

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>

УДК 616.89; 616.895.8

## Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте

Тихонов Д.В.  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ОРИГИНАЛЬНОЕ  
ИССЛЕДОВАНИЕ

Психиатрия 17(4):2019

### Резюме

**Цель исследования:** выявление клинико-патогенетических особенностей становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте, разработка критериев прогноза дальнейшего течения заболевания. **Пациенты:** 56 пациентов мужского пола юношеского возраста, перенёсших первый приступ психоза, удовлетворяющий критериям диагноза шизофрении (F20) или шизоаффективного психоза (F25) по МКБ-10. **Методы:** клинико-психопатологический, клинико-динамический (длительность наблюдения до 3 лет). **Результаты:** выделено 3 этапа становления ремиссии после перенесенного в юношеском возрасте манифестного психотического приступа: (1) этап редукции и модификации ведущей психотической симптоматики; (2) этап стабилизации психических функций; (3) этап реинтеграции психических функций. Проведенное проспективное исследование позволило выделить 4 варианта этапа стабилизации психических функций. Доля пациентов с установившейся ремиссией составляет 77% (43 наблюдения). **Заключение:** наибольшее прогностическое значение имеют непосредственно постприступные феномены, такие как постпсихотическая депрессия, резидуальные психопатологические симптомы, невротоподобные и дефицитарные расстройства.

**Ключевые слова:** первый психотический эпизод; ремиссия; этапы становления ремиссии; юношеский возраст; постпсихотическая депрессия.

**Для цитирования:** Тихонов Д.В. Психопатологические особенности становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте. *Психиатрия*. 2019;17(4):57–64. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>.

Конфликт интересов отсутствует

57

Психопатология, клиническая и биологическая психиатрия

## Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence

Tikhonov D.V.  
FBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia

RESEARCH

### Summary

**Aims of the study:** the identification the clinical features and pathogenetic patterns of remission formation after a first psychotic episode in adolescence, the development of prediction criteria for the future course of the disease. **Patients:** 56 male patients aged 16–25 years who have had a manifest endogenous psychotic attack that meets the criteria of schizophrenia (F20) or schizoaffective psychosis (F 25) according to ICD-10. **Methods:** psychopathological, dynamic observation (observation time up to 3 years). **Results:** three stages of remission formation after suffering a first psychotic attack in adolescence were highlighted: (1) reduction and modification of the leading psychotic symptoms; (2) stabilization of mental functions; (3) the stage of reintegration of mental functions. A prospective study allowed us to identify four variants of stabilization of mental functions. It was found that the proportion of patients with established remission was 77%. **Conclusion:** the most significant predictive phenomena are postpsychotic depression, residual psychopathological symptoms, pseudoneurotic and deficitaire disorders.

**Keywords:** first psychotic episode; remission; stages of remission formation; adolescence; postpsychotic depression.

**For citation:** Tikhonov DV. Psychopathological Features of Remission Formation after a First Psychotic Episode in Adolescence. *Psychiatry*. 2019;17(4):57–64. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-4-57-64>.

There is no conflict of interest

### ВВЕДЕНИЕ

Проблема психотических расстройства, манифестирующих в юношеском возрасте, многие годы остается в центре внимания исследователей [1–3]. Своеобразие течения болезни, обусловленное незавершенностью

формирования физиологических систем в этом возрасте [4] и незрелостью психики, высокая социальная значимость последствий заболевания, таких как выпадение личности из социума [5, 6], суицидальный риск [7], снижение когнитивных способностей в раннем

возрасте [8, 9], позволяют считать манифестные юношеские психозы одной из актуальных проблем современной психиатрии. Выделены и подробно описаны разнообразные варианты течения острых психотических состояний [10, 11], особенности дефицитарных расстройств на начальных этапах юношеского эндогенного приступообразного психоза [12]. Ряд работ посвящен оценке качества и типологии устоявшейся ремиссии [13, 14]. При достаточной изученности непосредственно психотических приступов [15], процесс формирования ремиссии после перенесенного психотического состояния изучен фрагментарно, оставляя множество вопросов нерешенными. В большинстве исследований качество ремиссии оценивается ретроспективно [16, 17].

Настоящее исследование посвящено результатам проспективного наблюдения за больными юношеского возраста — от манифестации эндогенного психоза до этапа становления ремиссии.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление клинико-психопатологических особенностей становления ремиссии после перенесенного первого психотического приступа в юношеском возрасте; определение клинико-патогенетических закономерностей и критериев прогноза дальнейшего течения заболевания.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 56 пациентов мужского пола юношеского возраста (16–25 лет), перенесших манифестный эндогенный психотический приступ (F20, F25). Пациенты обследовались на высоте психотического состояния и в дальнейшем в течение 3 лет до момента полной редукции либо значимого послабления психотической симптоматики. Обследования производились как во время стационарного, так и амбулаторного лечения в отделе юношеской психиатрии (заведующий отделом доктор медицинских наук В.Г. Каледа) ФГБНУ НЦПЗ (директор проф. Т.П. Ключник) в 2014–2019 гг. Все пациенты подписывали информированное согласие на участие в обследовании и динамическом наблюдении. Проведенное исследование соответствовало принципам и положениям Хельсинкской декларации 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ.

Критериями включения были юношеский возраст, манифестное острое психотическое состояние, удовлетворяющее критериям диагноза шизофрении (F20) или шизоаффективного психоза (F 25) по МКБ-10. Критериями невключения являлись соматические, неврологические и психические заболевания, затрудняющие исследование.

Наиболее часто (25 больных; 44,64%) первый приступ имел аффективно-бредовую структуру с доминированием острого чувственного бреда, развившегося

на фоне отчетливого депрессивного либо маниакального аффекта. В 18 случаях (32,14%) приступы имели галлюцинаторно-бредовую структуру с преобладанием интерпретативного бреда с вербальными обманами восприятия, отчетливым психотическим аффектом, резко выраженными кататоническими расстройствами обоих полюсов. На первый план выступали проявления симптома Кандинского–Клерамбо с бредовыми идеями преследования и воздействия. У 13 больных (23,22%) в структуре приступа преобладали кататонические расстройства преимущественно гипокинетического полюса с заторможенностью, негативизмом, доходящим до уровня мутизма и отказа от приема пищи, с дезорганизацией психической деятельности и явлениями онейризма. В отдельных случаях возникали эпизоды психомоторного возбуждения. Кататоническими расстройствами сопутствовали малосистематизированные бредовые идеи, зачастую примитивные, инфантильные по содержанию, а также вербальные обманы восприятия (табл. 1).

Большинство представителей изучаемой группы учились в вузе либо завершили высшее образование.

Большая часть больных выборки обнаруживала высокий уровень социально-трудовой адаптации. При оценке конституционально-личностной структуры выявлено преобладание шизоидных черт (32 больных; 57,1%).

Инициальный этап психоза у 39 больных (71%) характеризовался тимопатическими расстройствами с преобладанием тревоги, чувства внутренней напряженности, нарастанием аттенуированной психотической симптоматики, в последующем преформированной в психические расстройства, определяющие клиническую картину психоза. Подобные состояния развивались исподволь и длились около 4–6 мес. В 16 наблюдениях (29%) инициальный этап был коротким, не более 1,5–2 нед., а острые психотические расстройства формировались по типу «внезапного озарения».

Средний возраст манифестации психоза составил  $19,8 \pm 2,5$  года. В большинстве наблюдений (36; 64,3%) первый приступ развился аутохтонно. Следует отметить, что у четверти больных психотическое состояние манифестировало после начала употребления ПАВ.

В настоящей статье представлены результаты проспективного изучения психопатологических особенностей становления ремиссии после манифестного психотического приступа, перенесенного в юношеском возрасте.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования выделено 3 этапа становления ремиссии: (1) этап редукции и модификации психотических расстройств, (2) этап стабилизации психических функций, (3) этап реинтеграции психических функций (рис. 1).

**Первый этап становления ремиссии**, или этап редукции и модификации ведущей психотической

**Таблица 1.** Социально-трудовая характеристика больных и особенности доманифестного этапа при разных типах психоза

**Table 1.** Social and labor characteristics of patients and features of the preclinical stage in various type of psychosis

Параметры/Parameters	Тип первого приступа/type of first psychosis								
	Аффективно-бредовой/Affective-delusional		Галлюцинаторно-бредовой/Hallucination and delusion		Кататоно-бредовой/Catatonia and delusion		Итого/Total		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
<b>Всего больных</b>	<b>25</b>	<b>44,64</b>	<b>18</b>	<b>32,14</b>	<b>13</b>	<b>23,22</b>	<b>56</b>	<b>100,00</b>	
<b>Полученное образование/Education</b>									
Неполное среднее	0	0,00	2	3,57	0	0,00	2	3,57	
Полное среднее	5	8,93	3	5,36	4	7,14	12	21,43	
Специальное среднее	3	5,36	4	7,14	2	3,57	9	16,07	
Неоконченное высшее	12	21,43	5	8,93	2	3,57	19	33,93	
Высшее	5	8,93	4	7,14	5	8,93	14	25,00	
<b>Социально-трудовой статус/Social state and employment</b>									
Не работает, не учится	0	0,00	2	3,57	2	3,57	4	7,14	
Учащийся школы	0	0,00	2	3,57	0	0,00	2	3,57	
Студент техникума/колледжа	3	5,36	3	5,36	4	7,14	10	17,86	
Студент вуза	9	16,07	3	5,36	2	3,57	14	25,00	
Неквалифицированный труд	8	14,29	1	1,79	2	3,57	11	19,64	
Специалист со средним образованием	2	3,57	5	8,93	0	0,00	7	12,50	
Специалист с высшим образованием	3	5,36	2	3,57	3	5,36	8	14,29	
<b>Характер преморбиды/Premorbid personality</b>									
Гипертимные	5	8,93	3	5,36	1	1,79	9	16,07	
Шизоиды	Стеничные	3	5,36	2	3,57	3	5,36	8	14,29
	Сензитивные	6	10,71	5	8,93	2	3,57	13	23,21
	Истерошизоидные	2	3,57	2	3,57	2	3,57	6	10,71
	Дефицитарные	1	1,79	2	3,57	2	3,57	5	8,93
	Всего шизоиды	12	21,43	11	19,64	9	16,07	32	57,14
Эмоционально-неустойчивые	4	7,14	1	1,79	1	1,79	6	10,71	
Паранойальные	2	3,57	1	1,79	1	1,79	4	7,14	
Психастенический	2	3,57	2	3,57	1	1,79	5	8,93	
<b>Характеристика инициального этапа/Initial stage</b>									
Неврозоподобный	0	0,00	1	1,79	1	1,79	2	3,57	
Психопатоподобный	5	8,93	4	7,14	1	1,79	9	16,07	
Паранойальный	2	3,57	2	3,57	1	1,79	5	8,93	
Тимопатический	19	33,93	14	25,00	7	12,50	40	71,43	
<b>Экзогенные провоцирующие факторы/Exogenous factors</b>									
Отсутствие	17	30,36	10	17,86	9	16,07	36	64,29	
Психогении	2	3,57	1	1,79	1	1,79	4	7,14	
Соматогении	1	1,79	2	3,57	0	0,00	3	5,36	
Употребление ПАВ	5	8,93	5	8,93	3	5,36	13	23,21	

симптоматики, определялся снижением уровня дезорганизации психики и постепенным угасанием приступообразующих психотических феноменов. У 21 больного (37,8%) редукция психотической симптоматики происходила равномерно, у 35 (62,2%) — имела альтернирующий характер. При отсутствии адекватного признания пациентами болезненности своего состояния снижалась интенсивность ощущения актуальности и эмоциональной значимости психотических переживаний. С течением времени начинало формироваться рациональное отношение к болезни с формальным толкованием особенностей состояния. При этом формирование критики сочеталось как с продуктивной симптоматикой (остаточными нарушениями мышления, обманами восприятия), так и с проявлением негатив-

ных расстройств, что затрудняло адекватную оценку больными своего состояния и вызывало амбивалентное отношение к необходимости лечения. Средняя продолжительность этого этапа составила  $32 \pm 6,4$  дня.

**Второй этап становления ремиссии**, или этап стабилизации психических функций, определялся деструкцией приступообразующих феноменов, появлением постпсихотических аффективных и неврозоподобных расстройств на фоне дефицитарной и резидуальной психотической симптоматики. В зависимости от преобладающей симптоматики выделено 4 варианта течения второго этапа.

**I вариант**, с преобладанием аффективных расстройств (34 больных; 60,7%), характеризовался появлением расстройств депрессивного спектра,

развившихся вскоре после редукции приступообразующей симптоматики и неконгруэнтных ей. Выявлено два типа постпсихотических депрессий: с позитивной и негативной аффективностью.

При возникновении *депрессивных расстройств с позитивной аффективностью* (16 больных; 28,6%) на первый план выступало стойкое снижение настроения с чувством тоски, утратой прежней продуктивности, неспособностью испытывать яркие эмоции. Обращали на себя внимание гипертрофированные тревожные реакции с формированием реактивных идей малоценности, бесперспективности, доходившие до уровня тревожной ажитации с появлением суицидальных мыслей. Больные ощущали себя беспомощными, тяготились зависимостью от родных и близких, неспособностью активно включиться в учебу, работу. Окружающий мир воспринимался пациентами серым, мрачным, тусклым. Тяготясь снижением работоспособности, молодые люди в тоже время оставались безынициативными, пассивными, не видели смысла в борьбе за выздоровление, ожидая скорого рецидива или считая текущее состояние необратимым. Особую опасность представляли возникающие на высоте депрессивного аффекта антивитальные идеи, выявленные у 12 пациентов (75%) данной подгруппы. Эти размышления имели драматическую окраску и были связаны со страхом полной потери социальных контактов, интеллектуального и эмоционального снижения, инвалидности. Длительность данного этапа составляла  $47 \pm 11$  дней.

*Постпсихотические депрессии с негативной аффективностью* были отмечены в 18 случаях (32,1%). Спектр нарушений в этой подгруппе простирался от

астенических (7 больных; 38%) с психоэмоциональной хрупкостью, лабильностью и быстрой истощаемостью, тревожно-ипохондрическими реакциями, явлениями «моральной ипохондрии» до апатических состояний (11 больных; 62%), представленных слабостью побуждений, аффективной уплощенностью, ангедонией, пассивностью вплоть до полного равнодушия к окружающему. Для этих больных было характерно избегающее поведение с реакциями отказа и раздражительной слабостью. Доминировал сниженный фон настроения с преобладанием пассивности, безразличия к происходящему вокруг. Данные расстройства в последующем редуцировались лишь отчасти, в значительной мере амальгамируясь с личностными изменениями. Подобные депрессивные эпизоды имели склонность к затяжному (до 10 мес.) течению, значительно превышающему длительность острого периода психотических расстройств. Изменялся характер взаимоотношений больных с окружающим миром: формировалось пессимистическое мировоззрение с нарастающим эгоцентризмом, стремлением оберегать себя от возможных стрессов и любых нагрузок. 47% больных данной группы в течение года так и не приступили к обучению/труду, предпочитая проводить время за необременительными занятиями. Данные расстройства отчетливо снижали эффективность реабилитационных мер, препятствовали реинтеграции пациентов в социум, приводили к необходимости перехода на домашнее обучение, оформления академических отпусков, увольнению с работы. Длительность данного этапа составляла  $10 \pm 2,3$  мес.

*II вариант этапа стабилизации* определялся преобладанием резидуальных психотических расстройств

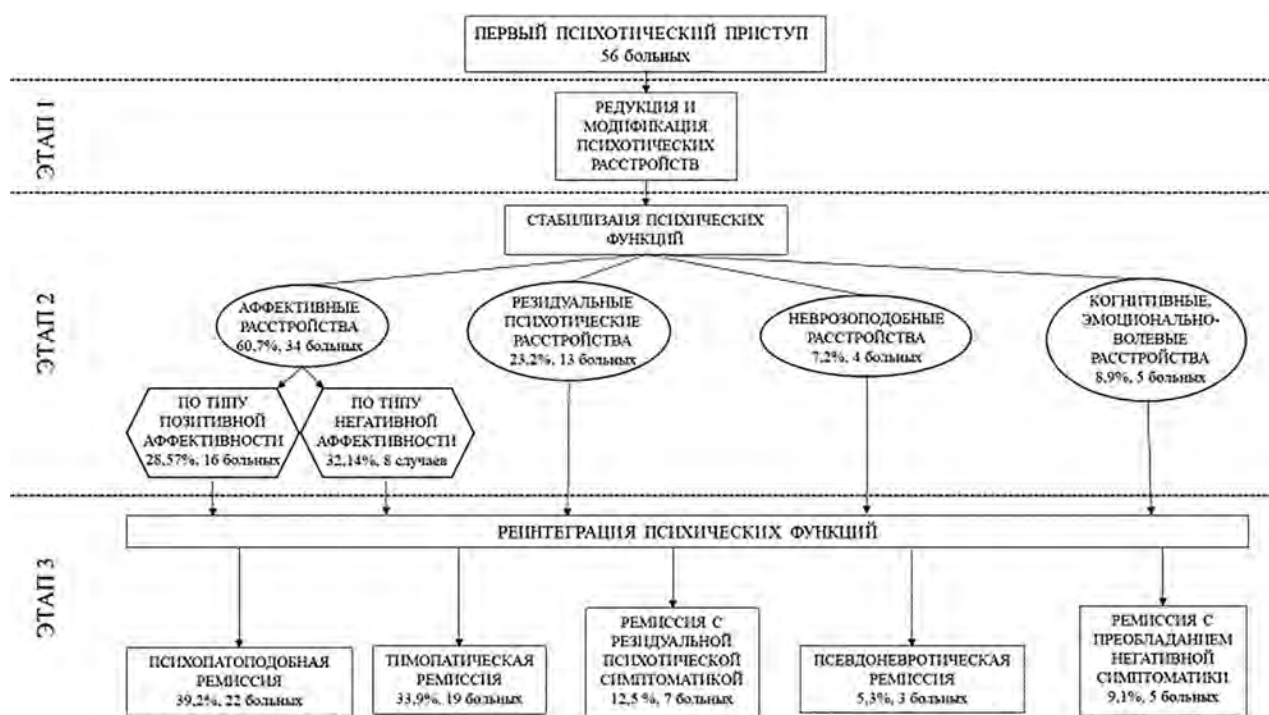


Рис. 1. Этапы становления ремиссии после первого психотического приступа в юношеском возрасте

Fig. 1. Stages of remission formation after the first psychotic episode in adolescents

(13 больных; 23,2%), входивших в структуру острого приступа. Потеря актуальности, субпсихотические расстройства продолжали влиять на особенности поведения и образ жизни больных. При этом типе становления ремиссии после довольно быстрого снижения интенсивности бредовых и галлюцинаторных расстройств их полная редукция была значительно замедлена и неравномерна. Моменты формирования частичной критики чередовались с кратковременными эпизодами полной ее утраты на высоте актуализации психотических переживаний. Остаточные психопатологические феномены были представлены резидуальными ретроспективными бредовыми идеями и вербальными обманами восприятия, носящими эпизодический, зачастую функциональный характер. Слуховые обманы восприятия носили отрывочный комментирующий характер. Несмотря на наличие формальной критики, пациенты оставались напряженными и подозрительными. После редукции ведущей психотической симптоматики больные стремились вернуться к привычному образу жизни, при этом часто сталкивались с проблемами адаптации из-за сохранения идей отношения, особого значения, ущерба. Сопутствующие постпсихотическому состоянию астенические расстройства, нарушения концентрации внимания они приписывали необходимости сохранять бдительность, внимательно отслеживать поступки окружающих. На первый план, помимо субпсихотической симптоматики, у больных выходили снижение психоэмоциональной устойчивости, повышенная утомляемость, заострение личностных черт. Длительность данного этапа составляла  $5 \pm 1,4$  мес.

*III вариант этапа стабилизации* отличался преобладанием неврозоподобных расстройств (4 больных; 7,2%), формированием различного рода навязчивых движений и мыслей, изолированных фобий: страха темноты, одиночества, реальных и фантастических объектов, периодическими вегетососудистыми нарушениями с выраженным диэнцефальным компонентом. Обсессии носили преимущественно идеаторный, абстрактный характер, отличались нелепостью содержания и устойчивостью к медикаментозной терапии. Следует отметить высокий уровень социальной дезадаптации больных с такой симптоматикой. Длительность данного этапа составляла  $9 \pm 1,3$  мес.

*IV вариант этапа стабилизации* (5 больных; 8,9%) определялся выраженными когнитивными и эмоционально-волевыми расстройствами. На первый план выступали нарушения подвижности психических процессов, снижение интеллектуальной работоспособности, нарушение избирательности и устойчивости внимания, трудности сосредоточения, усвоения и переработки информации, формулировании собственных мыслей. Становились отчетливыми инфантильные черты с зависимостью от родных при утрате симпатии к ним, формированием «рационального, потребительского» отношения к близким. Во взаимоотношениях с окружающими нарастали иждивенческие тенденции. При этом варианте, наряду с чертами психического инфан-

тизма, отмечалось снижение психической активности, сужение круга интересов, происходило обеднение «эмоционального резонанса», погруженность во внутренние переживания и фантазии, отгороженность в поведении. Расстройства мышления характеризовала низкая степень когнитивной структурированности, избирательность восприятия мира, разрушение целостности основных психических процессов. Формировалось ущербное, болезненно искаженное представление об окружающем мире и себе: больные выбирали способы взаимодействия с миром, приводившие к ошибкам, конфликтам с окружающими. Эти расстройства становились все более очевидными по мере редукции продуктивных психотических расстройств, в первую очередь обманов восприятия и дезактуализации ведущих бредовых идей. При этом сохранялись ярко выраженные аффективные колебания, на высоте которых вышеописанная симптоматика на непродолжительное время проявлялась вновь. Однако в целом на этом этапе становления ремиссии на первый план выступали заторможенность и нарастающая аутизация, потеря интереса к какой-либо деятельности, аффективная уплощенность, эмоциональная нивелировка с равнодушным отношением к окружающим, выраженные когнитивные нарушения с неспособностью усваивать новую информацию. После перенесенного приступа утрачивались прежние интересы, деятельность больных сводилась к монотонной активности, удовлетворению примитивных потребностей. Больные не смогли полноценно продолжить обучение, были вынуждены оставить учебные заведения. Длительность данного этапа составляла  $8 \pm 1,7$  мес.

Следует отметить, что на втором этапе становления ремиссии у большинства больных (41 случай; 73%) были отмечены кратковременные депрессивные состояния по типу «депрессии осознания болезни». Данные состояния носили кратковременный (до двух недель) характер и определялись гипернозогнозией. Больные осознавали болезненный характер охвативших их переживаний, хрупкость своей психики, погружались в размышления о возможных рецидивах и вытекающей из этого собственной несостоятельности и беспомощности. Данные состояния успешно купировались с помощью психотерапевтического воздействия.

**Третий этап становления ремиссии** — этап реинтеграции психических функций. Ключевым для этого этапа было формирование сочетания негативных расстройств с сохранившимися личностными ресурсами, что во многом определяло постприступный уровень социальной и трудовой реадaptации больного. На данном этапе заканчивался процесс «дозревания» ремиссии и после того, как был достигнут максимум использования адаптационных ресурсов личности, отмечалось изменение психической сферы, дающее возможность охарактеризовать целостную картину ремиссии.

Возникающие на этом этапе психопатологические явления, такие как аффективные колебания, транзиторная субпсихотическая симптоматика,

неврозоподобные расстройства, постприступные расстройства личности определяли картину установившейся ремиссии.

Картина ремиссий с преобладанием негативной симптоматики (5 больных; 9,1%), резидуальных психотических расстройств (7 больных; 12,5%), неврозоподобных расстройств (3 больных; 5,3%) по своей сути схожа с соответствующими вариантами второго этапа становления ремиссии. После того, как адаптационные ресурсы исчерпывали себя, интенсивность симптоматики снижалась, тем не менее расстройства не редуцировались в полной мере, значительно влияя на качество и образ жизни больных. Стоит отметить, что 24 больных (43,0%) в течение года после установления ремиссии с редуцированной психотической симптоматикой перенесли повторные психозы. Тимопатические ремиссии (19 больных; 33,9%) характеризовались как аффективной лабильностью с частыми аутохтонными колебаниями настроения, так и устойчивой дистимией с элементами ангедонии, формированием пессимистического взгляда на жизнь, ухудшением концентрации внимания, отсутствием побуждений к активности. Картина ремиссий с преобладанием психопатоподобных расстройств (22 больных; 39,2%) определялась появлением личностных черт, ранее не свойственных больным, либо заострением уже имевшихся черт до уровня утрированных, гротескных.

Подводя итоги, необходимо отметить, что в течение 3 лет после возникновения манифестного психотического состояния 43 больных (77%) смогли в полной мере вернуться к прежнему образу жизни; 11 больных (20%) были вынуждены избегать высоких психоэмоциональных нагрузок, заниматься деятельностью, не требующей высокой концентрации внимания. У 2 больных (3%) по заключению МСЭ была выявлена стойкая утрата трудоспособности.

Следует отметить особенности, привносимые в картину болезни возрастным фактором. Юношеским возрастом и связанной с ним незавершенностью формирования психики определялись полиморфизм

и незавершенность психотической симптоматики, высокая выраженность когнитивных расстройств. Юноши были склонны с большей критичностью относиться к эмоционально-волевым и когнитивно-мнестическим нарушениям, чем к проявлениям продуктивных психотических расстройств. Черты инфантилизма, подростковой протестности, сочетающейся с зависимостью от общественного мнения, определяли высокую подверженность процессам стигматизации, частоту возникновения антивитаальных размышлений и суицидальных мыслей. Больные значительно переоценивали свои личностные ресурсы, стремились как можно раньше прервать прием психофармакотерапии — 27 больных (48,6%) хотя бы раз самостоятельно прекращали прием медикаментов.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В рамках проведенного многолетнего проспективного исследования была отслежена динамика становления ремиссии после перенесенного первого психотического приступа с выявления характеристик, позволяющих прогнозировать качество формирующейся ремиссии и уровень социально-трудоустройственной адаптации после выхода из психотического состояния. Вне зависимости от структуры психотического приступа, процесс становления ремиссии занимал от 1,5 до 2,5 года и проходил три этапа: редукции и модификации психотической симптоматики, стабилизации психических функций и реинтеграции психических функций. Наибольшее прогностическое значение обнаруживают непосредственно постприступные феномены, при этом выраженное проявление негативной симптоматики сигнализирует о последующих трудностях ресоциализации и реадaptации больных. Своеобразие в процесс становления ремиссий вносит возрастной фактор — присущие юношескому возрасту импульсивность и максимализм снижают приверженность больных лекарственному и психотерапевтическому лечению, увеличивают суицидальный риск.

### ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Lally J, Ajnakina O, Stubbs B, et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *British Journal of Psychiatry*. 2017;211(06):350–358. [https://doi: 10.1192/bjp.bp.117.201475](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.117.201475).
2. Гурович ИЯ, Шмуклер АБ, Магомедова МВ и др. Динамика ремиссии у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством после первых психотических приступов: длительная поддерживающая терапия оланзапином. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2005;15(1):53–56.  
Gurovich IYa, Shmukler AB, Magomedova MV, et al. Dinamika remissii u bol'nyh shizofreniej i shizoafektivnym rasstrojstvom posle pervyh psihoticheskikh
3. Omel'chenko MA, Golubev SA, Nikiforova IYu, Kal'eda VG. Risk manifestacii endogennyx psixozov u bol'nyx s nepсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(6):14–20.  
Omel'chenko MA, Golubev SA, Nikiforova IYu, Kal'eda VG. Risk manifestacii endogennyx psixozov u bol'nyx s nepсихотическими психическими расстройствами unosheskogo vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(6):14–20. (In Russ.).

4. Лебедева ИС, Каледа ВГ, Бархатова АН. Нейрофизиологические характеристики когнитивных функций у больных с первым приступом эндогенного психоза юношеского возраста. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;107(2):12–20.  
Lebedeva IS, Kaleda VG, Barxatova AN. Nejfiziologicheskie karakteristiki kognitivny`x funkcij u bol`ny`x s pervy`m pristupom e`ndogennogo psixoza yunosheskogo vozrasta. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(2):12–20. (In Russ.).
5. Addington J, Saeedi H, Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2006;189(04):373–378. <https://doi:10.1192/bjp.bp.105.021022>
6. Barnes TR, Leeson VC, Mutsatsa SH, et al. Duration of untreated psychosis and social function: 1-year follow-up study of first-episode schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*. 2008;193(03):203–209. <https://doi:10.1192/bjp.bp.108.049718>.
7. Куликов АВ. Суицидальное поведение у детей и подростков с эндогенными заболеваниями. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2007;107(8):15–23.  
Kulikov AV. Suicidal`noe povedenie u detej i podrostkov s e`ndogenny`mi zabolevanijami. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2007;107(8):15–23. (In Russ.).
8. Каледа ВГ, Плужников ИВ, Олейчик ИВ, и др. Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста. *Психиатрия*. 2013;59(3):16–23.  
Kaleda VG, Pluzhnikov IV, Olejchik IV, et al. Neuro-psychological approach in investigation cognitive deficit in juvenile mental disorders. *Psychiatry*. 2013;59(3):16–23. (In Russ.).
9. Torgalsbøen A-K, Mohn C, Czajkowski N, Rund BR. Relationship between neurocognition and functional recovery in first-episode schizophrenia: Results from the second year of the Oslo multi-follow-up study. *Psychiatry Research*. 2015;227(2–3):185–191. <https://doi:10.1016/j.psychres.2015.03.037>.
10. Пападопулос ТФ. Острые эндогенные психозы (психопатология, систематика). М.: Медицина;1975.  
Paradopoulos TF. Ostry`e e`ndogenny`e psixozy` (psixopatologiya, sistematika). М.: Medicina; 1975. (In Russ.).
11. Абрамова ЛИ. Социально-трудовое функционирование в периоды активного течения и стабилиза-ции при приступообразной шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 1992;1:96–101.  
Abramova LI. Social'no-trudovoe funkcionirovanie v periody aktivnogo techenija i stabilizacii pri pristupoobraznoj shizofrenii. *Social'naja i klinicheskaja psixiatrija*. 1992;1:96–101. (In Russ.).
12. Бархатова АН. Клинико-психопатологические аспекты дефицитарных расстройств в структуре начальных этапов юношеского эндогенного психоза. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2015;115(9):8–16. <https://doi:10.17116/jnevro2015115918-16>.  
Barkhatova AN. Clinical and psychopathological aspects of deficit disorders in the structure of initial stages of youth-onset endogenous psychosis. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(9):8–16. (In Russ.). <https://doi:10.17116/jnevro2015115918-16>.
13. Мелехов ДЕ. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. М.; 1963.  
Melexov DE. Klinicheskie osnovy` prognoza trudosposobnosti pri shizofrenii. М.; 1963. (In Russ.).
14. Свердлов ЛС, Галанин ИВ, Скорик АИ. О механизмах развития рецидива при эндогенных психозах: длительность ремиссий при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1991;91(1):89–94.  
Sverdlov LS, Galanin IV, Skorik AI. O mehanizmah razvitija recidiva pri jendogennyh psixozah: dlitel'nost' remissij pri shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1991;91(1):89–94. (In Russ.).
15. Каледа ВГ. Первый психотический эпизод юношеского эндогенного психоза и его типологические разновидности. *Психиатрия*. 2006;22–24(4–6):7–15.  
Kaleda VG. Pervy`j psixoticheskij e`pizod yunosheskogo e`ndogennogo psixoza i ego tipologicheskie raznovidnosti. *Psychiatry*. 2006;22–24(4–6):7–15. (In Russ.).
16. Коцюбинский АП, Скорик АИ, Аксенова ИО. Шизофрения. Уязвимость–диатез–стресс–заболевание. Гиппократ; 2004:88–104.  
Koczyubinskij AP, Skorik AI, Aksenova IO. Shizofreniya. Uyazvimost`–diatez–stress–zabolevanie. Gippokrat; 2004:88–104. (In Russ.).
17. Santesteban–Echarri O, Paino M, Rice S, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*. 2017;58:59–75. <https://doi:10.1016/j.cpr.2017.09.007>.

**Информация об авторе**

*Тихонов Денис Витальевич*, научный сотрудник, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия. ORCID ID 0000-0003-3001-7842

E-mail: [denvt@list.ru](mailto:denvt@list.ru)

**Information about the author**

*Denis V. Tikhonov*, Researcher, «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID ID 0000-0003-3001-7842

E-mail: [denvt@list.ru](mailto:denvt@list.ru)

**Автор для корреспонденции/Corresponding author**

*Тихонов Денис Витальевич/Denis V. Tikhonov*

E-mail: [denvt@list.ru](mailto:denvt@list.ru)

Дата поступления 08.08.2019

Date of receipt 08.08.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019