

## ПЕРЕЖИВАННЯ ПСИХОТИЧНОГО ЕПІЗОДУ ЯК ТРАВМУЮЧОЇ ПОДІЇ В ЕНДОГЕННИХ ХВОРИХ PSYCHOTIC EPISODE AS A TRAUMATIC EVENT IN ENDOGENOUS PATIENTS

У статті розглядається посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у відповідь на психоз та пов'язані з ним переживання (ПТСР, переживання, пов'язані із психозом, – ПП-ПТСР), що є предметом зростаючої галузі досліджень. Повідомляється про широкий діапазон поширеності ПП-ПТСР. Проведене автором дослідження вказує на зв'язок з дефініційними та методологічними невідповідностями в оцінці ПП-ПТСР. З метою оцінки травматогенних ефектів психозу були обстежені пацієнти, які перенесли психози ендегенного і екзогенного походження. В дослідженні запропонований клініко-психопатологічний та клініко-психологічний інструментарій для виявлення ризиків формування психоз-асоційованої травми та посттравматичного стресового розладу, а також значення дисоціативних механізмів у розвитку травматичних ефектів через дослідження в Комунальному некомерційному підприємстві Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» пацієнтів з первинними психозами двох основних груп – ендегенної (шизофренічні психози – діагнози за МКБ-10 F 20.0, F 20.1) і екзогенної (металкогольні, інтоксикаційні психози – діагнози за МКБ-10 F 10.4, F 12.5, F15.5). Дослідження мало завдання розглянути психоз в аспекті травматичного впливу. Серед учасників були 63 особи з першим та повторними психотичними епізодами, набрані із стаціонарного психіатричного відділення Обласного психіатрично-наркологічного медичного об'єднання. Обраний інструментарій дозволив оцінити травматичні ефекти психотичного стану з позицій традиційних критеріїв посттравми і з урахуванням індивідуальних особливостей перенесеного психозу. Оцінювалася наявність взаємозв'язків між показниками шкали оцінки впливу травматичної події, кількістю асоціацій і латентним періодом в асоціативному експерименті на основі індивідуального «словника травми»; між семантичними рядами нейтрального, загальноприйнятого травматичного й індивідуального травматичного змісту (для відповіді на питання про те, наскільки травматогенним є сам зміст і семантика психозу); між структурою психотичного стану і показниками шкали оцінки впливу травматичної події для відповіді на питання про те, як пов'язаний перебіг та форма психозу з імовірністю розвитку симптомів ПТСР.

**Ключові слова:** психотичний епізод, шизофренія, травматична подія, психодіагностика, посттравматичний стресовий розлад.

The article examines post-traumatic stress disorder (PTSD) in response to psychosis and related experiences (PTSD, experiences related to psychosis – PP-PTSD), which is the subject of a growing field of research. A wide range of prevalence of PP-PTSD has been reported, and the author's study indicates a link with definitional and methodological inconsistencies in the assessment of PP-PTSD. In order to assess the traumatogenic effects of psychosis, patients who experienced psychosis of endogenous and exogenous origin were examined. The study offers clinical-psychopathological and clinical-psychological tools to identify risks of psychosis-associated trauma and post-traumatic stress disorder, as well as the importance of dissociative mechanisms in the development of traumatic effects through research in the Municipal Non-Profit Enterprise of Kyiv Regional Council "Regional Psychiatric union" of patients with primary psychoses of two main groups – endogenous (schizophrenic psychoses – diagnoses according to ICD-10 F 20.0, F 20.1) and exogenous (metal, alcohol intoxication psychoses – diagnoses according to ICD-10 F 10.4, F 12.5, F15.5). The study aimed to consider psychosis in terms of traumatic impact. Among the participants were 63 people with the first and repeated psychotic episodes, recruited from the inpatient psychiatric department of the Regional Psychiatric and Narcological Medical Association. The selected tools allowed to assess the traumatic effects of the psychotic state from the standpoint of traditional criteria of post-trauma and taking into account the individual characteristics of the transferred psychosis. The presence of relationships between the indicators of the scale of assessment of the impact of a traumatic event, the number of associations and the latency period in the associative experiment was assessed on the basis of an individual "dictionary of trauma"; between semantic series of neutral, generally accepted traumatic and individual traumatic content (to answer the question of how traumatogenic is the content and semantics of psychosis); between the structure of the psychotic state and the indicators of the scale of assessment of the impact of a traumatic event to answer the question of how the course and form of psychosis are related to the likelihood of developing PTSD symptoms.

**Key words:** psychotic episode, schizophrenia, traumatic event, psychodiagnostics, post-traumatic stress disorder.

УДК 159.9.07  
DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.29.20>

**Черняк А.В.**

аспірант кафедри психодіагностики та клінічної психології  
Київський національний університет імені Тараса Шевченка

Виникнення психотичного розладу може бути руйнівним явищем для людини, що суттєво вплине на сприйняття себе, самооцінку та здатність адекватно функціонувати [15, с. 37]. Психотичні симптоми та досвід лікування можуть призвести до симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) [1, с. 347], подібних до тих, що спостерігаються в осіб, які пережили такі травматичні події, як катастрофи та жорстокість.

Психотичні симптоми, такі як імперативні галюцинації з тенденцією заподіяння шкоди собі чи іншим, марення переслідування, або дезорганізована поведінка, можуть призвести до фобічних реакцій. Примусові втручання, такі як мимовільна госпіталізація, ізоляція / обмеження та примус до прийому ліків, можуть надати додаткову травму [20, с. 9].

Завданнями нашого дослідження є такі: оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані

з психотичними симптомами та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодами, за допомогою якісних методів; зробити порівняльний аналіз особливостей та різниці проявів посттравматичних симптомів після ендогенного та психогенного психозу; розробити керівні принципи клінічної практики з діагностики посттравматичних симптомів у пацієнтів з первинним психотичним епізодом; вивчити умови формування, клінічні закономірності розвитку посттравматичних симптомів після психозу і визначити особливості його перебігу і наслідків [15, с. 865]; визначити прогностичну і диференційно-діагностичну значимість окремих клінічних та клініко-патогенетичних параметрів посттравматичних симптомів після психозу; обґрунтувати клінічно адекватні підходи до вибору методів терапії і профілактики посттравматичних симптомів після психозу.

У літературі, що стосується психологічних реакцій на психози (шизофренічні психози – діагнози за МКБ-10 F20.0, F20.1) (МКБ-10, 1994) та їх лікування, наголошується як на постпсихотичній депресії, так і на постпсихотичних симптомах ПТСР. Фактично ПТСР зараз розглядається як вторинна психічна хвороба після психозу. Понад 20 років тому Шанер повідомляв про те, як у людини розвинулися симптоми після шизофренічного епізоду, які відповідали ПТСР [3, с. 67]. Ці симптоми включали повторне переживання травматичної події (подій), уникнення пов'язаних з травмою подразників та надмірне збудження. З тих пір понад 17 досліджень повідомляють про високий рівень постпсихотичних симптомів ПТСР, пов'язаних з психотичним досвідом [4, с. 59]. Реакція на психоз та його лікування додатково ускладнюється наслідками психічного захворювання, анозогнозією та соціальною стигмою щодо

психічних захворювань. Особи на початку психозу часто уникають професійної допомоги через стурбованість стигмою, а негативні наслідки інтерналізації стигми на функціонування та самопочуття були добре задокументовані.

Під час вивчення психозів та травм були значні докази, що підтверджують підвищений рівень травматизму при психозах та шизофренії. ПТСР часто зустрічається внаслідок психологічної травми серед людей з психозом. Поточний рівень ПТСР повідомляється в різних дослідженнях від 25 до 48% у цій популяції, майже в десять разів вищий, ніж у загальної сукупності [23, с. 529].

Ці травматичні життєві події, поряд із травматичним досвідом психотичних епізодів та психіатричного лікування, концентрують увагу на необхідності зменшення наслідків постпсихотичної травми у цій популяції [16, с. 273].

Було оцінено двадцять одне дослідження ПП-ПТСР із показником поширеності від 11 до 51%. У чотирнадцяти дослідженнях (67%) використовувались потужні заходи виміру ПТСР, але ПП-травма не була конкретно визначена або оцінена валідованими заходами. Одинадцять досліджень (52%) оцінювали ПТСР до того, як минув достатній час після травми. Через значні методологічні обмеження неможливо було переглянути показники ПП-ПТСР та надати переглянуту оцінку поширеності [5].

Існують труднощі щодо виявлення найгіршої травматичної події, пов'язаної з психозом, можливо тому, що, як і при ПТСР через фізичну хворобу [2, с. 121] або тривале сексуальне чи фізичне насильство [13, с. 433], досвід психозу може бути хронічним та/або повторюватися з окремими травматичними подіями, що відбуваються протягом тривалого періоду. Тим не менш, факти свідчать,

Таблиця 1

Рейтингова система для оцінки якості досліджень поширеності ПП-ПТСР		
Критерії оцінки	Оцінка психоз-травматичних стресових факторів	Вплив на рівень поширеності
1 Визначення психозів, пов'язаних із травмою	0 = не визначено / незрозуміло, якщо травма пов'язана з психозом 1 = заздалегідь визначений як конкретний аспект психозу (наприклад, мимовільний прийом), так і конкретний епізод (наприклад, поєднаний досвід симптомів та госпіталізація в останній епізод) 2 = самоідентифікований «найгірший момент» психотичної травми	Ризик переоцінки / недооцінки
2 Вимірювання психозів, пов'язаних із травмою	0 = не застосовується жоден захід або процедура не повідомляється 1 = недійсний захід 2 = перевірена міра	Ризик переоцінки / недооцінки
II. Оцінка ПП-ПТСР 3 Час після травми	0 = менше місяця / не повідомляється 1 = можливо менше місяця 2 = принаймні 1 місяць після конкретної події	Ризик завищеної оцінки: Вищий рейтинг якості з меншою поширеністю
4 Інструмент оцінки ПП-ПТСР	Не застосовується = поширеність не повідомляється 0 = самозвіт 1 = перевірене інтерв'ю, включаючи CAPS 2 = CAPS для шизофренії (CAPS-S) або еквівалент (Клінічно введена шкала ПТСР)	Ризик завищеної оцінки: Вищий рейтинг якості з меншою поширеністю

що суб'єктивні загрози, пов'язані з психозом, можуть бути травматичними, що призводить до нав'язливих спогадів, які загрожують «тут і зараз» і призводять до ПП-ПТСР.

Основними цілями огляду було (1) визначити фактори, що посилюють або зменшують стійкість оцінки ПП-ПТСР, та (2) оцінювати докази щодо цих визначених критеріїв, включаючи їх вплив на рівень поширеності ПП-ПТСР.

Визначення факторів, необхідних для надійної та достовірної діагностичної оцінки ПП-ПТСР [10, с. 527], з метою вибору критеріїв для оцінки досліджень ПП-ПТСР було досягнуто у два етапи. По-перше, звернення до літератури про ПТСР, щоб визначити ключові методологічні фактори в загальній оцінці ПТСР [14, с. 33]. По-друге, обговорення критеріїв та досягнення консенсусу щодо основних критеріїв для надійної та достовірної діагностичної оцінки ПП-ПТСР. Наступні фактори були обрані для їх узгодженості з базою даних досліджень,

найкращими практичними клінічними рекомендаціями, а нещодавно переглянуто DSM-5 та запропоновано ICD-11 [13, с. 418] діагностичними критеріями ПТСР. Є чотири фактори, два пов'язані з оцінкою психозу, переживаннями, пов'язаними з психозом, і два з вимірюванням ПП-ПТСР. Вони описані нижче та узагальнені в таблиці 1 разом із гіпотетичним впливом на показники поширеності.

Визначення терміну «травма, пов'язана з психозом» обмежувалось надзвичайно загрозовими конкретними подіями, тим самим мінімізуючи діагноз ПП-ПТСР, де інший діагноз, такий як «постпсихотична депресія», може бути більш доречним [9, с. 35]. Чітке визначення минулих конкретних подій важливо для розрізнення травматичних спогадів про події, пов'язані з психозом, та поточного досвіду, пов'язаного з психозом, з метою мінімізації надмірної оцінки ПП-ПТСР. І навпаки, якщо травматичний стрес натомість апріорі визначений дослідником (наприклад, випадки лише госпіталі-

Таблиця 2  
Травмуючий досвід пацієнтів

Стать	N	%
Чоловіча	36	57.1
Жіноча	27	41.9
Сімейний стан		
Ніколи не одружувались	50	79.4
Одружені	6	9.5
Розлучені	7	11.1
Статус роботи до госпіталізації		
Не працює	46	73.0
Працевлаштовано	17	27.0
Діагностика		
Біполярний розлад	17	27.0
Психотичний розлад	10	15.6
Шизоафективний розлад	12	19.0
Шизофренія	22	34.9
Інші афективні розлади	2	3.2
Травматична подія		
Аварія	28	44.4
Інвалідизація	13	20.6
Фізичний напад з боку сім'ї	37	58.7
Фізичний напад з боку стороннього	30	47.6
Сексуальне насильство в сім'ї	23	36.5
Сексуальне насильство з боку стороннього	21	33.3
Зона бойових дій	1	1.6
Сексуальні контакти у неповнолітній період	27	42.9
Позбавлення волі	16	25.4
Булінг	16	25.4
Хвороба, що загрожує життю	3	4.8
Інша травматична подія	27	42.9
<b>Вік</b>	Mean	SD
	34,43	11,74
Загальна кількість госпіталізацій	8,54	7,03
Загальна кількість психотичних епізодів	8,49	7,14

зації), респондент може повідомити про реакцію на подію (події), відмінну від найгіршого психологічного травматичного досвіду, що призводить до недооцінки ПП-ПТСР [19, с. 8]. Отже, дослідження отримували вищий рейтинг якості, якщо учасники обирали найбільш травмуючу подію, пов'язану з психозом, як у загальнодоступних дослідженнях ПТСР [23, с. 528]. Більш низькі рейтинги можуть бути пов'язані з перевищенням / заниженням оцінки або ПП-ПТСР.

Попри те, що кількісна література задокументувала психологічні реакції на психоз та його лікування, наявний брак даних щодо того, як сприймають психотичні симптоми або досвід примусового лікування саме люди з психозом [17, с. 480]. Якісні методи дослідження – це перспективна стратегія для розуміння суб'єктивного досвіду та пропозиції щодо потенційно корисних підходів до лікування.

Поточне дослідження мало на меті оцінити суб'єктивні переживання, пов'язані з психотичними симптомами та лікуванням у пацієнтів з психотичними епізодом, за допомогою якісних методів. Завданням було дослідити аспекти симптомів та лікування, які сприймалися як травматичні [6, с. 160].

Дослідження було проведено в стаціонарному психіатричному відділенні і було вирішено оцінити учасників якомога швидше після того, як симптоми їх епізоду були стабілізовані, щоб підвищити точність їх сприйняття та емоційних реакцій під час індексних подій.

Вплив травми (наприклад, сексуальне насильство, серйозна аварія) оцінювали за допомогою Шкали оцінки впливу травматичних подій, яка включала 22 пункти, кожен з яких оцінювався як «ніколи / рідко / інколи / часто» [11, с. 158]. Після заповнення анкети учасник був орієнтований на оцінку психологічно травматичних подій, пов'язаних з психотичними симптомами або досвідом лікування.

Був модифікований Міссіпський опитувальник ПТСР через напівструктуроване інтерв'ю, призначене для виявлення посттравматичних реакцій на психози та досвід лікування. Модифікований опитувальник був розділений на два розділи: реакції на психотичні симптоми та реакції на досвід лікування [11, с. 157]. У першому розділі реакцію на психотичні симптоми оцінювали спочатку задавши серію з 15 запитань (наприклад, «Чи викликали у вас симптоми психічної хвороби надзвичайне занепокоєння чи жах?»; «Чи вірили ви, що вам хотіли нашкодити?») [2, с. 121]. Стверджуюча відповідь на будь-який питання супроводжувалася підпитаннями для отримання конкретних прикладів. Після цих запитань учасникам було запропоновано визначити, який досвід у всіх їхніх епізодах був найбільш тривожним, коли вони озирнулись на нього. Процес аналізу даних у цьому дослідженні складався з початкового відкритого кодування відповідей учасника з польових приміток на початкові категорії. Було здійснено остаточний вибірковий процес коду-

вання, який визначив основні теми та концепції [20, с. 53].

Учасники описали ряд травматогенних аспектів психотичних симптомів.

Було виокремлено п'ять тем, що стосуються травматогенних аспектів психозу: (1) лякаючі галюцинації, про які повідомили 23,8% учасників; (2) параноя / марення, про яке повідомили 20,6% учасників; (3) суїцидальні думки / спроби, про які повідомили 15,9% учасників; (4) думки / спроби нанести шкоду іншим, про які повідомили 9,5% учасників; (5) дезорганізована поведінка або кататонія – повідомили 7,9% учасників. Інші категорії включали теми, такі як спалахи минулих зловживань, панічні атаки, манія, втрата опіки над дітьми тощо, про які повідомляли 22,2% учасників [8, с. 5].

Найпоширенішою темою травматогенних аспектів психозу була тема лякаючих галюцинацій, включаючи постійні галюцинації, які тривають роками, за якими слідує думки / спроби заподіяти собі шкоду і наступні думки / спроби заподіяти біль іншим [12, с. 418].

Учасники описали ряд травматогенних аспектів психіатричного лікування. Серед учасників, які пережили принаймні один епізод психозу, виникло п'ять основних тем, що стосуються травматогенних аспектів лікування: (1) тривале перебування в лікарні; (2) побічні ефекти ліків; (3) примусові методи лікування, включаючи мимовільну госпіталізацію, використання обмежувальних засобів та примусові ліки; (4) перебування з іншими пацієнтами; та (5) неетичне поводження з боку робітників психіатричної лікарні, включаючи застосування примусових методів лікування [18, с. 304].

Найчастіше повідомлялося про травматогенні аспекти психіатричного лікування – тривале перебування в лікарні, про яке повідомили 25 учасників (25,8%).

Наступною, найбільш часто повідомлюваною травматичною подією, пов'язаною з лікуванням, було примусове лікування, про яке повідомили 14 пацієнтів (22,6%), включаючи мимовільну госпіталізацію, використання обмежувальних засобів та примусові ліки. Побічні ефекти психотропних препаратів були третім найчастішим травматичним аспектом лікування (про це повідомили 12 учасників; 19,3%). 14,5% учасників повідомляли про неетичне поводження з боку персоналу, не включаючи застосування примусових методів лікування. Учасники також виявили, що вплив інших пацієнтів у лікарні, особливо агресивних, є травматичним. Про це повідомили сім учасників (11,2%).

Результати підтверджують необхідність вирішення питань, пов'язаних з посттравматичними реакціями на психоз у людей з психотичними епізодами. Дані цього дослідження свідчать про необхідність перевірки інтенсивних та негативних емоційних реакцій, які люди часто відчувають під час психотичного епізоду та під час епізодів лікування. Психотерапія може бути запропонована пацієнтам, які демонструють посттравматичні

реакції і повинні звертатися до цих реакцій шляхом валідації, щоб полегшити травматичні реакції на психоз [22, с. 1453].

Таким чином, це якісне дослідження описує досвід людей під час епізодів психозу. Були виявлені численні фактори, що сприяють травматичним аспектам досвіду психотичного епізоду, включаючи примусові аспекти психіатричного лікування. Потрібні подальші дослідження, щоб визначити, як можна вдосконалити послуги з охорони психічного здоров'я, щоб зменшити травми, пов'язані з хворобою, та полегшити одужання.

Висновки цього дослідження розширяють результати попередніх досліджень із залученням переважно хворих з першим психотичним епізодом. Травматичні життєві події будуть проаналізовані з різними наслідками психозу, включаючи підвищений ризик психотичних розладів з послабленими позитивними психотичними симптомами [13, с. 57]. Адаже вплив травми пов'язаний з різними психічними розладами, і тому специфіка впливу психозу на травму залишається незрозумілою [7, с. 175]. Це дослідження піднімає дві недостатньо вивчені галузі: специфіка між травмою та психозом щодо інших розладів, які часто є наслідком посттравми, та запропоновані механізми, які пов'язують травму з психозом. Дослідження основного зв'язку між впливом травми та всім спектром психозу, з впливом типу конкретних психотичних симптомів. Надалі будуть розглядатися важливі методологічні проблеми, які ускладнюють дослідження ПТСР після психозу, клінічні наслідки для даної галузі.

#### ЛІТЕРАТУРА:

- Davidson J.R.T. Diagnostic issues in posttraumatic stress disorder: considerations for the DSM-V. Davidson J.R.T., Foa E.B. J. *Abnorm. Psychol.* 2016. Vol.100. P. 347–355.
- Gearon J.S., Bellack A.S., Tenhula W.N. Preliminary reliability and validity of the Clinician-Administered PTSD Scale for schizophrenia. *Journal of consulting and clinical psychology.* 2014;72(1):121–5.
- Lu W, Mueser KT, Shami A, Siglag M, Petrides G, Schoepp E, et al. Post-traumatic reactions to psychosis in people with multiple psychotic episodes. *Schizophr Res* (2011) 127(1):66–75. doi: 10.1016/j.schres.2011.01.006.
- Myin-Germeys I., Krabbendam L., Jolles J., Delespaul A. P., and van Os J. Are Cognitive Impairments Associated With Sensitivity to Stress in Schizophrenia? An Experience Sampling Study *Am J Psychiatry*, Mar 2012; 159: 443-449.
- Абдельгаффар, В., Уалі, У., Джомлі, Р., Зруб, Ю., і Нацеф, Ф. (2016). Посттравматичний стресовий розлад при психозі першого епізоду: поширеність та супутні фактори. Клінічна шизофренія та пов'язані з нею психози. doi: <http://dx.doi.org/10.3371/csrrp.ABOU.123015>
- Александров Е.О. (2000). Посттравматическое стрессовое расстройство: клиника, лечение. Новосибирск : Сибвузиздат, 2000; 160.

- Аллен, П., Ларой, Ф., Макгуайр, П.К., і Алеман, А. (2008). Галюцинаційний мозок: огляд структурних та функціональних досліджень нейровізуалізації галюцинацій. *Нейронауки та біо-поведінкові огляди*, 32, 175-191. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2007.07.012>

- Американська психіатрична асоціація. (2013). *Діагностично-статистичний посібник психічних розладів (5-е вид.)*. Арлінгтон, Вірджинія.

- Бендалл, С., Альварес-Хіменес, М., Гульберт, К., МакГоррі, П., і Джексон, Х. (2012). Дитяча травма збільшує ризик розвитку посттравматичного стресового розладу у відповідь на психоз першого епізоду. *Журнал психіатрії Австралії та Нової Зеландії*, 46, 35-39. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0004867411430877>

- Беррі, К., Форд, С., Джелліко-Джонс, Л., і Хаддок, Г. (2013). Симптоми ПТСР, пов'язані з переживаннями психозу та госпіталізації: огляд літератури. *Огляд клінічної психології*, 33, 526-538. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2013.01.011>

- Боброва И. Н., Холодковская Е. М. (1975). «Клинические особенности шизофрении в условиях психотравмирующей ситуации». В сб.: «Шизофрения (диагностика, соматические изменения, патоморфоз)». М., 1975; 157 - 160.

- Брунет, К., Берчвуд, М., Уфтегров, Р., Майкл, М., Росс, К. (2012). Проспективне дослідження ПТСР після одужання від психозу першого епізоду: загроза з боку переслідувачів, голосів та терпіння. *Британський журнал клінічної психології*, 51, 418-433. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.2044-8260.2012.02037.x>

- Бітті, Н., Шеннон, К., Кавана, М., та Малхолланд, К. (2009). Провісники симптомів ПТСР у відповідь на психоз та психіатричний прийом. *Журнал нервових та психічних захворювань*, 197, 56-60. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/NMD.0b013e31819273a8>

- Волошин П.В. Посттравматичні стресові розбудови: проблеми лікування та профілактики / П.В. Волошин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов // *Міжнародний медичний журнал.* - 2014. - Т. 10, No 1. - С. 33–38.

- Гитун Т.В., Елисеєв А.Г., Шилов В.Н. (2005). *Полный Медицинский Справочник. Большая медицинская энциклопедия.* М., Эксмо, 865.

- Каледа В. Г., Бархатова А. Н., Стрельцова М. А. (2008). Особенности когнитивных расстройств на этапе становления ремиссии после перенесенного эпизода эндогенного приступообразного психоза в юношеском возрасте // *Материалы III Международного конгресса «Молодое поколение XXI века. Актуальные проблемы социально - психологического здоровья»*, Москва, 273-274.

- Мак-Вильямс Н. (2001). *Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе: пер. с англ.* М.: Независимая фирма «Класс», 2001. 480 с.

- Международная классификация болезней (10-й пересмотр). (1994). *Классификация психических и поведенческих расстройств / под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина, Россия, СПб: Адис; 304.*

- Морган С., Фішер Х. Фактори навколишнього середовища при шизофренії: дитяча травма - критичний огляд. *Шизофр Бик.* 2017; 33: 3–10. [Безкоштовна стаття для PMC] [PubMed] [Google Scholar]

20. Овчинников А.А., Красильников Г.Т., Бохан Н.А., Дресвянников В.Л. Диссоциативный контекст посттравматического стрессового расстройства и алкогольной аддикции. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. М., 2005; 4: 50-59.

21. Розенберг С.Д., Мюзер К.Т., Фридман М.Дж., Горман П.Г., Дрейк Р.С., Відавер Р.М., Торрі Туалет, Янковський М.К. (2018). Розробка ефективних методів лікування посттравматичних розладів серед

людей з важкими психічними захворюваннями. Психіатр серв.; 52: 1453–1461. [PubMed] [Google Scholar]

22. Руднев В.П. Философия языка и семиотика безумия. Избранные работы. М.: Территория будущего, 2007. 528 с.

23. Смулевич А.Б., Колюцкая Е.В, Алмаев А.А., Ильина Н.А., Тухватулина Л.Ш. Посттравматическое стрессовое расстройство при эндогенных заболеваниях. //Психиатрия - 2004, №3. – С.13-20.