

4. Murphy GP, Beckley S, Brady MF, et al: Treatment of newly diagnosed metastatic prostate cancer patients with chemotherapy agents in combination with hormones versus hormones alone. *Cancer* 51:1264-1272, 1983
5. Gravis G, Boher J-M, Joly F et al. Androgen deprivation therapy (ADT) plus docetaxel (D) versus ADT alone for hormone-naïve metastatic prostate cancer (Pca): long-term analysis of the GETUG-AFU-15 phase III trial. *J Clin Oncol* 2015; (GU suppl): abstr 140.
6. Sweeney Ch.J., Chen Y.-H., Carducci M., et al. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med* 2015;373:737-46.
7. Kingwell E, Koch M, Leung B, Isserow S, Geddes J, Rieckmann P, Tremlett H. Cardiotoxicity and other adverse events associated with mitoxantrone treatment for MS. *Neurology*. 2010 Jun 1;74(22):1822-6
8. Scott LJ, Figgitt DP. Mitoxantrone: a review of its use in multiple sclerosis. *CNS Drugs*. 2004;18(6):379-96.
9. Tannock IF, Osoba D, Stockler MR, et al. Chemotherapy with mitoxantrone plus prednisone or prednisone alone for symptomatic hormone-resistant prostate cancer: a Canadian randomized trial with palliative end points. *J Clin Oncol* 1996;14:1756-64.
10. Kantoff PW, Halabi S, Conaway M, et al. Hydrocortisone with or without mitoxantrone in men with hormone-refractory prostate cancer: results of the Cancer and Leukemia Group B 9182 study. *J Clin Oncol* 1999; 17:2506-13.

Работа поступила в редакцию 28.10.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования

УДК 616.895.8-06

*К. В. Аймедов, К. О. Стаханов*

## **ПРОБЛЕМИ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Одеський національний медичний університет

**Summary.** Aymedov K., Stakhanov K. **FAMILY FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS.** – *Odessa National Medical University, e-mail: [psychotype@list.ru](mailto:psychotype@list.ru)*. In this paper, the authors reveal the results of scientific and theoretical analysis of the problem of timely diagnosis of schizophrenia and psycho-social adaptation of patients. Particular attention is paid to the problems that arise with relatives, on whose shoulders has laid down the burden of care for people with schizophrenia. Possible options for the assistance that can provide the next of kin during the maintaining and support of this category of patients.

**Key words:** schizophrenia, schizophrenic disorders, medical and social support, psychosocial adaptation, psychosocial rehabilitation.

**Реферат.** Аймедов К. В., Стаханов К. О. **ПРОБЛЕМЫ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИИ.** В статье авторы раскрывают результаты научно-теоретического анализа проблемы своевременной диагностики шизофрении и социально-психологической адаптации больных. Особое внимание уделяется проблемам, которые возникают у родственников, на плечи которых легло бремя ухода за больным шизофренией. Рассматриваются возможные варианты помощи, которую могут

оказувать ближайшие родственники во время сопровождения и поддержки данной категории больных.

**Ключевые слова:** шизофрения, шизофренические расстройства, медико-социальное сопровождение, психосоциальная адаптация, психосоциальная реабилитация.

**Реферат.** Аймедов К. В., Стаханов К. О. **ПРОБЛЕМИ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ.** У статі автори розкривають результати науково-теоретичного аналізу проблеми своєчасної діагностики шизофренії та соціально-психологічної адаптації хворих. Особливу увагу приділяють проблемам які виникають у родичів на плечі яких впав тягар догляду за хворим на шизофренію. Розглядають можливі варіанти допомоги яку можуть надавати найближчі родичі під час супроводу та підтримки даної категорії хворих.

**Ключові слова:** шизофренія, шизофренічні розлади, медико-соціальний супровід, психосоціальна адаптація, психосоціальна реабілітація.

**Актуальність дослідження.** Незважаючи на значний обсяг уже наявних досліджень в області психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренії та розладів шизофренічного спектру, актуальним залишається питання про соціальне функціонування пацієнтів з вищевказаними захворюваннями.

Згідно з наявними даними, 50-80% осіб з психічними розладами живуть в батьківських сім'ях або в сім'ях дорослих. При цьому, хоча в більшості випадків пацієнти займають в сім'ї залежне становище, а відношення з родичами нерідко досить складні, сім'я, надаючи підтримку хворим, в значній мірі маскує їх неспроможність. У сучасній моделі психіатричної допомоги сім'я пацієнта займає більш значуще місце. Саме сім'я чи найближчі родичі на плечі яких впав тягар супроводження та підтримки таких хворих створюють умови для психосоціальної адаптації і неправильне сприйняття хворого й хвороби найближчими родичами сприяє черговому рецидиву, чинить негативний вплив на перебіг шизофренічних розладів. При правильній організації внутрішньосімейних стосунків й сприйняття та надання соціальної підтримки хворому на шизофренію формується позитивна тенденція адаптації хворого до нових життєдіяльнісних умов. У період сьогодення спостерігається тенденція до розуміння того, що сім'я, як найближче оточення хворого, здатна чинити на нього істотний терапевтичний вплив.

Сучасні досліджень, що розглядають різні аспекти роботи з сім'ями хворих: психотерапевтичний, медико-соціальний, психоосвітній, вказуючи на необхідність об'єднання зусиль фахівців лікувального закладу і родичів хворого, все ж таки ще не в повній мірі висвітлюють вирішення даної проблеми, яка і сьогодні вимагає подальшої розробки нових лікувально-реабілітаційних форм і методів роботи та впровадження їх в практику. Тому метою нашого дослідження стало виявлення основних проблем функціонування та реабілітації хворих на шизофренію, їх взаємодії з найближчим оточенням.

**Викладення основного матеріалу.** Шизофренія це одне з найбільш частих психічних захворювань, що характеризується поступово наростаючими змінами сприйняття, мислення, соціальної активності, мови, почуттів і мотивацій. Незважаючи на проведені дослідження в області шизофренії, цей розлад є дуже витратним щодо вартості лікування, втрати працездатності та громадських витрат на хворих, а проблеми соціальної адаптації та реабілітації цих осіб залишаються далекими від вирішення.

Середній термін від початку захворювання до звернення за психіатричною допомогою становить близько одного року і тільки 1/3 хворих потрапляє в поле зору психіатрів і клінічних психологів протягом перших двох місяців. Серед причин пізнього звернення за допомогою і відстроченого початку лікування називають недостатнє розуміння пацієнтами природи наявних розладів, страх наслідків виявлення психічного розладу, недостатній скринінг лікарями загальної практики, невірна діагностика при зверненні за психіатричною допомогою [2, 4, 6, 7, 8, 10, 15].

З огляду на наукові надбання про поширеність депресій при шизофренії слід відзначити їх суперечливість, так ми зустрічаємо статистичні данні від 7 % до 70 % випадків даної хвороби у роботах Mc Glashan T.N., Carpenter W.T., 1976; Donlon P.T., Rada R.T., Arora

К.К., 1976; Muller P. 1981 [12, 13, 14]. А інші вказують, що частота депресій вище на початковому етапі шизофренії і після першого епізоду хвороби досягає 70% [1, 4]. Констатуються ураження грубо-прогресивних форм шизофренії і «депресивно-апатичний зрушення» клінічної картини хвороби (Muller P., 1981) [14]. Інколи з постшизофренічною депресією пов'язані показники поганого прогнозу: підвищений суїцидальний ризик, ймовірність рецидиву гострого психозу, зниження адаптивних можливостей, рівня соціального функціонування [2, 5, 8].

Проблеми клінічної сутності таких депресій мали неоднозначну оцінку в проведених дослідженнях: вони розглядаються як частина ядерної патології шизофренії, що має біологічну природу (Mc Glashan T.N., Carpenter W. T., 1976, A.C. Almaturo, R. Bassetti, F. Sassella 2001) [11, 13].

За статистичними даними, в Україні та інших країнах світу діагноз «Постшизофренічна депресія» лікарі не часто використовують, залишаючись в рубриці «Шизофренія» [9] (Зальцман І. Г., 1996, Конева О.В., 2009, Марута Н.О., 2015, та ін.) [6, 7, 8]. Більше 80% обстежених пацієнтів після виписки з психіатричного стаціонару продовжують жити в сім'ях. Виявлено, що якість життя, стан психічної сфери, соціальних взаємин хворих на психічні розлади знаходиться в прямій кореляційній залежності від якості підтримки (емоційної, інструментальної, соціальної), яка надається сімейним оточенням. У зв'язку з цим виникає питання про диференційну діагностику між шизофренією та депресивним розладом, як необхідну умову для впровадження специфічних заходів медико-соціального супроводу даної категорії хворих, включаючи питання адаптації та реабілітації пацієнтів, підвищення якості їх життя та соціального функціонування (Від В.Д. 2008, Гурович І.Я., Ньюфельдт О.Г., 2007, Краснов В.М., 1999)[3, 5, 10].

Завдяки розвитку мережі психоневрологічних диспансерів з'явилася можливість амбулаторного лікування психічно хворих, скорочення термінів їх перебування в стаціонарі. Стало реальним надання їм кваліфікованої медико-соціальної допомоги протягом усього життя з дотриманням послідовності лікувальних і реабілітаційних заходів між лікарнею і диспансером. Зникла необхідність соціальної ізоляції хворих, відриву їх від повсякденного життя. Спостереження за амбулаторними контингентами внесло корективи в наукові уявлення про динаміку психічних хвороб, показавши, що більшість з них не потребує госпіталізації та залишається в суспільстві, при наявності сприятливих умов вони можуть довго зберігати працездатність

Зазначимо, що сьогодні в Україні особливо гостро постає потреба в розробці програм психосоціальної реабілітації хворих з орієнтацією на сім'ю пацієнта. Оскільки, в результаті повільного скорочення ліжкового фонду на місцях і відсутність адекватної стаціонар-замісної, амбулаторної допомоги, практично кожен п'ятий пацієнт знаходиться в стаціонарі понад рік і також кожен п'ятий повторно госпіталізується, з усіма, властивими госпіталізму ознаками. Тому в сучасних умовах переходу від стаціонарного до амбулаторного видів допомоги роль сім'ї безперервно зростає.

Оскільки серед госпіталізованих переважають хворі шизофренічними і органічними психічними розладами, реорганізація психіатричної служби відіб'ється в першу чергу на родичів цих хворих. Для хворих на шизофренію з органічними психічними розладами більш характерно проживання в «батьківських» сім'ях. Пацієнти з афективними і невротичними розладами, як правило, живуть в «репродуктивних» сім'ях. Отже сім'я для пацієнта з психічним розладом виступає як багатофункціональний адаптаційний фактор. Дослідження показують, що пацієнти, які отримують підтримку від сім'ї, достовірно відрізняються більш високими показниками матеріально-побутового забезпечення, якості життя, інформованості про своє захворювання. А для одиноких хворих характерний дефіцит соціальних відносин і незадоволеність ними, низький рівень матеріально-побутових умов та якості життя, недолік інформованості щодо свого захворювання.

Встановлено, що більшість сімей хворих готові брати участь в лікувально-реабілітаційному процесі, хоча й залишається актуальними проблеми: обмеження їх економічних можливостей, дефіцит інформованості про психічне захворювання, методах і формах лікування, що істотно обмежує можливості родичів в реалізації їх реабілітаційного потенціалу. Отже організація лікувально-реабілітаційного процесу таких хворих повинна ґрунтуватися на «бригадному» принципі (лікар-психіатр, психотерапевт, соціальний

працівник, психолог) з обов'язковим залученням родичів пацієнтів. Яким слід рекомендувати стежити в першу чергу за тим, щоб хворі приймали призначені їм ліки в рекомендованих дозах. Враховуючи той факт, що виписавшись в задовільному стані, хворий вважає, що він вже здоровий і може обійтися без набридлого йому лікування. Саме в цей період, потрібно вжити всі можливі впливи сім'ї та оточуючих, щоб не допустити переривання в прийомі ліків, переконати хворого, що це може викликати погіршення стану. Головне родичі повинні самі перейнятися усвідомленням необхідності так званого підтримуючого лікування. Важливо мати на увазі, що як тільки настає погіршення, загострення хвороби, хворі відмовляються приймати ліки. Іноді вони відмовляються по маревних мотивах, не довіряючи родичам, боячись, що їх отруять, заб'ють та ін., або вважають себе здоровими. Це викликає загострення хвороби і впливає на поведінку хворого, регулювати його стає все важче. Якщо не вдається вмовити прийняти ліки, то потрібно ввести їх з їжею. Важливо домогтися перших кількох прийомів, далі можна розраховувати на поліпшення контакту хворого з оточуючими. Якщо ці спроби безуспішні, то необхідно довести до відома дільничного психіатра, який має можливість забезпечити дієві форми лікування (внутрішньом'язове, внутрішньовенне введення препаратів).

Потрібно приділяти велику увагу з боку оточуючих до хворого, особливо тих, хто ближчий до нього, кому він найбільше довіряє. Важливо вчасно помітити загострення хвороби, появу думок про самогубство, бути завжди насторожі. Своєчасна госпіталізація і посилення лікування поліпшать стан хворого, і небезпека самогубства зникне.

Одне з найскладніших завдань, які встають перед родичами – це необхідність зробити пролом в апатії, що охоплює хворого, хоч чим-небудь зацікавити хворого, використовувати будь-яку можливість зайняти хворого роботою. Дуже корисні поїздки за місто – на дачу, в село і залучення хворого в фізичну роботу по дому, по двору, на ділянці (прибирання снігу, розчищення доріжок), будь-яка робота на городі, в саду. Важливо, щоб робота мала сенс і була корисною, інакше хворі не стануть її виконувати. Існує прямий зв'язок між систематично налагодженим прийомом ліків і можливістю залучити хворого до праці. І якщо вдається залучити його до роботи, то загальний стан, як правило, помітно поліпшується, що в свою чергу полегшує прийом ліків.

Іноді родичам здається, що потрібно прагнути розважати хворого, запрошувати до нього гостей, друзів, радять йому піти в гості, в кіно і т.п. Все це небажано, тому що часто поряд з млявістю і апатією є ще маячні ідеї. Хворим здається, що всі знають про їх психічний розлад, дивляться на них по-особливому, сміються з них. Спілкування зі сторонніми особами іноді може зміцнити хворого в цих маячних переживаннях.

Родичі повинні знати, що хворі найчастіше втрачають свою професійну працездатність, отримують інвалідність другої або третьої групи. При другій групі вони можуть працювати вдома, при третій - в інвалідній установі. Можливо також працевлаштування в лікувально-трудова майстерні при психоневрологічному диспансері.

Нерідко при сприятливих результатах лікування у хворих відновлюється їхня професійна працездатність, вони потребують працевлаштування без обмеження. Але буває, що хворобливі маячні переживання хворих пов'язані з їх роботою, з окремими колегами. Тоді, незважаючи на поліпшення, хворі уникають повернення до роботи, де, крім усього іншого, є очевидці їх неправильної поведінки і де просто можуть бути люди не цілком доброзичливі. У цих випадках виникає питання про зміну місця роботи. Це питання завжди має вирішуватися неодмінно за участю лікаря-психіатра.

Родичам слід чітко усвідомлювати всю важливість цього питання і ні в якому разі не залишати його на розсуд хворого. Необхідно мати контакт з кимось з товаришів по службі хворого, краще з безпосереднім начальником. Якщо виявляється, що хворий справляється зі своєю роботою і ставлення до нього сприятливе, то, звичайно, доцільно схилити його до того, щоб він залишився на своїй колишній звичної роботи. Потрібно роз'яснити, що продовження звичної роботи не потребуватиме додаткових зусиль, пристосування, придбання нових навичок і тому подібне. Інша справа, якщо наперед відомо, що ставлення на роботі до хворого негативне, що адміністрація охоче його звільнить, що він відновив проти себе весь колектив. Тоді, зрозуміло, немає чого повертатися на колишнє місце.

Треба враховувати ще й те, що в родині, куди повертається хворий після лікування, є люди з різними ступенями спорідненості, або зовсім не родичі. У всіх різні характери і, звичайно, не всі вони однаково ставляться до хворого, а іноді просто бояться його. Люди

малокультурні і з поганим характером нерідко дразнять хворих, називають їх божевільними, роблять образливі жести, натякаючи на безумство і т.п. Не треба пояснювати, що все це абсолютно неприпустимо і безглуздо жорстоко. Як би успішно не минуло лікування в лікарні, в якому б хорошому стані не виписався хворий, якщо його вдома так зустрінуть, загострення захворювання гарантовано. Необхідно використовувати всі шляхи і засоби впливу на таких родичів і сусідів, і перш за все слід звернутися в психоневрологічний диспансер, де на допомогу повинна прийти дільнична медична сестра.

Іноді родичі починають розділяти маячні звинувачення своїх близьких, виникає так званий сімейний психоз. Необхідно виявляти повну об'єктивність і не втрачати здорового глузду в оцінці скарг хворих і вважати їх необґрунтованими, якщо немає для них реальних підстав.

Під впливом маячних переживань хворі іноді наполягають на обміні квартири, тому що сусідів вони приймають за своїх ворогів, які, як їм здається, загрожують їхньому життю, поширюють про них наклеп, стежать за кожним їхнім кроком, про все інформують установу, де вони працюють тощо. При цьому хворі погоджуються на будь-який обмін, часто погіршують свої житлові, побутові умови, аби швидше «врятувати» себе. Якщо навіть родичі хворого розуміють, що хворий під впливом маячних переживань, все одно їм нерідко здається, що якщо змінити квартиру і сусідів, то хворий позбудеться свого марення і стане жити спокійно. Тому родичі хворих часто не заперечують проти обміну і навіть сприяють йому.

Ніколи не треба йти на серйозні зміни в житті хворого, не порадившись з лікарем-психіатром, бо вони, як правило, не досягають мети, тому що відбуваються за мотивами хворобливого характеру, а не з міркувань здорового глузду. На новій квартирі хворим здається, що колишні сусіди встановили зв'язок з новими і на нову квартиру надходять відомості, що порочать їх. Це, на їхню думку, відразу змінило ставлення до них нових сусідів: вони стали ворожі, жити, як і раніше, неможливо, необхідно шукати новий обмін, нову квартиру. Так може відбуватися нескінченно, тому що справа не в квартирі, а в хвороби, яку потрібно лікувати.

Члени сім'ї хворого повинні знати, що зникнення галюцинацій є ознакою поліпшення стану хворого, а їх поява – симптом погіршення, який не можна недооцінювати. Якщо рідні помічають, що у хворого галюцинації, він до чогось прислухається, як би відсутній в реальній ситуації, стверджує, що чує те, чого ніхто з оточуючих не чує, то необхідно негайно звернутися до психіатра. Ніколи не можна забувати, що голоси можуть носити характер наказів, а накази можуть бути небезпечні для хворого, а часом не менш небезпечні і для оточуючих.

Розраховувати на те, що все само собою якось минеться, намагатися уникнути розповсюдження інформації про хворобу є глибоко помилково, шкідливо і загрожує серйозними наслідками.

**Висновки.** Слід зазначити, що для вітчизняної психіатричної практики психоосвітня робота з пацієнтами та їх родичами є новим видом лікувально-реабілітаційного втручання. Однак, необхідно рекомендувати лікарям-психіатрам психоневрологічних диспансерів при підготовці програм психосоціальної реабілітації використовувати методи сімейної психотерапії з елементами психоосвіти. І при розробці індивідуальних програм реабілітації та соціальної адаптації хворих на шизофренію в рамках психоосвіти найближчого оточення лікарі-психіатри повинні вказувати на необхідність вчасної госпіталізації хворого при відмові подальшого прийому ліків, виявленні перших симптомів загострення захворювання, появи суїцидальних думок, галюцинацій, маячних переживань тощо. Необхідно також роз'яснювати позитивний вплив толерантного ставлення до хворого члена сім'ї, вказувати на необхідність залучення його до праці в рамках виконання не тільки домашніх обов'язків, а і розглядати можливість повернення на роботу. Однак, слід застерігати від прийняття рішень, які можуть призвести до серйозних змін в житті хворого, наголошувати на необхідності постійного, систематичного консультування з ведучим лікарем-психіатром.

На нашу думку, психосоціальну роботу в лікувально-реабілітаційному відділенні психіатричного стаціонару слід організовувати за наступним терапевтичним алгоритмом: програма «перехідних груп», психоосвіта хворих та їх родичів, тренінг комунікативних навичок, навичок незалежного проживання, самообслуговування тощо.

Таким чином, з метою соціалізації та реадптації пацієнтів з тривалими термінами госпіталізації, профілактики частих рецидивів захворювання, починати надавати психосоціальну допомогу та реабілітацію в умовах лікувально-реабілітаційного відділення психіатричної лікарні необхідно в максимально ранні терміни. Психосоціальні втручання слід проводити при взаємодії з амбулаторної психіатричної службою. У роботі необхідно використовувати бригадний підхід за участю лікаря-психіатра, психотерапевта, психолога, соціального працівника.

### **Література:**

1. Аймедов К. В. Шизофренія: актуальні питання ранньої діагностики та терапії / К.В. Аймедов, А.Є. Волощук // IV Національний конгрес неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодні й майбутнє». – 2012 р., м. Харків. – С. 48.
2. Аширбеков Б. М. Социальное функционирование и качество жизни больных с постшизофреническими депрессиями / Б. М. Аширбеков // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2008. – Т. XIV, № 1. – С. 37-53.
3. Вид В. Д. Психотерапия шизофрении: Краткое руководство/ В.Д. Вид. – [3-е изд.] – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
4. Голдберг Д. Распространенные психические расстройства/ Д.Голдберг, П. Хаксли. – Киев, 1999. – 255 с.
5. Гурович И. Я. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи / И. Я. Гурович, О. Г. Ньюфельдт. – М.: Медпрактика, 2007. – С. 44-56.
6. Зальцман І.Г. Про зміст діагностичної категорії «постшизофреніческая депресія» (коментарі до однієї з рубрик МКХ-10) // Актуальні питання психіатрії: зб. науч. тр. до 100-річчя Семіпалатін. обл. ЦПЗ / За ред. Г. М. Кудьяровой. - Семіпалатинськ, 1996. - С. 211-214
7. Конева О. В. Постшизофреническая депрессия: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18 / Конева Ольга Викторовна; [Место защиты: ГУ "Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра СО РАМН"].- Томск, 2009.- 210 с.: ил
8. Марута Н. А. Шизофрения с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) / Н. А. Марута, С. А. Ярославцев. // Медицинская психология. – 2015. – №4. – С. 46–50.
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. Модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств: Клиническое руководство / [Под ред. В. Н. Краснова и И. Я. Гуровича.] – М., 1999. – 224 с.
11. Almatura A. C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A. C. Almatura, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. – 2001.– Vol. 52. – P.29-36.
12. Donlon P. T, Rada R. T., Arora K. K., Depression and the reintegration phase of acute schizophrenia // Amer. J. Psychiatry, 1976. - Vol. 133. - P. 1265-1268
13. Mc Glashan T., Carpenter W.T Postpsychotic depression in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry, 1976. - Vol. 33. - P. 231-239
14. Muller P. Depressive Syndrome in Verlauf schizophrener Psychosen. Klinische Studi zur Psychopathologic and Pharmakogenese. - Stuttgart: F. Enke Verlad, 1981, 81 s.
15. Stevens J.R. Schizophrenia: reproductive hormones and the brain / J.R. Stevens // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 713-719.

### **References:**

1. Aimedov K.V Shyzofreniia: aktualni pytannia rannoi diahnostryk ta terapii / K.V. Aimedov, A.Ie. Voloshchuk // IV Natsionalnyi konhress nevrolohiv, psykhiatriv ta narkolohiv Ukrainy «Dokazova medytsyna v nevrolohii, psykhiatrii ta narkolohii. Sohodennia i maibutnie». – Kharkiv, 2012. – P. 48 (Ukr.)

2. Ashirbekov B.M. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni bol'nyh s postshizofrenicheskimi depressiyami / B.M. Ashirbekov // Voprosy mental'noj mediciny i ehkologii. – 2008. – T. XIV, № 1. – S. 37-53.
3. Vid B.D. Psihoterapiya shizofrenii: Kratkoe rukovodstvo / B.D. Vid. – [3-e izd.] – SPb.: Piter, 2008. – 512 s.
4. Goldberg D. Rasprostranennye psihicheskie rasstrojstva / D. Goldberg, P. Haksli. – Kiev, 1999. – 255s.
5. Gurovich I.Ya. Sovremennye tendencii razvitiya i novye formy psihiatricheskoj pomoshchi / I.YA. Gurovich, O.G. N'yufel'dt. – M.: Medpraktika, 2007. – S. 44-56.
6. Zaltsman I. H. Pro zmist diahnostychnoi katehorii «postshizofrenicheskaia depresii» (komentari do odniiei z rubryk MKKh-10) // Aktualni pytannia psykhiatrii: zb. nauch. tr. do 100-richchia Semipalatin. obl. TsPZ / Za red. H. M. Kudiarovoi. - Semypalatynsk, 1996. - S. 211-214
7. Koneva O.V. Postshizofrenicheskaya depressiya: klinicheskie, adaptacionnye i reabilitacionnye aspekty : dissertaciya ... dis. kand. med. nauk: 14.00.18 / Koneva Ol'ga Viktorovna; [Mesto zashchity: GU "Nauchno-issledovatel'skij institut psihicheskogo zdorov'ya Tomskogo nauchnogo centra Sibirskogo otdeleniya RAMN"].- Tomsk, 2009.- 210 s.: il
8. Maruta N. A. SHizofreniya s komorbidnymi psihicheskimi i povedencheskimi rasstrojstvami (struktura komorbidnoj patologii, kriterii diagnostiki, faktory prognoza i zakonomernosti formirovaniya) / N. A. Maruta, S. A. YAroslavev'. // Medicinskaya psihologiya. – 2015. – №4. – S. 46–50.
9. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej (10-j peresmotr). Glava 5 (Psihiatriya). / Pod red. YU.L. Nullera, S.YU. Cirкина – Kiev, izd: Sfera, 2005.–307s.
10. Modeli diagnostiki i lecheniya psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv: Klinicheskoe rukovodstvo / [Pod red. V.N. Krasnova i I.YA. Gurovicha.] – M., 1999. – 224 s.
11. Almatura A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almatura, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. – 2001.– Vol. 52. – P.29-36.
12. Donlon PT, Rada R. T., Arora K.K., Depression and the reintegration phase of acute schizophrenia // Amer. J. Psychiatry, 1976. - Vol. 133. - P. 1265-1268
13. Mc Glashan T., Carpenter W.T Postpsychotic depression in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry, 1976. - Vol. 33. - P. 231-239
14. Muller P. Depressive Syndrome in Verlauf schizophrener Psychosen. Klinische Studi zur Psychopathologic and Pharmakogenese. - Stuttgart: F. Enke Verlad, 1981, 81 s.
15. Stevens J.R. Schizophrenia: reproductive hormones and the brain / J.R. Stevens // Am. J. Psychiatry. – 2002. – Vol. 159. – P. 713-719.

Работа поступила в редакцию 21.10.2016 года.

Рекомендована к печати на заседании редакционной коллегии после рецензирования