

Baskina V. Залучення членів родини в межах програми психосоціального супроводу жінок, які перенесли первинний психотичний епізод = Involving of family members within the program of psychosocial support of women underwent primary psychotic episode. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(10):668-679. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.221663>
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4113>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author(s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 02.09.2016. Revised 24.09.2016. Accepted: 30.10.2016.

ЗАЛУЧЕННЯ ЧЛЕНІВ РОДИНИ В МЕЖАХ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРВИННИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД

В. В. Баскіна

Одеський національний медичний університет, Україна

INVOLVING OF FAMILY MEMBERS WITHIN THE PROGRAM OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT OF WOMEN UNDERWENT PRIMARY PSYCHOTIC EPISODE

V. Baskina

Odessa National Medical University

e-mail: psyhotyp@gmail.com

Summary

The problem of supportive programs to women who have had a primary psychotic episode is of top priority for modern psychiatry. The maladaptive characteristics and violations in patterns of family functioning in women with a primary psychotic episode have been established. The author describes the complex of her own of psychosocial support to this category of women directed to their families and shares the experience of its implementation.

Key words: primary psychotic episode, schizophrenia, maladaptive characteristics, family-centered approach.

Вступ. Пацієнти з первинним психотичним епізодом шизофренії потребують особливої уваги у зв'язку зі значним ризиком розвитку у них виражених порушень соціальної адаптації [1, 15, 16]. Своєчасна (рання) і повноцінна реабілітація їх на цьому етапі захворювання знижує ймовірність швидкого його рецидиву, покращує клінічний і соціальний прогноз пацієнта. З цього випливає, що адекватно підібрані і індивідуально специфічні реабілітаційні заходи в ініціальних стадіях шизофренії є індикатором успішності наданої допомоги, а також значною мірою визначають рівень подальшої життєдіяльності та соціальної адаптації хворого [2-4, 7, 8].

При першому психотичному епізоді (ППЕ) існують три терапевтичних вектора впливу, які спрямовані на досягнення наступних цілей: біологічний (психофармакологічний), спрямований на корекцію нейромедіаторних порушень в головному мозку; психотерапевтичне втручання, спрямоване на зміну дезадаптивних психологічних механізмів хворого і соціальна інтервенція [5, 6, 10, 11]. Доведено, що поєднання оптимальної фармакотерапії з сімейно-орієнтованими впливами, в які включений, щонайменше, один родич пацієнта, на якого лягає найбільше навантаження (фізичне, емоційне, фінансове) по догляду за пацієнтом і знаходиться в контакті з ним, демонструє найбільш позитивний вплив на соціальне функціонування пацієнта [8, 15]. Робота з родичами пацієнта дозволяє знизити стрес і навантаження на сім'ю (яка виявляється в емоційних, фізичних, фінансових та інших перевантаженнях, випробовуваних членами сім'ї) і зменшити стигму психічного розладу [2, 4].

Матеріали та методи дослідження. До дослідження було включено 219 жінок, що мали встановлений діагноз «Гострий поліморфний психотичний розлад без симптомів шизофренії» (F23.0) [9]. Загальну кількість жінок було розділено на дві групи дослідження за фактом наявності або відсутності дітей в родині: так, до ГД1(жін.) увійшла 101 жінка, яка не мала дітей, до ГД2(жін.) було включено 118 жінок з первинним психотичним епізодом в родинях яких були діти. Відповідно до теми, мети та завдань дослідження, в коло нашої уваги потрапили також чоловіки обстежених жінок, тому, в дослідженні прийняли участь дві групи чоловіків, які склали подружжя з обстеженими жінками: ГД1(чол.) – 101 чоловік з родин без дітей, ГД2(чол.) – 118 чоловіків, які мали спільних дітей з обстеженими жінками. З метою перевірки гіпотези про більшу ефективність супроводу, спрямованого на родину, на етапі оцінки ефективності корекційної програми, сформовані раніше групи було розділено на основні та групи порівняння, в результаті чого, 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.

На другому етапі було проведено психодіагностичні обстеження в створених групах дослідження. В дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний, статистичний методи.

Для вивчення психоемоційних особливостей жінок після перенесеного психотичного епізоду нами було застосовано шкалу HADS/HARS для виявлення тривоги, депресії та тест Баса-Дарки, який допоміг визначити рівень агресивності [12]. Особистісні особливості даної категорії пацієнтів визначались за допомогою методик «Самовідношення» В. Століна, С. Панталеєва, акцентуації характеру К. Леонгарда-Г. Шмішека та Торонтської алекситимічної шкали (TAS) [13]. Діагностика сімейних стосунків проводилась за допомогою тесту-опитувальника В. Століна, Т. Романової, Г. Бутенко «Задоволеність шлюбом», тесту-опитувальника батьківського ставлення А. Варги-В. Століна, методики PARI (Parental Attitude Research Instrument) [13].

Дослідження якості життя проводилось з використанням методики Mezzich, Coher, Ruizezer, Liu & Yoon, 1999 [13].

Катамнестичний метод був застосований для вивчення ефективності розробленої системи психокорекції за допомогою оцінки психічного статусу пацієнтів, бесід з їх родичами та оточуючими особами, й проведенням аналізу доступної медичної документації.

Статистична обробка отриманих даних та побудова діаграм виконувалась за допомогою програм Excel та статистичного пакету «Statistica 7.0. for Windows», а також проводилась за допомогою t-критерія Ст'юдента, U-критерія Манна-Уїтні, ϕ -критерія Фішера та χ^2 -критерія Пірсона. В усіх випадках порівнянь була визначена ймовірність розходжень «р». Розходження враховувалися, як статистично значимі при $p \leq 0,05$.

Викладення основного матеріалу.

Проведене психодіагностичне дослідження дозволило визначити дезадаптивні характеристики, які були притаманними жінкам, що перенесли первинний психотичний епізод на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, (%)

Рівень	Дезадаптивні показники (n=219)	%
Психоемоційний	підвищений рівень агресивності (сер. б. – 64,5)	81,28
	високий рівень ворожості (сер. б. – 89,1)	74,89
	високий або середній рівень депресії	74,43
	високий рівень тривоги	60,27
Особистісний	«алекситимічний» тип особистості	91,32
	очікування негативного ставлення від інших	80,37
	зниження рівня самоповаги	74,89
	зниження рівня аутосимпатії	73,52
	зниження самоінтересу	68,95
	педантичний тип акцентуації	15,98
	«застягаючий» тип акцентуації	15,07
	гіпертимічний тип акцентуації	13,70
	збудливий тип акцентуації	13,24
демонстративний тип акцентуації	12,79	
Психосоціальний	зниження рівня якості життя	92,69
	порушення дитячо-батьківських відносин (враховувалась виключно кількість жінок, які мали дітей, n=118)	85,59
	порушення відношення до сімейної ролі	64,38
	неблагополучні подружні стосунки	52,51

У 100,00 % жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, 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 %). Серед дезадаптивних особливостей особистісної сфери найбільшу вагу мали наступні: «алекситимічний» тип особистості (91,32 %); негативні особливості самовідношення, а саме: очікування негативного ставлення від інших (80,37 %), зниження рівня самоповаги (74,89 %), зниження рівня аутосимпатії (73,52 %), зниження самоінтересу (68,95 %); акцентуації характеру (70,78 %) переважно педантичного (15,98 %), «застягаючого» (15,07 %), гіпертимічного (13,70 %), збудливого (13,24 %) та демонстративного (12,79 %) типів. Серед психосоціальних особливостей, які були притаманними дослідженим жінкам, визначались порушення дитячо-батьківських

відносин (85,59 %) та подружніх стосунків (64,38 %), а також зниження загального 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.

Допомога жінкам, які перенесли первинний психотичний епізод, надавалась в межах клінічного протоколу № 59, затвердженого наказом МОЗ України від 05.02.2007р. За даним протоколом, допомога пацієнтам даної категорії повинна надаватись позалікарняно, за винятком випадків наявної небезпеки для пацієнта або його оточення і неможливості створення належних умов лікування в поза лікарняних умовах. Тому розробка програм супроводу жінок, які перенесли первинний психотичний епізод, є вельми актуальною та відповідає сучасним тенденціям у сфері терапії.

У ході дослідження було розроблено дві програми психосоціального супроводу жінок з первинним психотичним епізодом: супровід, спрямований на пацієнта та його родину (рис.1) та супровід, спрямований виключно на пацієнта, які проводились на стаціонарному і амбулаторному етапах лікування.

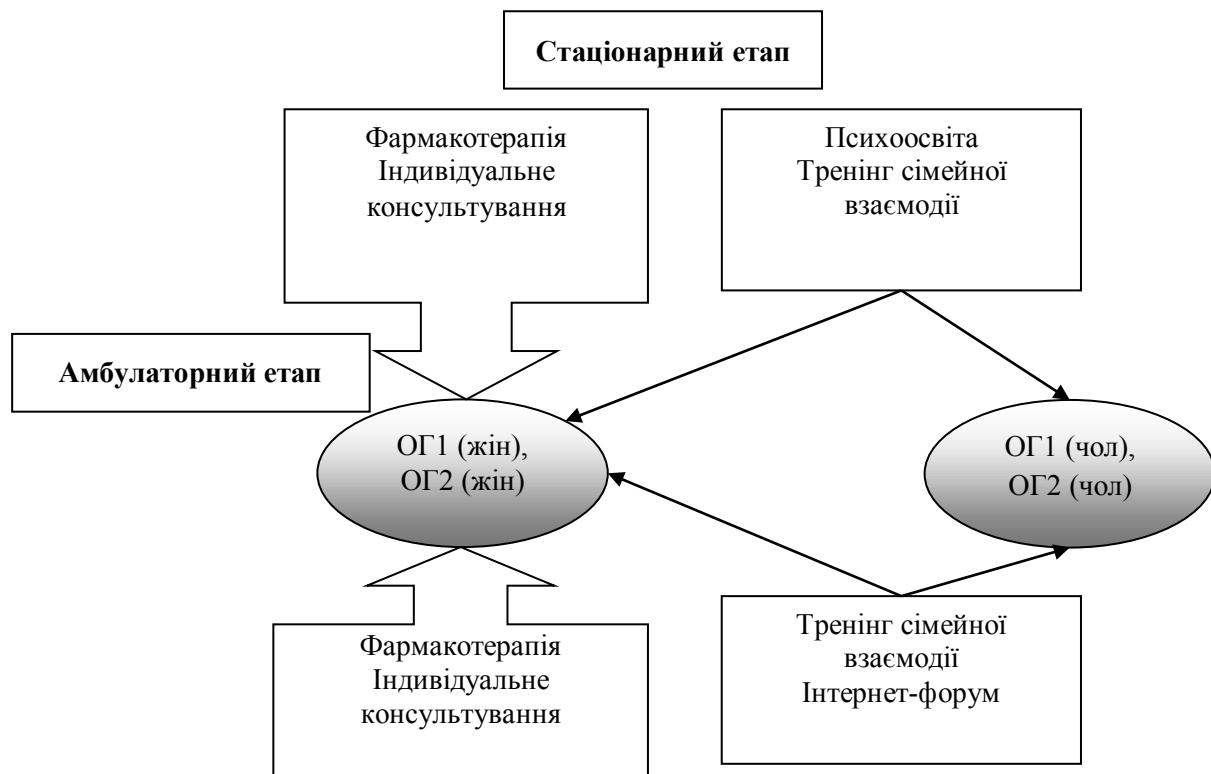


Рис. 1. Супровід, спрямований на родину

Гіпотезою на даному етапі було припущення про те, що ефективна допомога жінкам з первинним психотичним епізодом повинна мати сімейно-центрований характер та включати членів родини до процесу надання допомоги пацієнткам даної категорії.

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.

Також на амбулаторному етапі проводили індивідуальну психотерапевтичну роботу з жінками, що перенесли первинний психотичний епізод [7]. Головним методом психотерапії, який використовувався в процесі надання комплексної допомоги жінкам з первинним психотичним епізодом був обраний підхід когнітивно-поведінкової терапії (КПТ), який на сьогодні є ефективним та доказовим. 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 набути 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) [10]. 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).

На останньому етапі дослідження, за допомогою повторного психодіагностичного тестування, було оцінено ефективність проведених заходів супроводу жінок з первинним психотичним епізодом на стаціонарному та амбулаторному етапах лікування. Динамічні зміни, отримані в групах досліджених жінок на етапі після терапії, представлено в наступній таблиці 2.

Таблиця 2

Ефективність заходів психосоціального супроводу, (сер. бал)

Критерії оцінки		ОГ1 (жін.), n=53	ОГ2 (жін.), n=61	ГП1 (жін.), n=48	ГП2 (жін.), n=57
1		2	3	4	5
Психоемоційний рівень					
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
депресивність	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
Особистісний рівень					
самоповага	до	26,8	25,9	29,5	28,4
	після	34,2	33,7	31,1	30,5
аугосимпатія	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
самоінтерес	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
Психосоціальний рівень					
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

1		2	3	4	5
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

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.)), аутосімпатії (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.

Результати, отримані в групах порівняння, на етапах до та після терапії, також було зіставлено між собою, а також з відповідними результатами, отриманими в основних групах. Після аналізу даних, маємо можливість стверджувати, що впровадження авторського супроводу, спрямованого на родину, є достовірно більш

ефективним у порівнянні з супроводом, спрямованим на пацієнта та дозволяє досягти зменшення рівня дезадаптації жінок після перенесеного первинного психотичного епізоду на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях (різниця між ОГ1(жін.) та ГП1(жін.) є достовірною, $p \leq 0,05$; різниця між ОГ2(жін.) та ГП2(жін.) також є достовірною, $p \leq 0,05$).

Відмічені позитивні зміни, які відбулися в ГП1(жін) та ГП2(жін) на етапі після терапії не були достовірними ($p > 0,05$).

Таким чином, слід зазначити, що розроблена та впроваджена сімейноцентрована система супроводу жінок з первинним психотичним епізодом є ефективною та дозволяє досягти покращення психоемоційного стану пацієнток, підвищити самооцінку, знизити алекситимічні тенденції, сформувані адаптивні патерни поведінки, покращити рівень взаємодії в подружжі, гармонізувати дитячо-батьківські відносини в родині, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

Висновки

1. Прояви дезадаптації, які проявлялись на психоемоційному, особистісному або на психосоціальному рівнях було виявлено у 100,00 % жінок, які перенесли первинний психотичний епізод.

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. Дані, отримані в результаті проведеної терапії, свідчать про більшу ефективність заходів сімейно центрованого супроводу, у порівнянні з супроводом, спрямованим виключно на пацієнта. В основній групі відмічались достовірні позитивні зміни щодо дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному та психосоціальному рівнях у 96,4 % обстежених жінок ($p \leq 0,05$).

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, вып. 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. Роль сім'ї у відновленні людини з проблемою психічного здоров'я: метод. рекомендації / 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. – 31с

12. Психологические тесты / [сост. С. Касьянов]. – М.: Изд-во 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. Almaturo A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almaturo, R. Bassetti, F. Sassella // *Schizophr Res.* – 2001.– Vol. 52. – P.29-36.

16. Emsley R.A. Strategies of acute drug treatment in first episode schizophrenia / R.A. Emsley // In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update». – Florence, Italy, 2004. – P. 58.

References:

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

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

3. Bachernikov AM. Autoaggressive behaviour in the patients with the first psychotic episode (diagnostics, clinics, treatment) // *Ukr Herald for psychoneurology.* – 2007. – Vol. 15, Iss. 3 (52). – P. 30-33 (Ukr.).

4. Units of the first psychotic episode-practical experience of organization / [VA. Demchenko, et al.] // *Ibid.* – 2009. – Iss. 1. – P. 41-43 (Ukr.).

5. Kozhina AM. Modern approaches to rehabilitation of patients with schizophrenia // *Tavrian J Psychiatry.* – 2012.– Vol. 16, iss. 2 (59). – P. 35- 39 (Rus.).

6. Kotsyubinsky AP. Psychopathology and quality of life at schizophrenia // *social and clinical psychiatry.* – 2004. – №4. – P.32-36 (Rus.).

7. Maruta NO. Existent-and-humanitarian psychotherapy in the system of functional renewal of the patients with the first psychotic episode: methodical guidelines. – Kiev, 2013. – 36 p. (Ukr.)

8. Maruta NA. Complex of psychotic trainings for the patients with the first psychotic episode: methodical guide-lines. – Kharkov, 2010. – 95 p. (Rus.)

9. ICD-10. Chapter 5 (Psychiatry). / Ed. Nuller YuL. – Kiev: Sphera, 2005. – 307 p. (Rus.)

10. Role of family in the renewal of a human with the problems of mental health: method. guide-lines / Ed. MA Avramenko. – Kiev: All-ukr. Centre for occupational rehabilitation of disable persons, 2009. – 72 p. (Ukr.)

11. Primary psychotic episode: diagnostics, pharmacotherapy and social rehabilitation (method. guide-lines) / NO. Maruta, et al. – Kharkov, 2010. – 31 p. (Ukr.)
12. Psychological tests / [compiler S. Kasianov]. – Moscow: Exmo, 2006. – 608 p. (Rus.)
13. Raygorodsky DYa. Practical psychodiagnostics. Methods and tests. – Samara: Bakhrak-M, 2002. – 672 p. (Rus.)
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. Almaturo A.C. Duration of untreated psychosis as a predictor of outcome in first-episode schizophrenia: a retrospective study / A.C. Almaturo, R. Bassetti, F. Sassella // Schizophr Res. – 2001.– Vol. 52. – P.29-36.
16. Emsley R.A. Strategies of acute drug treatment in first episode schizophrenia / R.A. Emsley // In book of abstracts of international congress of WPA «Treatment in psychiatry: an update». – Florence, Italy, 2004. – P. 58.