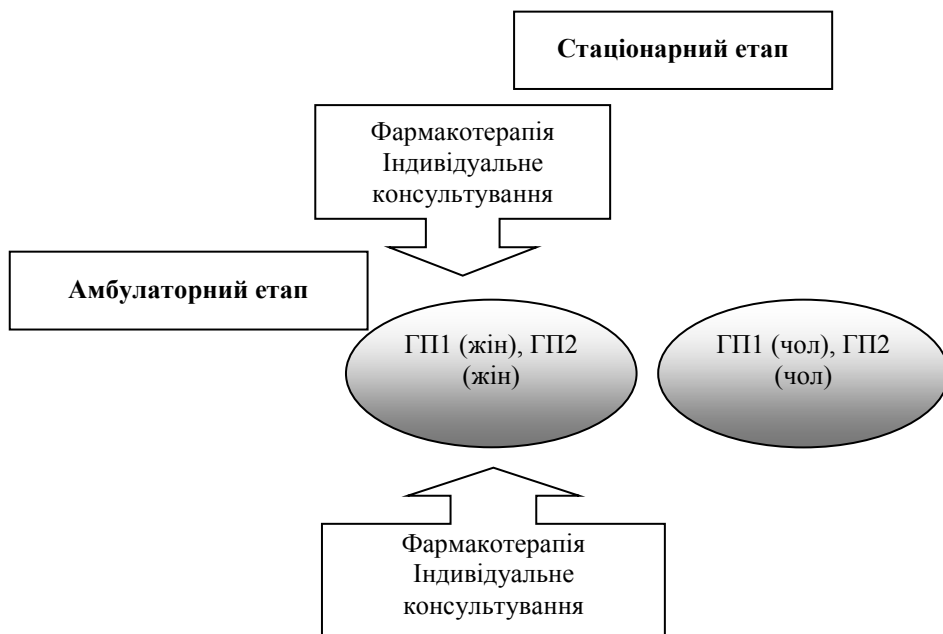


Рис. 1. Супровід, спрямований на пацієнта

Супровід, спрямований на пацієнта (рис. 1), на тлі фармакотерапії, включав індивідуальне психологічне консультування жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, на стаціонарному та амбулаторному етапі; члени родини пацієнток не були задіяні в процесі надання допомоги.

Супровід, спрямований на родину (рис. 2), мав сімейноцентриований характер, та, окрім заходів, спрямованих виключно на пацієнта, до його складу входили заходи, в яких приймали участь чоловіки обстежених жінок.

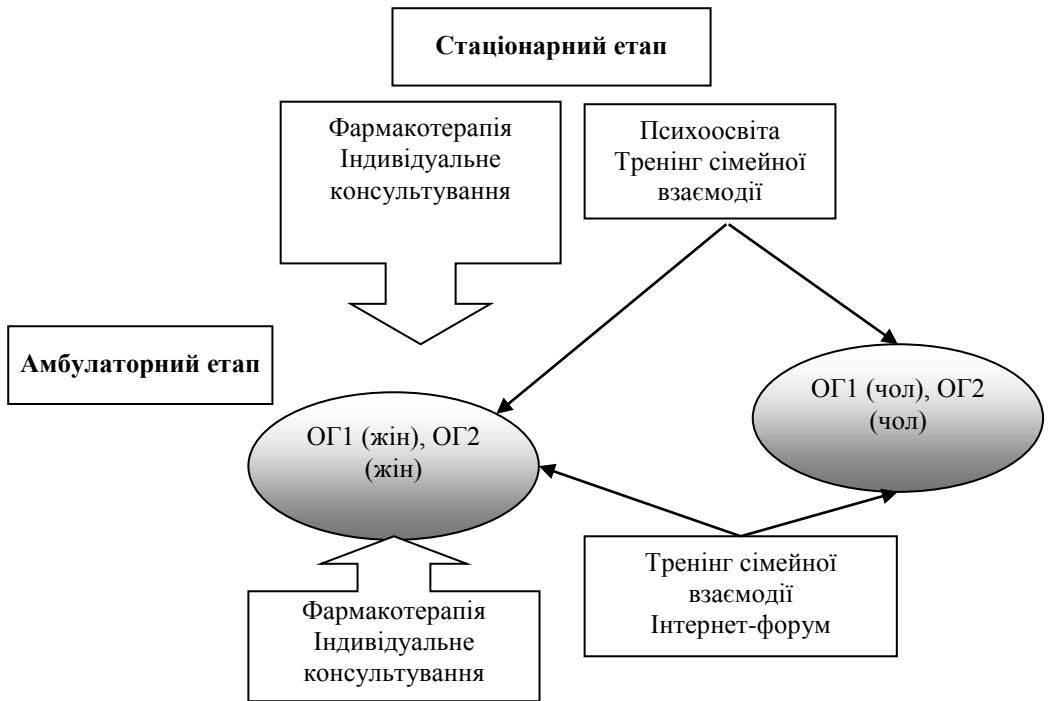


Рис. 2. Супровід, спрямований на родину

В межах супроводу, спрямованого на родину, проводили психоосвітні заходи, «Тренінг сімейної взаємодії» для жінок та членів їх родин, а також було створено інтернет-портал, яким мали змогу користуватись як пацієнти, так і їх родичі.

Система психокорекційної роботи, яку було організовано в рамках супроводу, спрямованого на родину, мала комплексний характер та включала, поряд з заходами, спрямованими на жінок з первинним психотичним епізодом, також психотерапевтичні інтервенції для чоловіків пацієнток. В групі пацієнток, які мали дітей, додатково проводили заходи, спрямовані на корекцію дитячо-батьківських відносин в родині.

Паралельно з фармакотерапією, яка проводилась згідно з клінічним протоколом надання допомоги, на стаціонарному етапі проходили психоосвітні заняття для жінок з первинним психотичним епізодом та їх чоловіків (в змішаних групах кількістю 20-30 осіб). Психоосвітні програми склалися з тематичних модулів та реалізовувались в групах закритого типу, які працювали під керівництвом лікарів-психіатрів та психологів (рис. 3).

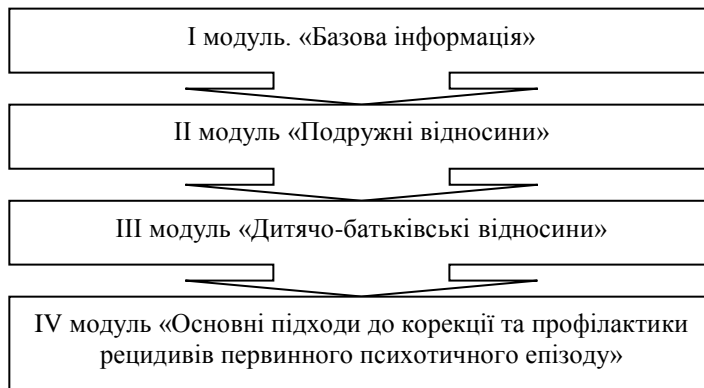


Рис. 3. Основні складові програми психоосвіти

Заняття проводились у вигляді 5 лекцій-презентацій. Основними завданнями

проведення психоосвітніх заходів були: 1) забезпечення інформацією про захворювання, його причини, ефективне лікування, прогноз; 2) опис симптомів та типів перебігу захворювання; 3) визначення ситуацій та обставин, які провокують рецидив хвороби; 4) роз'яснення ролі психо-соціальної підтримки, комунікацій, професійної адаптації; 5) інформування щодо лікарських засобів, які використовують в терапії захворювання, механізмів їх дії, основних ефектів та побічної дії, можливостей усунення побічних ефектів; 6) роз'яснення необхідності постійної взаємодії пацієнта з лікарем та психологом.

Психоосвітні програми допомагали жінкам з первинним психотичним епізодом та їх родичам більше дізнатися про захворювання, про його прояви, розвіяти невірні уявлення про прогноз, результати, успішність терапії, а також дізнатися про лікарські засоби, що використовуються в терапії, про засоби адаптивного та дезадаптивного реагування на хворобу. Лекції мали інтерактивний характер, після лекції кожен з пацієнтів та родичів мав можливість задати питання будь-якому зі спеціалістів.

Також на амбулаторному етапі проводили індивідуальну психотерапевтичну роботу з жінками, що перенесли первинний психотичний епізод. Головним методом психотерапії, який використовувався в процесі надання комплексної допомоги жінкам з первинним психотичним епізодом був обраний підхід когнітивно-поведінкової терапії (КПТ). Завданнями когнітивної терапії при роботі з пацієнтами з первинним психотичним епізодом були: стимуляція пізнавальної активності; ідентифікація проблем, які стоять перед пацієнтом, пошук варіантів їх вирішення; активування пацієнта, розширення кола його спілкування з метою боротьби з негативною симптоматикою; купування розладів депресивного спектру (постпсихотична депресія); редукція деяких проявів когнітивного дефіциту (поліпшення концентрації уваги, оперативної пам'яті, виконавчих функцій).

В структурі супроводу, спрямованого на родину жінок з первинним психотичним епізодом, під час індивідуального консультування використовували заходи багатовимірної сімейної психотерапії, яка передбачала індивідуальні і сімейні сеанси, на яких були присутні пацієнтки та члени сім'ї. Під час індивідуальних зустрічей жінкам допомагали набутти навичок спілкування і вирішення проблем, щоб вони могли краще справлятися в житті з психотравмуючими чинниками. В роботі з родинами жінок з первинним психотичним епізодом, які мали дітей, також передбачали аналіз стилю виконання батьківської ролі і системи переконань. Батькам допомагали вивчити власний стиль виконання батьківських обов'язків, відрізнити вплив від контролю, а також удосконалювати свій стиль, щоб позитивно впливати на свою дитину. Робота з родиною допомагала досягти взаєморозуміння, підтримки у сім'ях жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, а також сприяли створенню адекватного мікроклімату в родині. Інструментом роботи з сім'ями жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, була системна сімейна терапія (ССТ). Усвідомлення нагальної сімейної проблеми мало діагностико-терапевтичне значення, і змушувало членів сім'ї переглянути свою поведінку, допомагало їм виробити позитивне ставлення до проблеми, створювало можливість позитивного її вирішення.

Автором було розроблено соціально-психологічний тренінг сімейної взаємодії, який складався з двох тематичних блоків: «Подружні відносини в родині» та «Дитячо-батьківські відносини в родині». Другий блок проводився з членами родин, в яких були діти, а саме з представниками груп ОГ2 (жін) та ОГ2 (чол). Кожен з блоків, в свою чергу, складався з трьох частин: психодіагностичної, інформаційної та психокорекційної.

Структура проведення тренінгу, мета та завдання, а також використані психокорекції ні технології наведені в табл. 1.

Тренінг складався з 10 тригодинних зустрічей (всього 30 годин), які відбувались двічі на тиждень.

Динамічні зміни отримані в групах досліджених жінок, на етапі після терапії, було ретельно проаналізовано та структуровано і представлено у вигляді наступної таблиці 2.

## План проведення соціально-психологічного тренінгу

Мета	Завдання	Використані психокорекційні підходи та технології
<b>I блок. «Подружні відносини в родині»</b>		
Формування навичок гармонійної подружньої взаємодії	<ul style="list-style-type: none"> <li>- знайомство з функціями сім'ї;</li> <li>- розвиток розуміння особливостей функціональної і дисфункціональної сім'ї;</li> <li>- знайомство з особливостями подружньої адаптації, сферах, кризових періодах подружнього життя;</li> <li>- формування відповідального ставлення до родини;</li> <li>- розвиток психологічної компетентності;</li> <li>- розвиток навичок психологічної підтримки;</li> <li>- розвиток здатності прогнозувати наслідки своїх дій і слів;</li> <li>- відпрацювання варіантів конфліктної поведінки;</li> <li>- знайомство з особливостями маніпулятивної поведінки;</li> <li>- оволодіння навичками аналізу предикторів та наслідків дезадаптивної поведінки в родині;</li> <li>- вироблення адаптивних стратегій подружньої взаємодії</li> </ul>	КПТ ССТ психодрама арт-терапія
<b>II блок. «Дитячо-батьківські відносини в родині»</b>		
Формування навичок ефективної взаємодії з дитиною	<ul style="list-style-type: none"> <li>- діагностика стилю батьківського виховання в сім'ях учасників групи;</li> <li>- вироблення ефективних стратегій взаємодії батьків з дітьми;</li> <li>- оволодіння навичками профілактики конфліктів між батьками та дітьми;</li> <li>- оволодіння навичками аналізу причин, наслідків та стратегіями корекції нетипової поведінки у дітей;</li> <li>- розширення можливостей розуміння психологічних особливостей своєї дитини;</li> <li>- підвищення інтересу батьків до внутрішнього світу дитини.</li> </ul>	КПТ ССТ психодрама арт-терапія ігрова терапія

В основних групах відмічались позитивні зміни щодо дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях. В групі психоемоційних характеристик відбулося зменшення показників: ворожості (на 24,8 бали в ОГ1(жін.) та 24,5 бали в ОГ2(жін.)), агресивності (на 20,8 бали в ОГ1(жін.) та 19,6 бали в ОГ2(жін.)), депресивності (на 4,3 бали в ОГ1(жін.) та 4,3 бали в ОГ2(жін.)), тривожності (на 3,8 бали в ОГ1(жін.) та 3,7 бали в ОГ2(жін.)).

На особистісному рівні у жінок, яких було включено до основних груп дослідження відмічалось підвищення рівнів самоповаги (на 7,4 бали в ОГ1(жін.) та 7,8 бали в ОГ2(жін.)), аутосимпатії (на 8,2 бали в ОГ1(жін.) та 6,6 бали в ОГ2(жін.)), очікуваного ставлення від інших (на 7,4 бали в ОГ1(жін.) та 5,0 балів в ОГ2(жін.)), самоінтересу (на 8,9 бали в ОГ1(жін.) та 10,5 бали в ОГ2(жін.)). Також, в основних групах достовірно зменшились прояви алекситимії: в ОГ1(жін.) – на 36,9 бали, в ОГ2(жін.) – на 34,7 бали.

На психосоціальному рівні, в результаті надання комплексної допомоги жінкам, які перенесли первинний психотичний епізод, відмічалось зростання рівня задоволеності шлюбом (на 5,1 бали в ОГ1(жін.) та 7,7 бали в ОГ2(жін.)) та якості життя (на 2,1 бали в ОГ1(жін.) та 2,1 бали в ОГ2(жін.)) та зменшувався показник за фактором негативного відношення до сімейної ролі (на 2,9 бали в ОГ1(жін.) та 2,9 бали в ОГ2(жін.)). В ОГ2(жін.) відмічались також позитивні зміни щодо показників дитячо-батьківських відносин: так, збільшились значення за фактором «оптимальний емоційний контакт з дитиною» – 3,6 бали, та зменшились показники за факторами «надмірна емоційна дистанція з дитиною» – на 5,1

бали та «надмірна концентрація на дитині» – на 3,4 бали.

Таблиця 2

Аналіз ефективності заходів психосоціального супроводу  
(середні бали)

Критерії оцінки		ОГ1 (жін.), n=53	ОГ2 (жін.), n=61	ГП1 (жін.), n=48	ГП2 (жін.), n=57
<b>Психоемоційний рівень</b>					
індекс ворожості	до	87,1	87,0	88,8	88,9
	після	62,3	62,5	76,8	76,9
індекс агресивності	до	64,5	63,0	63,8	63,0
	після	43,7	43,4	55,0	54,7
Репресивність	до	5,3	5,4	5,6	5,3
	після	1,0	1,1	2,6	3,1
Тривожність	до	6,2	6,2	6,3	6,1
	після	2,4	2,5	5,1	5,3
<b>Особистісний рівень</b>					
Самоповага	до	26,8	25,9	29,5	28,4
	після	34,2	33,7	31,1	30,5
Ауто симпатія	до	25,4	27,5	23,2	25,8
	після	33,6	34,1	26,3	27,6
очікуване ставлення від інших	до	28,4	29,9	31,7	32,5
	після	35,8	34,9	33,1	34,0
Само інтерес	до	27,4	24,9	26,1	26,4
	після	36,3	35,4	29,5	29,6
алекситимічні тенденції	до	78,1	77,3	75,9	76,6
	після	41,2	42,6	69,6	70,3
<b>Психосоціальний рівень</b>					
рівень задоволеності шлюбом	до	26,3	25,9	27,1	27,8
	після	31,4	33,6	28,2	28,4
рівень якості життя	до	3,5	3,6	3,4	3,5
	після	5,6	5,7	3,9	4,0
відношення до сімейної ролі	до	11,5	11,8	11,2	11,6
	після	8,6	8,9	10,7	10,8
оптимальний емоційний контакт з дитиною	до	-	10,1	-	10,2
	після	-	13,7	-	1,9
надмірна емоційна дистанція з дитиною	до	-	14,9	-	15,1
	після	-	9,8	-	13,4
надмірна концентрація на дитині	до	-	13,1	-	12,9
	після	-	9,7	-	11,8

*Примітки:* \* – різниця між групами є достовірною,  $p \leq 0,05$ ;

\*\* - різниця між показниками до/після є достовірною,  $p \leq 0,05$ .

Розроблена та впроваджена сімейноцентрована система супроводу жінок з первинним психотичним епізодом є ефективною та дозволяє досягти покращення психоемоційного стану пацієнок, підвищити самооцінку, знизити алекситимічні тенденції, сформувати адаптивні патерни поведінки, покращити рівень взаємодії в подружжі, гармонізувати дитячо-батьківські відносини в родині, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя. Позитивні зміни, що відбулися в групах, в яких проводився супровід, спрямований на родину, були достовірно більш значними у порівнянні з групами жінок, в яких проводився супровід, спрямований на пацієнта ( $p \leq 0,05$ ), що доводить доцільність та

ефективність впроваджених сімейноцентрованих заходів.

### **Висновки**

1. У жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, в 100,00 % випадків відмічались прояви дезадаптації, які проявлялись на психоемоційному, особистісному або на психосоціальному рівнях. Основними проявами дезадаптації у психоемоційній сфері були: підвищений рівень агресивності (81,28 %), високий рівень ворожості (74,89 %), високий або середній рівень депресії (74,43 %), високий рівень тривоги (60,27 %).

2. З урахуванням дезадаптивних характеристик у жінок з первинним психотичним епізодом, було визначено мішені психокорекційного впливу та побудовано дві програми психосоціального супроводу – спрямованого на пацієнта та спрямованого на родину.

3. В результаті проведеного терапевтичного комплексу, в основних групах, в яких проводився супровід, спрямований на родину, відмічались достовірні позитивні зміни щодо дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях у 96,4 % обстежених жінок основних групи ( $p \leq 0,05$ ). Ці зміни були достовірно вагомішими у порівнянні з групами жінок, в яких проводився супровід, спрямований на пацієнта, що доводить доцільність та ефективність впроваджених сімейноцентрованих заходів.

### **Література:**

1. Абрамов В. А. Первый психотический эпизод и проблемы медикосоциальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, И. И. Кислицкая // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2005. – № 1(15). – С. 3-9.
2. Антохин Е. Ю. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования / Е. Ю. Антохин, В. Г. Будза, М. В. Горбунова // Соц. и клин. психиатрия. – 2008. – № 3. – С. 5-12.
3. Бачериков А. М. Аутоагресивна поведінка у хворих з першим психотичним епізодом (діагностика, клініка, лікування) / А.М. Бачериков, І.Г. Мудренко // Український вісник психоневрології. – 2007. – Том 15, Вип. 3 (52). – С. 30-33.
4. Відділення первинного психотичного епізоду – практичний досвід організації / [В. А. Демченко, Н. В. Царенюк, В. В. Зозуля, С. О. Маляров] // Український вісник психоневрології. – 2009. – Вип. 1. – С. 41-43.
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, вип. 2 (59). – С. 35.
6. Коцюбинский А. П. Психопатология и качество жизни при шизофрении / А. П. Коцюбинский, О. В. Лапшин, С. В. Пхиденко // Социальная и клиническая психиатрия. – 2004. – №4. – С.32-36.
7. Марута Н. О. Екзистенційно-гуманістична психотерапія у системі функціонального відновлення хворих з першим психотичним епізодом: метод. рек. / Н. О. Марута. – К., 2013. – 36с.
8. Марута Н. А. Комплекс психосоциальных тренингов для пациентов с первым психотическим эпизодом : метод. пособие / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Г. Ю. Каленская. – Харьков, 2010. – 95 с.
9. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Глава 5 (Психиатрия). / Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина – Киев, изд.: Сфера, 2005. – 307 с.
10. Методичні рекомендації «Роль сім'ї у відновленні людини з проблемою психічного здоров'я» / за ред. М.Л.Авраменка. – К.: Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів, 2009. – 72 с.
11. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація (методичні рекомендації) / Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва, Т.В. Панько. – Харків, 2010. – 31 с.
12. Психологические тесты / [сост. С. Касьянов]. – М.: Эксмо, 2006. – 608 с.
13. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
14. Addington J. Outcome after discharge from an early psychosis program. / J. Addington, D. Addington // Schizophr Res. – 2008. – Vol.106 (2-3) – P.363-366.



15. Almaturova A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almaturova, R. Bassetti, F. Sassella // *Schizophrenia Res.* – 2001. – Vol. 52. – P.29-36.

16. Breitbore N. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis / N. Breitbore, S. Wood // *Psychiatr. Serv.* – 2009. Vol. 60. – P. 1477-1483.

**References:**

1. Abramov VA. The first psychotic episode and problems of medical-and-social rehabilitation of the patients // *J Psychiatry Med Psychology.* – 2005. – № 1(15). – P. 3-9 (Rus.).

2. Antochin Ye. Yu. Coping-behavior in the patients with schizophrenia with the first psychotic episode and its dynamics in the process of psycho formation // *Soc Clinical Psychiatry.* – 2008. – № 3. – P. 5-12 (Rus.).

3. Bachernikov A. M. Autoaggressive behavior in the patients with the first psychotic episode (diagnosis, clinics, treatment) // *Ukr Herald for Psycho Neurology.* – 2007. – Vol. 15, Iss. 3 (52). – P. 30-33 (Ukr.).

4. Units of the first psychotic episode - practical experience of organization// *Ukr Herald for psycho Neurology.* – 2009. – Iss. 1. – P. 41-43 (Ukr.).

5. Kozhina A. M. Modern approaches to the organization of rehabilitation of the patients with schizophrenia // *Tavrian Med J.* – 2012.– Vol. 16, iss. 2 (59). – P. 35 – 37 (Rus.).

6. Kotsubinsky A. P. Psychopathology and quality of life at schizophrenia // *Soc Clin Psychiatry.* – 2004. – №4. – P. 32 – 36 (Rus.).

7. Maruta N. O. Existential-humanistic psychotherapy in the system of functional rehabilitation of the patients with the first psychic episode: Methodical guide-lines. – Kiev, 2013. – 36 p. (Ukr.)

8. Maruta N. A. Complex of psycho=social trainings for the patients with the first psychotic episode: Method. manual. – Kharkov, 2010. – 95 p. (Rus.).

9. International classification of diseases (10 ed.) – Kiev: Sphera, 2005. – 307 p. (Rus.)

10. Methodical recommendations “ The role of family in rehabilitation of a human with problems in mental health / Ed. ML Abramenko. – Kiev: All-Ukr Centre for Professional Rehabilitation of disable Persons. - Kiev, 2009. – 72 p. (Rus.).

11. The first psychotic episode: diagnostics, pharmacotherapy and psychosocial rehabilitation (methodical guide).- Kharkov, 2010. – 31 p. (Ukr.).

12. Psychological tests / [compiler S. Kasianov]. – Moscow: EKMO, 2006. – 608 p. (Rus.).

13. Raydorodsky D. Ya. Practical psycho diagnostics. Methods and tests. – Samara: Bahrak-M», 2002. – 672 p. (Rus.)

Работа поступила в редакцию 14.11.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования