

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110>

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ: ОТ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ РЕМИССИИ К ЛИЧНОСТНОМУ ВОССТАНОВЛЕНИЮ

Научная статья

Чинарев В.А.^{1,*}, Малинина Е.В.², Обухова М.Д.³

¹ ORCID : 0000-0003-3471-5293;

² ORCID : 0000-0002-5811-4428;

³ ORCID : 0009-0003-3356-1162;

¹ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1, Челябинск, Российская Федерация
^{1,2,3} Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ, Челябинск, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (va.chinarev[at]bk.ru)

Аннотация

Первый психотический эпизод, часто являющийся предвестником прогрессирующего эндогенного заболевания, может оказывать значительное воздействие на социальное функционирование и качество жизни пациента. Психосоциальная реабилитация, направленная на личностно-социальное восстановление, ориентирована на снижение рецидивов заболевания, установление доверительных отношений с медицинским персоналом, формирование приверженности к лечению, а также восстановление трудоспособности и возвращение к доблезненному социальному функционированию.

Целью представленной работы является проведение оценки эффективности лично-ориентированного подхода в реабилитации и выявление ключевых факторов, способствующих успешной реинтеграции пациентов в общество, после прохождения индивидуальной программы психосоциальной реабилитации на протяжении 12 месяцев от момента госпитализации с первым эпизодом психоза.

В рандомизированное контролируемое исследование вошли 120 пациентов отделения первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ №1» в возрасте от 18 до 42 лет (31 ±7,5 лет). Проведение психосоциальной реабилитации проводилось на этапе стабилизации терапевтической ремиссии, на фоне обязательной психофармакотерапии на всем протяжении исследования. Скрининговая оценка психического состояния производилась в 6 этапов:

- 1) на момент поступления;
- 2) начало реабилитационных мероприятий в стационаре, через 14 дней от госпитализации;
- 3) на момент выписки из стационара;
- 4) через 3 месяца после выписки;
- 5) через 6 месяцев после выписки;
- 6) через 12 месяцев после выписки.

По результатам исследования, группы пациентов, принявших участие в программе реабилитации, показали достоверное статистически значимое улучшение по сравнению с контрольными группами. Компенсация по шкале PANSS в «Экспериментальной» группе, за весь период наблюдения, составила более 40% в обеих подгруппах, тогда как в «Контрольной» группе динамика варьировалась от 17,5% до 18,75%.

Систематическая реализация психосоциальной реабилитации для пациентов с первым психотическим эпизодом требует комплексного подхода и координации усилий различных специалистов. Применение принципов социальной поддержки, психообразования, позитивной психотерапии, саморегуляции, арт-терапевтических подходов позволило улучшить исход первого эпизода психоза, что в совокупности способствовало восстановлению социальных функций и формированию устойчивой интеграции в общество.

Ключевые слова: личностно-социальное восстановление, психосоциальная реабилитация, реабилитация, первый психотический эпизод, расстройства шизофренического спектра.

PSYCHOSOCIAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE: FOCUSING ON PERSONAL AND SOCIAL RECOVERY

Research article

Chinarev V.A.^{1,*}, Malinina E.V.², Obukhova M.D.³

¹ ORCID : 0000-0003-3471-5293;

² ORCID : 0000-0002-5811-4428;

³ ORCID : 0009-0003-3356-1162;

¹ Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital № 1, Chelyabinsk, Russian Federation

^{1,2,3} South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russian Federation

* Corresponding author (va.chinarev[at]bk.ru)

Abstract

The first psychotic episode, often a harbinger of a progressive endogenous disease, can significantly impact the social functioning and quality of life of patients. Psychosocial rehabilitation, aimed at personal and social recovery, is of particular

importance. It aims to reduce relapses, establish trusting relationships with medical professionals, promote adherence to treatment, restore working capacity, and return to painless social functioning. In addition to social aspects, personal recovery becomes important. This includes awareness and acceptance of one's painful condition, formation of an identity, hope, and optimism for the future despite the limitations imposed by a mental illness.

The study is to evaluate the effectiveness of a personalized approach in rehabilitation and identify the key factors that contribute to the successful reintegration of patients into society after undergoing an individual psychosocial rehabilitation program, IMPULSE, over a period of 12 months following hospitalization for the first episode of psychosis.

A randomized controlled trial was conducted with 120 participants aged 16–50 years (mean age 31 ± 7.5) admitted to the Department of the First Psychotic Episode at SBHI "OKSPNB №1". The "control group", comprising 50% of the sample ($n=60$), received only basic psychopharmacological treatment according to clinical guidelines. The remaining 50% ($n=60$) participated in the "experimental group", receiving both drug treatment and comprehensive psychosocial rehabilitation through the IMPULSE program for up to 12 months after hospitalization. Based on the clinical, psychopathological, and psychometric assessments using the Positive and Negative Symptom Scale (PANSS), patients were divided into two groups based on the severity of their symptoms. The mental state of the patients was assessed at six stages:

- 1) at the time of admission;
- 2) the beginning of hospital rehabilitation;
- 3) discharge from the hospital;
- 4) three months after discharge;
- 5) six months after discharge;
- 6) and 12 months after discharge.

Psychosocial rehabilitation was conducted during the stabilization phase of therapeutic remission, with mandatory psychopharmacotherapy throughout the study. This included a personal-social approach through 10 modules, which included psychotherapeutic, psychoeducational, sociotherapeutic, and art-therapeutic components.. According to the results of the study, patients who participated in the rehabilitation program demonstrated a significant improvement compared to control groups, both with mild and moderate severity of symptoms. The improvements were statistically significant for PANSS, PSP, GAF, and RAS-SD scales. In the "Experimental" group, compensation on the PANSS scale exceeded 40% for both subgroups during the entire period of observation. In contrast, the dynamics in the "Control" group varied from 17.5% to 18.75%.

Systematic implementation of psychosocial rehabilitation for patients with first psychotic episodes requires an integrated approach and coordination among various specialists. The presented results of the 12-month study form the first control group in the implementation of the IMPULSE program at the Department of First Psychotic Episode at OKSPNB No. 1 in Chelyabinsk. The main focus of the study was on increasing the individual's adaptive potential. The use of social support, psychoeducation, positive psychotherapy, self-regulation, and art therapy have all contributed to improving the outcome of the first psychosis episode. These measures have helped restore social functions, improve cognitive and emotional processes, and contribute to the individual's sustainable integration into society.

Keywords: personal and social recovery, psychosocial rehabilitation, sociotherapeutic rehabilitation, first psychotic episode, schizophrenia spectrum disorders.

Введение

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2019 года, каждый восьмой житель планеты, что составляет около 970 миллионов человек, столкнулся с тем или иным психическим расстройством [1]. Эти данные подчеркивают масштабность проблемы психического здоровья, включая широкий спектр состояний, таких как депрессия, тревожные расстройства, психотические расстройства (включая шизофрению) и другие, что требуют своевременной диагностики и адекватного лечения для улучшения качества жизни пациентов. Несмотря на существующие методы эффективной профилактики и лечения, большая часть людей остаются без своевременной и качественной медицинской помощи [2]. Кроме того, пациенты часто подвергаются социальной стигматизации, дискриминации и нарушениям прав, что усугубляет состояние и затрудняет доступ к специализированным услугам, делая проблему еще более острой и требующей немедленного решения на уровне общества и системы здравоохранения [3], [4].

Комплексный план действий в сфере психического здоровья на период 2013–2030 годов, согласно ВОЗ, подчеркивает ключевую значимость охраны психического благополучия для обеспечения всеобщего здоровья населения и включает четыре основополагающие цели: скоординированная работа различных структур и служб, создание всеобъемлющей и интегрированной системы предоставления услуг, профилактика психических расстройств среди населения, включая образовательные программы и меры раннего вмешательства, а также развитие информационных систем. Эти направления деятельности направлены на повышение уровня осведомленности о проблемах психического здоровья, улучшение доступности медицинских и социальных услуг, а также защиту прав лиц, страдающих от психических заболеваний [5].

К приоритетным направлениям развития системы здравоохранения в РФ отнесены, помимо доступности и качества психолого-психиатрической помощи, информированность и определенность уровень медицинской грамотности, развитие профилактической медицины, медико-психологической помощи, влияя на здоровое поведение граждан и, следовательно, на общественное здоровье.

Своевременная медицинская помощь при первом психотическом эпизоде (ППЭ) играет важную роль в прогнозировании дальнейшего течения заболевания и качестве жизни пациента. Психотические расстройства характеризуются утратой связи с реальностью, проявляясь чаще в виде псевдогаллюцинаторных переживаний, бреда, дезорганизованного мышления и нарушениями поведения. Многообразие неблагоприятных предикторов развития включает генетическую предрасположенность, употребление психоактивных веществ (ПАВ), стрессовые жизненные

события, а также органические поражения головного мозга [6], [7]. Однако ключевым фактором является отсутствие своевременной диагностики и лечения. Чем длительнее период нелеченого психоза, тем выше риск хронизации процесса и ухудшения прогноза. Длительное пребывание в состоянии психоза может привести к необратимым изменениям в структуре головного мозга, усложняя процесс восстановления и увеличивает вероятность рецидивов [8].

Негативные последствия вследствие отсутствия своевременной помощи многочисленны и разнообразны. Во-первых, пациенты могут испытывать значительные трудности в социальной адаптации, что приводит к изоляции, потере работы или учебы, нарушению семейных связей. ППЭ может сопровождаться агрессивным поведением, суицидальными мыслями и попытками, представляя серьезную угрозу для жизни и здоровья, как самого пациента, так и окружающих [9], [10].

Кроме того, отсутствие лечения может привести к развитию резистентности медикаментозной терапии. Пациенты, которые долго остаются без лечения, часто нуждаются в более высоких дозах антипсихотических препаратов или комбинированной терапии для достижения ремиссии, что увеличивает риск побочных эффектов и осложнений. Более того, длительное течение ППЭ ассоциируется с повышенным риском развития коморбидных состояний, таких как депрессия, тревога и ПАВ [11].

Таким образом, раннее выявление и лечение ППЭ являются ключевыми элементами в предотвращении негативных последствий и обеспечении наилучшего возможного исхода для пациента. Важность своевременной медико-психологической интервенции заключается в снижении риска хронизации заболевания, минимизации функциональных нарушений и повышении шансов на полное клиническое, социальное и личностное восстановление [12], [13].

Психосоциальная реабилитация является важным компонентом комплексного подхода к лечению пациентов с шизофренией. Она направлена на восстановление и поддержание социального функционирования, улучшение качества жизни и интеграцию пациента в общество [14]. Существуют различные подходы к психосоциальной реабилитации, основанные на различных теоретических концепциях и методах работы. Когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) является одним из наиболее широко применяемых и научно обоснованных методов, который активно используется в комплексном подходе к лечению расстройств шизофренического спектра (РШС) наряду с фармакотерапией [15]. Позволяет пациенту научиться распознавать и анализировать симптомы болезни, развить навыки планирования и организации своей деятельности, способствуя повышению мотивации и вовлеченности в социальные и профессиональные сферы [16]. Семейная терапия направлена на улучшение взаимоотношений внутри семьи пациента, а также на повышение информированности родственников о заболевании и его особенностях. Совместное обсуждение вопросов, касающихся лечения и ухода за пациентом, способствует принятию взвешенных решений и улучшению общего психологического климата в семье [17]. Участие в трудовой деятельности способствует улучшению социальных навыков и расширяет круг общения пациента, помогая восстановить утраченные навыки, открывая возможность трудоустройства и финансовой независимости [18]. Групповая терапия также является важной составляющей реабилитации пациентов с ППЭ, предоставляя уникальную возможность для совместного обсуждения проблем, обмена опытом и взаимной поддержки. Участие в группе позволяет пациентам увидеть, что они не единственные, кто сталкивается с подобными проблемами. Обмен опытом и историями успеха других участников группы может вдохновить и мотивировать на достижение собственных целей [19]. Психообразование является неотъемлемой частью психосоциальной реабилитации, направленной на повышение знаний о своем заболевании, развитии навыков самоконтроля и адаптации к жизни с психическим расстройством. Обучение распознаванию ранних признаков обострения заболевания способствует повышению комплаентности (приверженности к лечению), что, в свою очередь, ведёт к стабильному состоянию и снижению риска рецидивов [20], [21], [22].

Первые прототипы центров психосоциальной поддержки и реабилитации были созданы в 1960-х годах в США и служили центром восстановления душевного состояния ветеранов боевых действий с психическими расстройствами [23]. Через десяток лет, в 1970-х годах, именно создание децентрализованных сообществ, направленных на поддержку пациентов, ляжет в основу направления «психосоциальной реабилитации» и развития в здравоохранении как способа интеграции больных в общество. В 1990-е годы психиатрическая система начинает вновь видоизменяться, прибегая всё чаще к мультидисциплинарному подходу, становясь первым прототипом личностно-социальной помощи и активной просветительской деятельности, ориентированные на снижение стигматизации и «смягчение» общества, в которое возвращается пациент после лечения в специализированных больницах [24], [25].

В РФ основу психосоциальной помощи пациентам с психическими расстройствами большой вклад внесли научные труды И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера, которые внедрили интегративный подход с активным психосоциальным воздействием, освоением прежних или новых ролевых функций, а также закреплением социального восстановления [26], [27]. Несмотря на достигнутые успехи, требуется изучение механизмов влияния реабилитационных мероприятий на личностно-социальное восстановление, а также разработка новых, эффективных методик [28], [29].

В настоящее время произошла значительная трансформация психиатрической помощи, к которой общество постепенно шло на протяжении последних десятилетий [30]. Главной чертой в ведении пациентов становится акцент не на само заболевание, а на уменьшение выраженности психопатологической симптоматики, которая поддается лечению за счёт использования современной психофармакотерапии, а также на функциональное улучшение с дальнейшей интеграцией в социум [31], [32]. Такой вектор развития стал возможным за счёт личностно-ориентированного подхода в восстановлении после ППЭ и нашёл своё отражение в концепции восстановления («recovery») [33], [34], [35], [36]. Данное направление психосоциальной реабилитации можно охарактеризовать как продолжительный нелинейный процесс, обусловленный в первую очередь адаптацией и развитием личностных качеств, для преодоления неблагоприятных последствий, связанных с психическим расстройством [37]. Ключевые аспекты восстановления включают надежду и оптимизм в отношении будущего, участие в социально значимой

деятельности, контроль над собственной жизнью, поддержание гармоничных отношений с обществом, расширение прав и возможностей, а также снижение уровня стигматизации [38]. Личностно-ориентированный подход в реабилитации после первого эпизода психоза основывается на понимании индивидуальных потребностей и особенностей каждого пациента, а также охватывает личный опыт, ценности и мотивацию, способствуя созданию более щадящего, всеобъемлющего и качественного процесса восстановления [39].

Несмотря на развитие концепции восстановления, перед врачами-психиатрами стоит проблема создания оптимальной программы реабилитации для пациентов после ППЭ, которая бы в полной мере соответствовала ключевым аспектам личностно-ориентированного подхода и демонстрировала оптимальные результаты [40], [41]. Опираясь на проведённую серию научно-исследовательских работ, направленных на анализ структуры пациентов, валидизацию объективных методов оценки степени восстановления, изучение методов реабилитации и восстановления личностно-социального функционирования была разработана программа психосоциальной реабилитации, в которой системообразующим фактором является восстановление статуса личности и достигается с участием полупрофессиональной бригады [42], [43].

Целью психосоциальной программы реабилитации, ориентированной на личностно-социальное восстановление, является повышение эффективности психофармакологического и реабилитационного аспектов больным с первым психотическим эпизодом [44], [45], [46], [47].

Основными задачами программы стали:

1. Укрепление психосоциальной устойчивости: помощь пациентам в развитии навыков преодоления трудностей и адаптации к изменяющимся условиям жизни, восстановление когнитивных, эмоциональных и мотивационных ресурсов.

2. Повышение личностного самосознания: формирование у пациентов осознанного отношения к своему заболеванию и его последствиям, а также развитие навыков саморегуляции и самопомощи.

3. Социальная адаптация: подготовка пациентов к самостоятельной жизни в обществе, включающая развитие социальных навыков и профессиональную ориентацию.

Поставленная цель реализуется на фоне психофармакологического лечения с использованием индивидуального, мультидисциплинарного структурированного формата с когнитивно-поведенческой терапией в сочетании с психообразованием и системной поддержкой со стороны семьи и ближайшего окружения. Также применение метода арт-терапии, способствуя зрительному выражению внутренних переживаний посредством символических образов и метафор, приводя к самопознанию и самоисцелению. Программа направлена на улучшение самоконтроля над болезнью и повышению личностно-социального функционирования, важными компонентами является предоставление информации о психотическом эпизоде, разработка плана профилактики рецидивов, помощь пациенту с совладанием травматических переживаний, связанных с развитием психоза, снижение стигматизирующих убеждений о психическом заболевании и формирование психической устойчивости и личностного самосознания.

Цель исследования

Проведение оценки эффективности личностно-ориентированного подхода в реабилитации и выявление ключевых факторов, способствующих успешной реинтеграции пациентов в общество после прохождения индивидуальной программы психосоциальной реабилитации, на протяжении 12 месяцев от момента госпитализации с ППЭ.

Дизайн исследования

Выборку составили пациенты клинического отделения первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ №1» г. Челябинска. Набор пациентов проводился в период с февраля 2022 года по сентябрь 2023 года.

На предварительном этапе исследования были рассмотрены 132 пациента, потенциально подходящих по критериям для участия в исследовании и прохождении программы реабилитации. В ходе первичного осмотра врачом-психиатром и клинического интервью 3 пациентам было отказано в участии по критериям исключения (у двух участников психотическое состояние возникло, вследствие употребления ПАВ, у одного участника – вследствие органических причин), ещё 3 пациента отказались подписывать информированное добровольное согласие. В дальнейшем во время проведения исследования 6 пациентов были исключены из итоговой выборки по причине невозможности окончания программы и отсутствия достоверных результатов, из них: 3 пациента сменили регион проживания, 1 летальный случай до окончания периода наблюдения, 2 пациента отозвали информированные согласия во время участия. В итоговую выборку вошли 120 пациентов, из них 84 мужчины (70,00%) и 36 женщин (30,00%), в возрасте от 16 до 50 лет ($31 \pm 7,5$ лет). Случайным образом были выделены две равнозначные группы – «экспериментальная» составила 50% выборки ($n=60$), помимо психофармакотерапии принимали участие в комплексной программе реабилитации сроком до 12 месяцев от начала госпитализации, и «контрольная» – 50% ($n=60$) которые получали только базисную психофармакотерапию, без реабилитационных мероприятий. Лечащие врачи, направляющие пациентов для участия в исследовании, не были ознакомлены с принципами распределения, что позволило исключить возможность неслучайного формирования групп.

Проведённое исследование соответствовало положениям Хельсинской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975-2013 гг, и одобрено заседанием локального этического комитета № 06 от 09.10.2024 г. ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

Настоящее исследование представляет собой 12-месячное одноцентровое слепое рандомизированное контролируемое исследование, с проведением комплексной оценки психического состояния и реабилитационного потенциала в 6 этапов:

1. Момент поступления;
2. Начало реабилитации в стационаре на 14 день от госпитализации;
3. На момент выписки из стационара;

4. Через 3 месяца после выписки;
5. Через 6 месяцев после выписки;
6. Через 12 месяцев после выписки.

Материалы и методы

В исследовании принимали участие пациенты, которые соответствовали критериям включения:

- наличие ППЭ (длительность заболевания не более 5 лет, количество госпитализаций не более 3);
- отсутствие острой психопатологической симптоматики на момент реабилитационных мероприятий;
- наличие информированного добровольного согласия на участие в научно-исследовательской работе и соответствие психотического расстройства критериям F20, F23.0, F25, F23.1 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

Критериями исключения стали:

- возникновение психотического эпизода вследствие употребления ПАВ, в том числе алкоголя, а также на органически неблагоприятном фоне; отсутствие критики к своему состоянию;
- умственная отсталость, определённая по методике Векслера (общий балл менее 70);
- отказ от участия в исследовании.

Все пациенты получали индивидуально подобранную терапию антипсихотическими препаратами в среднетерапевтических дозах, в соответствии с клиническими рекомендациями.

На основании проведенного клинического исследования, с применением анамнестического, клинико-психопатологического, клинико-динамического методов исследования, с учетом выраженности психопатологической симптоматики, все участники «контрольной» и «экспериментальной» групп были разделены на 2 группы по выраженности психопатологической симптоматики (лёгкая и умеренная степень тяжести). Внешний независимый статистик составил сгенерированный компьютером график рандомизации, состоящий из случайно переставленных блоков. Чтобы обеспечить сокрытие распределения, координатор исследования уведомлялся о каждой рандомизации через безопасную онлайн-систему, а затем информировал участников о распределении лечения. Статистик исследования был отстранен от распределения программ реабилитации до завершения осуществления мероприятий. Участники прошли шесть этапов скрининга психического состояния во время интервьюирования в начале госпитализации, а также через 2 недели от момента поступления в стационар, на момент выписки, на амбулаторном этапе – на 3, 6 и 12 месяцев наблюдения. Полуструктурированное интервью проводилось в специально оборудованном кабинете, и длилось около 45–60 минут при участии врача-психиатра и клинического психолога. Перед началом интервью всем участникам объяснялась цель исследования, давалось информированное согласие. Оценка повседневных реабилитационных мероприятий проводилась с использованием шкал.

Инструментами измерения служили стандартизированные психометрические шкалы: шкала оценки позитивных и негативных симптомов Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) – являясь популярной для определения эффективности психофармакотерапии при лечении пациентов с РШС, позволяет определить клинический профиль пациента и динамику состояния. Шкала личностных и социальных показателей Personal and Social Performance scale (PSP) – рассмотрена в аспекте определения нарушений социального взаимодействия, что считается центральной характеристикой прогрессирующего течения шизофрении. Шкала глобального функционирования Global Assessment of Functioning (GAF) является инструментом для субъективной оценки психологического, социального и профессионального функционирования пациента.

В качестве альтернативной объективной психометрической шкалы была использована русскоязычная версия шкалы оценки восстановления – домены и стадии Recovery Assessment Scale – Domains and Stages по Никола Хэнкок (RAS-DS), которая была валидизирована и адаптирована авторами на выборке пациентов после комплексного лечения в отделении ППЭ. По результатам корреляционного анализа с приведёнными выше шкалами выявлена надёжная корреляция: прямая корреляция с психометрическими шкалами GAF ($r=0,93$, $p < 0,001$), SFS ($r=0,91$, $p < 0,001$), PSP ($r=0,84$, $p < 0,001$) и обратная корреляция с опросниками PANSS ($r=-0,71$, $p < 0,001$) и BHS ($r=-0,83$, $p < 0,001$), что делает RAS-DS валидным инструментом.

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета прикладных программ SPSS Statistics V23.0 for Windows, языка программирования Python и библиотек Pandas и SciPy. Количественные показатели оценивались на предмет соответствия нормальному распределению с помощью критериев Шапиро-Уилка (число исследуемых пациентов в подгруппе менее 50). Критерий Стьюдента (t-тест) для независимых групп применяли для сравнительного статистического анализа нормально распределённых количественных показателей приведённых психометрических шкал. Статистическая значимость для всех тестов установлена на уровне $p < 0,05$. Для оценки связи параметров эффективности реабилитации с исходными психометрическими показателями вычисляли коэффициент корреляции (r). Значение « r » находилось в промежутке от -1 до 1, где -1 – это полная обратная зависимость, 0 – отсутствие какой-либо зависимости, 1 – полная прямая зависимость. Для оценки размера эффекта между двумя группами был применён Cohen's (d). Малый эффект трактовался при $d < 0,2$, средний эффект при $0,2 < d \leq 0,5$, большой эффект при $0,5 < d \leq 0,8$, при значениях $d > 1$ результаты указывали на большой эффект и считались статистически значимыми.

Программа психосоциальной реабилитации

Программа психосоциальной реабилитации, ориентированной на личностно-социальное восстановление, включает 10 модулей:

1. Эффективная фармакотерапия: разумное использование препаратов (4 сеанса). Цель: оптимизация терапевтического эффекта при минимизации побочных действий и затрат. Акцент на персонализированном подходе,

монотерапии антипсихотиками нового поколения, формировании приверженности лечению. Рассматриваются риски резистентности, неправильного подбора терапии и побочных эффектов при длительном приеме.

2. Постановка цели личностно-социального восстановления (3–4 сеанса). Формирование осознанности о процессе восстановления после психотических эпизодов (ППЭ). Включает изучение механизмов реабилитации, постановку кратко- и долгосрочных целей, разработку плана действий с интеграцией самопомощи и профессиональной поддержки.

3. Понимание расстройств шизофренического спектра (3–4 сеанса). Психообразовательные мероприятия направлены на развенчание мифов, снижение стигматизации, обучение самоконтролю. Пациенты изучают научные данные о симптомах, терапии, учатся распознавать ранние признаки обострений.

4. Социальная сеть поддержки: создание и развитие (4 сеанса). Формирование системы поддержки через эмоциональные, информационные и социальные ресурсы. Акцент на участии в общественной деятельности, группах взаимопомощи, укреплении связей с близкими.

5. Профилактика обострений: управление рецидивами (3–4 сеанса). Обучение распознаванию ранних признаков рецидива, управлению резидуальными симптомами (тревога, депрессия). Цель – снижение риска госпитализаций, сохранение функциональности.

6. Влияние психоактивных веществ на психические заболевания (4 сеанса). Анализ рисков употребления ПАВ, разработка плана «трезвости» с привлечением нарколога. Методы самоконтроля, поддержка близких.

7. Семья как ресурс для преодоления последствий (4 сеанса). Интеграция семьи в реабилитацию: улучшение коммуникации, снижение стресса, создание безопасной среды.

8. Стратегии управления стрессом (4 сеанса). Обучение техникам релаксации, медитации, дыхательным упражнениям. Развитие навыков саморегуляции для снижения риска рецидивов.

9. Профессиональная интеграция (3–4 сеанса). Поддержка в трудоустройстве: составление резюме, адаптация к работе. Координация медицинской помощи (амбулаторное/стационарное лечение) и межведомственное взаимодействие.

10. Арт-терапевтический подход (3–4 сеанса). Использование творчества (рисунок, лепка) для эмоциональной переработки опыта, снижения стигматизации.

Организация программы:

Команда специалистов: психиатр, 2 клинических психолога, ординатор, социальный работник.

Формат занятий: еженедельные групповые сессии (8–10 пациентов) в течение 9–10 месяцев. Длительность сеанса – 60–90 минут.

Структура сессий:

- а) Неформальное общение, создание доверительной атмосферы.
- б) Анализ прогресса (симптомы, когнитивные функции, социальная адаптация).
- в) Проверка домашних заданий (самоконтроль, релаксация, социальные эксперименты).
- г) Изучение нового материала (лекции, групповые дискуссии).
- д) Индивидуальное планирование (коррекция целей, выбор методик).
- е) Формулирование домашних заданий (дневники, упражнения).

Техническое обеспечение:

Использование презентаций PowerPoint.

Домашние задания в формате карточек.

Результаты и обсуждение

Пациенты обеих групп – основной («Экспериментальной») и сравнительной («Контрольной») – обладали схожими клиническими и социально-демографическими характеристиками, а также показателями, касающимися организации медицинской помощи (продолжительности госпитализации, маршрута после стационарного лечения). Следовательно, условия предоставления психиатрической помощи для пациентов обеих групп были равнозначны, их клиническое состояние при поступлении и выписке из стационара было сопоставимо, и все они продемонстрировали одинаковую реакцию на проводимое медикаментозное лечение.

Средний возраст всех участников составил 31 год ($SD=7,6$), у преобладающей части пациентов на догоспитальном этапе отмечалось наличие шизоидного преморбида (74,2%, $n=89$) и наследственной отягощенности по психическим заболеваниям, включая употребление алкоголя (54,2%, $n=65$). За признаки уровня социализации были взяты: трудоустройство или иная занятость на момент госпитализации (36,7%, $n=44$) и проживание в браке или собственной семье (21,7%, $n=26$). Средняя продолжительность стационарного лечения составила 42 ($SD=14$) дня. Все социально-демографические и диагностические ковариаты были достаточно сбалансированы между подгруппами на предварительном этапе (таблица 1). Включали такие параметры как: половая принадлежность, возраст, наследственная отягощенность, тип преморбидной личности, уровень социализации, добровольность госпитализации. Статистически значимых различий между участниками, которые были включены в исследование, и теми, кто отказался от участия, по возрасту и полу не было.

Таблица 1 - Социально-демографическая структура в 2-х попарных группах

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.1>

| Характеристика признака | Контрольная группа % (n=60) | | Экспериментальная группа % (n=60) | |
|---|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| | Легкая степень тяжести n=40 | Умеренная степень тяжести n=20 | Легкая степень тяжести n=40 | Умеренная степень тяжести n=20 |
| Демографические показатели | | | | |
| Мужчины | 73,3% (n=44) | | 73,3% (n=44) | |
| Женщины | 26,7% (n=16) | | 26,7% (n=16) | |
| Средний возраст | 31±7,8 | | 31±7,3 | |
| Психопатологически отягощённая наследственность | 51,7% (n=31) | | 55,0% (n=33) | |
| Типы преморбидной личности | | | | |
| Гипертимные личности | 7,5% (n=3) | 5,0% (n=1) | 7,5% (n=3) | 5,0% (n=1) |
| Шизоидные личности: | | | | |
| Стенические шизоиды | 12,5% (n=5) | 10,0% (n=2) | 15,0% (n=6) | 10,0% (n=2) |
| Сензитивные шизоиды | 15,0% (n=6) | 20,0% (n=4) | 12,5% (n=5) | 20,0% (n=4) |
| Истерошизоиды | 7,5% (n=3) | 5,0% (n=1) | 10,0% (n=4) | 5,0% (n=1) |
| Дефицитарные шизоиды | 17,5% (n=7) | 20,0% (n=4) | 17,5% (n=7) | 15,0% (n=3) |
| Пассивные шизоиды | 10,0% (n=4) | 15,0% (n=3) | 7,5% (n=3) | 20,0% (n=4) |
| Психастеники | 15,0% (n=6) | 10,0% (n=2) | 15,0% (n=6) | 10,0% (n=2) |
| Эмоционально-неустойчивые | 5,0% (n=2) | 5,0% (n=1) | 7,5% (n=3) | 5,0% (n=1) |
| Мозаичные | 10,0% (n=4) | 10,0% (n=2) | 7,5% (n=3) | 10,0% (n=2) |
| Уровень социализации | | | | |
| Трудоустройство или иная занятость на момент госпитализации | 40,0% (n=16) | 30,0% (n=6) | 37,5% (n=15) | 25,0% (n=5) |
| Наличие собственной семьи на момент госпитализации | 20,0% (n=8) | 10,0% (n=2) | 20,0% (n=8) | 10,0% (n=2) |
| Добровольность госпитализации | | | | |
| Лечение с согласием пациента | 95,0% (n=38) | 70,0% (n=14) | 95,0% (n=38) | 70,0% (n=14) |

В настоящем исследовании проведена оценка синдромальной и нозологической принадлежности в двух группах (и двух подгруппах) с использованием Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ-10) (Рис.1, Рис.2). Результаты показали высокую степень соответствия клинической картины и установленных диагнозов, что подтверждает надежность используемых диагностических инструментов.



Рисунок 1 - Синдромологический профиль выборки в контрольных и экспериментальных группах
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.2>

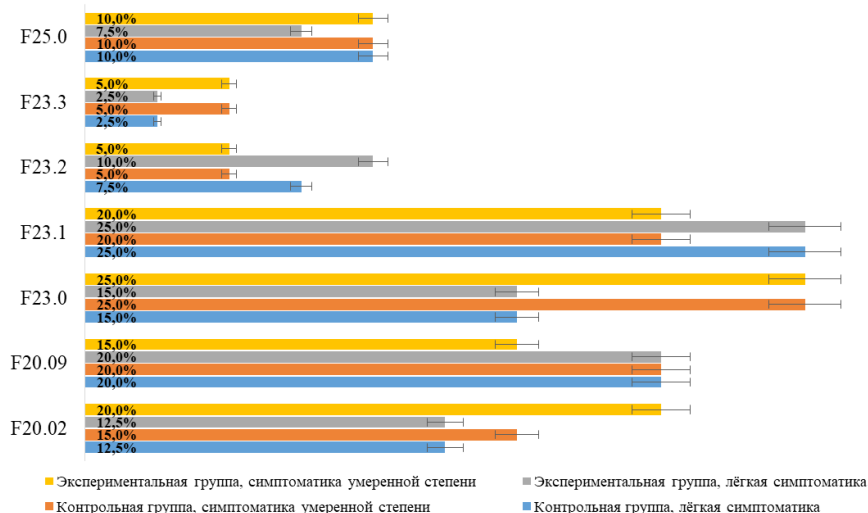


Рисунок 2 - Нозологический профиль выборки в контрольных и экспериментальных группах
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.3>

Проявления психопатологической симптоматики у пациентов с легкой степенью тяжести характеризовались незначительной интенсивностью и частотой психотических проявлений и включали мягкую выраженность бредового компонента с идеями преследования, особого отношения, псевдогаллюцинаторные переживания комментирующего и диалогового содержания, подозрительность, некоторую социальную отгороженность, а также повышенную чувствительность к внешним раздражителям. В поведении отмечалось снижение социальной активности и притупление привычных паттернов поведения, в ряде случаев апатичность и ограничение эмоциональной экспрессии. Состояние аффекта отчуждения проявлялось в виде лёгкой депрессии, которое не достигало клинически значимого уровня, но оставалось заметным для окружающих. Отмечалась тенденция к нарастающей изолированности и предпочтению к уединённому времяпрепровождению на фоне сохраняющейся привычной рутины с притуплением аспекта третичных интересов. Мнестическая сфера характеризовалась слабыми изменениями по типу замедления мышления и трудностями организации собственных мыслей.

Клиническая картина группы пациентов с умеренно выраженной степенью выраженности симптоматики характеризовалась гетерогенностью проявлений с императивными, комментирующими и угрожающими вербальными псевдогаллюцинациями. Эпизоды развернутой бредовой фабулы включали идеи преследования, воздействия, проявляющихся в тревожности, бессоннице, агрессивном поведении и настороженности в отношении персонала и близких. Нарастающая социальная отгороженность проявлялась в минимизации поддержания контактов с родственниками, снижении эмоциональной экспрессии. Полярность аффективных проявлений отмечена чередованием безразличным отношением к происходящему, сменяющаяся, в период острого состояния, на агрессию, раздражительность и аутоагрессивное поведение.

На подготовительном этапе работы, на основе практики внедрения программ реабилитации в исследованиях последних лет, была выдвинута нулевая гипотеза (H_0), согласно которой включение комплексной программы реабилитации к персонализированной психофармакотерапии обеспечит наиболее благоприятный исход у пациентов с РШС после ППЭ, в том числе на этапе амбулаторного лечения, и повлечёт больший уровень личностно-социального восстановления в рамках концепции «recovery».

Реализация программы личностно-социальной реабилитации пациентов с легкой степенью выраженности психопатологической симптоматики направлена, в первую очередь, на активное вовлечение в процесс лечения и реабилитации, а также профилактики социальной дезадаптации. В рамках данного подхода основные акценты ставились на индивидуально-мотивационный профиль, направленный на активное участие самого пациента в лечебно-реабилитационном процессе. Включение пациентов в индивидуальные и групповые занятия играло ключевую роль в их социальной интеграции и психическом благополучии. Подчёркивалась важность соблюдения режима приема назначенной терапии, осуществлялось понимание природы их заболевания, формировались навыки совладания с симптомами болезни, укреплялись связи пациентов с семьей, а также осуществлялась ориентировка на решение проблем по возможному трудоустройству. Арт-терапия в данной группе пациентов помогла выразить свои эмоции и мысли через художественные средства, способствуя улучшению их психического состояния и социальной адаптации.

Реабилитационные мероприятия и психосоциальные интервенции для больных группы умеренной степени выраженности психопатологической симптоматики направлены на минимизацию дефицитарной симптоматики, с улучшением повседневного функционирования и развитием мотивационных навыков. Одним из ключевых аспектов является обучение пациентов и их семей клиническим проявлениям заболевания, методам управления стрессом и навыкам взаимодействия с медицинскими работниками, с целью восстановления связей с сообществом, а также поддержку в поиске и восстановлении работы. Сочетание медикаментозной терапии с психосоциальными вмешательствами позволяет лучше контролировать психотические симптомы и предотвращать их рецидив, снижая риск повторных госпитализаций. Систематический подход, учитывающий индивидуальные потребности и предпочтения больного, а также вовлечение семей и сообщества, играет важную роль в успешной реабилитации и улучшении качества жизни этих пациентов.

После прохождения пациентами полного цикла лечения и реабилитации, который длился до 12 месяцев с момента госпитализации, были выявлены статистически значимые различия между группами пациентов, получающих только психофармакотерапию, и группами с пройденной программой психосоциальной реабилитации (таблицы 2, 3).

Таблица 2 - Динамика психометрического тестирования на ключевых этапах за весь период исследования (до 12 месяцев от начала госпитализации)

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.4>

| ANSS (M± σ)* | | | | |
|------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| Этап проведения тестирования | Контрольная группа | | Экспериментальная группа | |
| | Лёгкая степень | Умеренная степень | Лёгкая степень | Умеренная степень |
| 0 день | 114±12,1 | 120±12,0 | 114±12,2 | 120±12,1 |
| 14 день | 106±19,4 | 112±17,8 | 81,5±15,0 | 98,7±16,1 |
| Выписка | 105±18,9 | 104±19,2 | 71,5±14,0 | 81,5±14,4 |
| 3 месяца | 102,5±18,5 | 98,6±18,75 | 67,5±12,9 | 75,7±12,5 |
| 6 месяцев | 99,5±18,95 | 97,8±16,8 | 61,0±12,1 | 71,2±11,7 |
| 12 месяцев | 94,0±16,4 | 97,5±17,2 | 59,0±12,0 | 68±12,3 |
| % динамики за весь период | 17,5 | 18,75 | 48,2 | 43,3 |
| PSP (M± σ)* | | | | |
| Этап проведения тестирования | Контрольная группа | | Экспериментальная группа | |
| | Лёгкая степень | Умеренная степень | Лёгкая степень | Умеренная степень |
| 0 день | 50,0±10,75 | 47,2±11,23 | 50,0±10,89 | 47,18±11,25 |
| 14 день | 55,3±11,97 | 50,2±12,4 | 61,14±7,97 | 55,1±12,2 |
| Выписка | 55,7±12,1 | 50,28±11,9 | 66,3±6,9 | 58,7±12,15 |
| 3 месяца | 55,9±13,0 | 51,5±13,64 | 70,4±6,8 | 65,87±11,0 |
| 6 месяцев | 59,1±13,6 | 51,8±14,0 | 75,15±7,56 | 70,32±9,89 |
| 12 месяцев | 65,0±13,4 | 52,0±13,25 | 75,02±7,5 | 71,0±7,64 |
| % динамики за весь период | 16,67 | 9,62 | 33,5 | 33,5 |
| GAF (M± σ)* | | | | |
| Этап проведения | Контрольная группа | | Экспериментальная группа | |

| ANSS (M± σ)* | | | | |
|------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------|-------------------|
| тестирования | Лёгкая степень | Умеренная степень | Лёгкая степень | Умеренная степень |
| 0 день | 50,0±10,9 | 42,0±12,4 | 50,0±11,0 | 42,0±12,36 |
| 14 день | 61,2±11,43 | 46,1±12,6 | 67,6±10,7 | 54,3±12,0 |
| Выписка | 65,5±12,6 | 52,8±11,94 | 73,33±11,6 | 66,1±13,1 |
| 3 месяца | 65,6±12,1 | 58,3±13,6 | 79,7±12,4 | 71,1±13,24 |
| 6 месяцев | 72,1±11,98 | 64,4±13,0 | 92,4±7,4 | 77,9±12,89 |
| 12 месяцев | 74,0±13,1 | 70,0±12,79 | 93,5±5,67 | 87,7±11,0 |
| % динамики за весь период | 32,43 | 40,0 | 46,5 | 52,1 |
| RAS-SD (M± σ)* | | | | |
| Этап проведения тестирования | Контрольная группа | | Экспериментальная группа | |
| | Лёгкая степень | Умеренная степень | Лёгкая степень | Умеренная степень |
| 0 день | 89,0±11,4 | 66,7±10,66 | 89,0±11,7 | 66,5±10,7 |
| 14 день | 94,5±11,89 | 70,3±11,3 | 101,75±11,45 | 79,4±10,89 |
| Выписка | 108,7±10,4 | 78,5±10,89 | 118,6±10,98 | 88,1±11,5 |
| 3 месяца | 116,0±10,56 | 89,4±11,0 | 125,33±12,0 | 101,0±11,67 |
| 6 месяцев | 121,4±11,0 | 97,5±11,3 | 132,5±12,1 | 119,74±12,33 |
| 12 месяцев | 128,4±12,7 | 115,2±11,68 | 138,5±12,3 | 129,6±12,6 |
| % динамики за весь период | 30,79 | 42,1 | 35,74 | 48,7 |

Примечание: * (M± σ) – среднее значение с квадратичным отклонением

Таблица 3 - Статистический анализ на соответствие полученных результатов H₀

DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.5>

| Шкалы | Сравнение контрольной и экспериментальной группы при H ₀ | | | | | |
|--------|---|-------|------|-------------------|-------|------|
| | Легкая степень | | | Умеренная степень | | |
| | t | p | d | t | p | d |
| PANSS | 10,6 | 0,001 | 2,36 | 6,27 | 0,001 | 1,97 |
| PSP | 4,16 | 0,001 | 0,92 | 5,6 | 0,001 | 1,76 |
| GAF | 8,75 | 0,001 | 1,95 | 4,7 | 0,001 | 1,49 |
| RAS-DS | 3,6 | 0,001 | 0,81 | 3,79 | 0,001 | 1,19 |

По результатам данных психометрических исследований был проведён комплексный статистический анализ полученных значений попарно для двух групп, распределённых в зависимости от тяжести симптоматики на начальном этапе исследования. Для определения статистически значимой разницы в результатах между двумя исследуемыми группами в каждой категории (легкие симптомы и средние симптомы) был проведен t-тест (t) с дальнейшим определении степени свободы и сопоставлении критерия значимости (p), результаты считались статистически достоверными при p<0,05.

Относительно ранее высказанной H₀, группы с применением лично-ориентированной программы реабилитации показали достоверное статистически значимое улучшение по сравнению с контрольными группами как при легкой степени тяжести симптоматики: PANSS (t=10,6; p=0,001), PSP (t=4,16; p=0,001), GAF (t=8,75; p=0,001), RAS-SD (t=3,6; p=0,001); так и при средней степени выраженности симптоматики: PANSS (t=6,27; p=0,001), PSP (t=5,6; p=0,001), GAF (t=4,7; p=0,001), RAS-SD (t=,79; p=0,001).

За период наблюдения в ходе реабилитации отмечалось уменьшение выраженности общей психопатологической симптоматики (по шкале PANSS), а также снижение интенсивности ряда её компонентов, таких как нарушение суждений и критики, волевых нарушений, дезорганизации мышления, враждебности и социальной изоляции. Компенсация по шкале PANSS в «Экспериментальной» группе, за весь период наблюдения, составила более 40% в обеих подгруппах, тогда как в «Контрольной» группе динамика варьировалась от 17,5% до 18,75% (Рис. 3). Было зафиксировано положительное изменение в личном и социальном функционировании, затрагивающее сферы социально полезной деятельности, взаимоотношения с близкими и самообслуживание. Наблюдался рост тенденции к

улучшению трудового статуса, а также увеличилась удовлетворённость пациентов предоставляемыми услугами психиатрической помощи, в том числе благодаря улучшению общения и результатам психологической поддержки. В экспериментальной группе, вне зависимости от степени проявления расстройства, более трети пациентов в каждой из групп после прохождения реинтеграционных трудовых мероприятий, в последующем были трудоустроены на постоянное место работы, в то время как в контрольной группе данная тенденция отмечалась не более чем в 10% случаях. Увеличение доли совместно проживающих в собственных семьях в представленных группах при лёгкой симптоматике - 22,5%, при умеренной – 5%, и после программы реабилитации положительная динамика была более равномерной и составила 32,5% респондентов с лёгкой и 25% с умеренной симптоматикой (Рис. 4). Было замечено сокращение количества повторных госпитализаций и лечения в дневном стационаре по сравнению с теми пациентами, которые не участвовали в реабилитационной программе. Согласно нашим данным, на эффективность реабилитации влияют такие факторы, как нарушения мышления, позитивные симптомы, общая тяжесть психического расстройства, частота госпитализаций, а также мотивированность родственников пациентов участвовать в реабилитационных программах. Положительные изменения коснулись улучшения социального функционирования, трудового статуса, удовлетворённости получаемой помощью, уменьшения частоты повторных госпитализаций и переводов в дневной стационар.

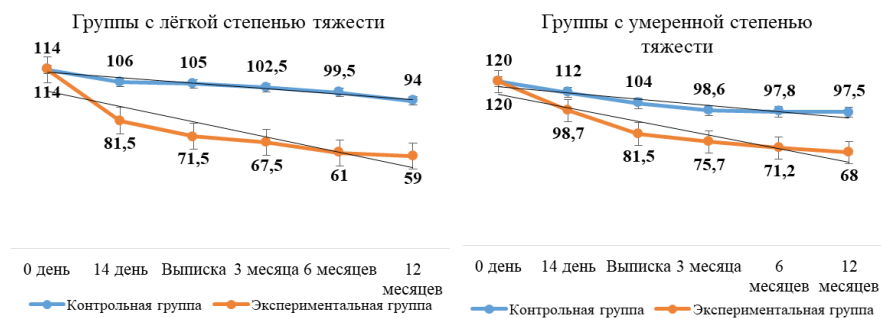


Рисунок 3 - Динамика компенсации попарных групп по шкале PANSS за 12 месяцев
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.6>

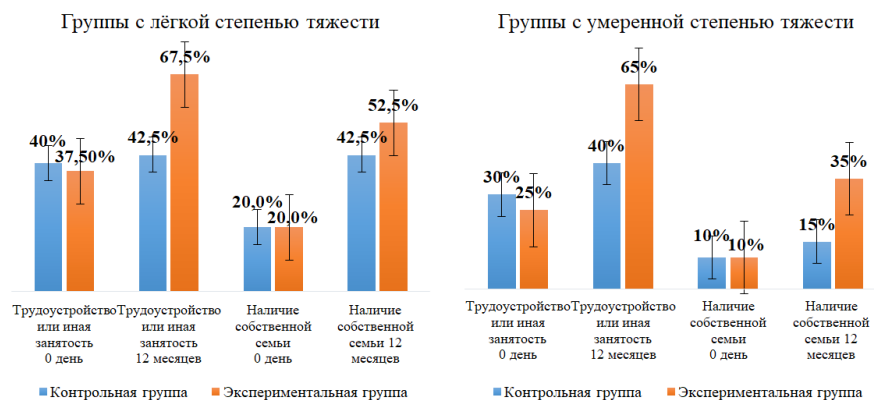


Рисунок 4 - Динамика социализации попарных групп за 12 месяцев (трудоустройство и совместное проживание пациентов в собственной семье)
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.7>

Адекватное отношение родственников к болезни было продемонстрировано в 71,5% случаев, что включало относительное признание диагноза, осознание важности терапевтических интервенций, способность справиться с обострениями психического состояния пациента, а также оказание эмоциональной и практической помощи, стимулирование самостоятельности в повседневных, социальных и профессиональных вопросах. Тем не менее, лишь 39,5% из них выразили желание участвовать в образовательной программе для семей. К моменту завершения исследования 73% родственников пациентов, проходивших реабилитационную программу, поддержали идею продолжения участия в реабилитационных группах. Лишь 23% родственников тех пациентов, кто не участвовал в реабилитационных мероприятиях, проявили интерес к включению своего больного члена семьи в программу реабилитации ($p < 0,01$). В «Экспериментальной» группе поддерживающее медикаментозное лечение нейрорептическими средствами второго поколения получали 75,5% пациентов, тогда как препараты первого поколения назначались в 24,5% случаях. Комбинация антипсихотиков двух поколений была использована у 19,5% больных. Для коррекции нейрорептического синдрома применялись такие корректоры, как тригексифенидил и бипериден, в 46,5% случаях.

Показатель личного и социального функционирования шкале PSP на 12 месяц исследования в экспериментальной группе с легкой степенью выраженности симптоматики составил $75,02 \pm 7,5$, в группе умеренной степени выраженности – $71,0 \pm 7,64$, что соответствует умеренным нарушениям, требующим незначительной внешней поддержке, и отражает динамику улучшения на 33,5% за весь период наблюдения. Общий уровень функционирования, определяемый посредством шкалы GAF отражает положительную динамику за период наблюдения в группах, принимавших участие в реабилитационных мероприятиях: в подгруппе с легкой степенью выраженности симптоматики – $93,5 \pm 5,67$ (прирост 46,5%) – отсутствие симптомов и отличное функционирование, и в подгруппе с умеренно выраженной степенью тяжести – $87,7 \pm 11,0$ (прирост 52,1%) – легкая симптоматика, не мешающая функционированию. При оценке процесса восстановления по шкале RAS-DS также отмечался заметный прирост с входными данными: в подгруппе легкой степенью выраженности симптоматики – 35,74%, в подгруппе с умеренно выраженной степени тяжести – 48,7%, что отражает уровень вовлеченности в общество, становление надежды и уверенности в будущем, осознание поддержки со стороны близких.

Проведенные психообразовательные мероприятия способствовали снижению уровня стигматизации, улучшению качества жизни и социальной адаптации пациентов. После прохождения психообразовательной программы пациенты продемонстрировали улучшение понимания природы своего заболевания, причин возникновения симптомов, возможных осложнений и методов лечения. Также сформирована приверженность к проводимому психофармакологическому лечению, способствуя следованию предписаний врача.

Исследование показало, что 75% пациентов были полностью удовлетворены предоставленной психиатрической помощью и программой психосоциальной реабилитации, тогда как 12% не удовлетворены по двум и более направлениям. Наиболее распространенной причиной стали трудности в решении психосоциальных задач, таких как проблемы коммуникации (23%) и прочие психологические сложности (21,5%). Также пациенты отмечали недостаточную информированность и нехватку новых навыков (12,5%), трудности с трудоустройством, включая возможности занятости непосредственно в отделении (9,5%), организацию свободного времени (10,5%) и результаты психофармакологического лечения (17,5%), недостаточным лечением соматических заболеваний (5,5%).

Заключение

Результаты исследования показывают, что комплексный подход в реабилитации пациентов с первым эпизодом психоза соотносится с данными, полученными в других исследованиях, которые свидетельствуют о положительном эффекте психосоциальных вмешательств у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Подход, сочетающий адекватную психофармакотерапию с психосоциальными методами, способствует восстановлению личности, повышению личностно-социального функционирования и стойкой редукции симптоматики [48], [49]. Полученные данные подчеркивают важность интеграции психосоциальных методов в стандартные протоколы лечения пациентов с ШПЭ.

Анализ полученных результатов показал значимые улучшения в эмоциональном состоянии, когнитивных функциях и социальной адаптации участников программы. Использование принципов социальной поддержки, психообразовательных мероприятий, позитивной психотерапии, саморегуляции и арт-терапевтических подходов позволило улучшить исход первого психотического эпизода, в совокупности способствуя восстановлению социальных функций, улучшению когнитивных и эмоциональных процессов, а также устойчивой интеграции личности в общество.

Полученные данные подтверждают важность интеграции разнообразных терапевтических подходов для достижения устойчивого результата. Психосоциальная реабилитация, базирующаяся на междисциплинарном взаимодействии специалистов, способствует формированию новых адаптивных стратегий поведения и восстановлению утраченных социальных связей. Следовательно, представленные результаты подчеркивают необходимость дальнейшего совершенствования и внедрения программ психосоциальной поддержки, нацеленных на всестороннее восстановление личности после первого психотического эпизода [50], [51].

Модернизация методов реабилитации требует непрерывного изучения, практического применения и глубокого анализа достигнутых результатов, которые послужат основой для усовершенствования и дальнейшей оптимизации программы реабилитации. Исследования в области личностно-ориентированной реабилитации акцентируют внимание профессионального сообщества на отсутствии стандартизированных инструментов для полноценного восстановления пациентов после первого эпизода психоза и подчеркивают актуальность дальнейших изысканий в этом направлении.

Благодарности

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница» №1, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Сообщество рецензентов Международного научно-исследовательского журнала
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.8>

Acknowledgement

State Budgetary Healthcare Institution 'Regional Clinical Specialised Psychoneurological Hospital No. 1', Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education 'South Urals State Medical University', Ministry of Health of the Russian Federation.

Conflict of Interest

None declared.

Review

International Research Journal Reviewers Community
DOI: <https://doi.org/10.60797/IRJ.2025.154.110.8>

Список литературы / References

1. Wigand M.E. Schizophrenia, human rights and access to health care: a systematic search and review of judgements by the European Court of Human Rights / M.E. Wigand [et al.] // *International Journal of Social Psychiatry*. — 2021. — Vol. 67, № 2. — P. 168–174.
2. Laursen T.M. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? / T.M. Laursen, O. Plana-Ripoll, P.K. Andersen // *Schizophrenia Research*. — 2019. — Vol. 206. — P. 284–290. — DOI: 10.1016/j.schres.2018.11.003.
3. Paul S. Stigma, Discrimination, and Human Rights Violations of People Living with Mental Illness in India / S. Paul, C. Dasgupta // *Handbook of Social Inclusion: Research and Practices in Health and Social Sciences*. — Cham: Springer International Publishing, 2021. — P. 1–17.
4. Liamputtong P. Stigma, discrimination, and social exclusion / P. Liamputtong, Z.S. Rice // *Handbook of Social Inclusion: Research and Practices in Health and Social Sciences*. — Cham: Springer International Publishing, 2021. — P. 1–17.
5. Царьков И.Е. Состояние высокого риска развития психоза: психометрические инструменты для скрининга / И.Е. Царьков, А.Э. Новоселова, Т.В. Жилиева [и др.] // *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. — 2024. — № 2 (58). — С. 20–28. — DOI: 10.31363/2313-7053-2024-832.
6. Robinson N. Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: current knowledge and future directions / N. Robinson, S.E. Bergen // *Frontiers in Genetics*. — 2021. — Vol. 12. — P. 686666.
7. Jaaro-Peled H. Neurodevelopmental factors in schizophrenia / H. Jaaro-Peled, A. Sawa // *Psychiatric Clinics*. — 2020. — Vol. 43, № 2. — P. 263–274.
8. Budisteanu M. Predictive factors in early onset schizophrenia / M. Budisteanu [et al.] // *Experimental and Therapeutic Medicine*. — 2020. — Vol. 20, № 6. — P. 210.
9. Fusar-Poli P. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda / P. Fusar-Poli [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. — 2022. — Vol. 9, № 1. — P. 72–83.
10. Salagre E. Predictors of bipolar disorder versus schizophrenia diagnosis in a multicenter first psychotic episode cohort: baseline characterization and a 12-month follow-up analysis / E. Salagre [et al.] // *The Journal of Clinical Psychiatry*. — 2020. — Vol. 81, № 6. — P. 15097.
11. D'Agostino A. Brief psychotic disorder during the national lockdown in Italy: An emerging clinical phenomenon of the COVID-19 pandemic / A. D'Agostino [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. — 2021. — Vol. 47, № 1. — P. 15–22.
12. Peralta V. Long-term outcomes of first-admission psychosis: a naturalistic 21-year follow-up study of symptomatic, functional and personal recovery and their baseline predictors / V. Peralta [et al.] // *Schizophrenia Bulletin*. — 2022. — Vol. 48, № 3. — P. 631–642.
13. Drake R.J. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study / R.J. Drake [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. — 2020. — Vol. 7, № 7. — P. 602–610.
14. Швец К.Н. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) / К.Н. Швец, И.С. Хамская // *Научные результаты биомедицинских исследований*. — 2019. — № 2.
15. Скугаревский О.А. Концепция негативных симптомов психических расстройств: время пересмотра / О.А. Скугаревский // *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. — 2020. — Т. 11, № 2. — С. 319–330.
16. Гончаренко С.Н. Разработка мероприятий по совершенствованию медицинской помощи пациентам с параноидной шизофренией, самостоятельно обратившимся за психиатрической помощью / С.Н. Гончаренко // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2024. — Т. 21, № 2. — С. 19–25.
17. Hahlweg K. Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important / K. Hahlweg, D.H. Baucom // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2023. — Vol. 273, № 4. — P. 819–824.
18. Мухамадиева Н.Б. Проблемы медико-социальной реабилитации лиц, страдающих психическими расстройствами / Н.Б. Мухамадиева // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. — 2023. — Т. 2, № 5. — С. 250–255.

19. Zheng S.S. "Why I stay in community psychiatric rehabilitation": a semi-structured survey in persons with schizophrenia / S.S. Zheng [et al.] // BMC Psychology. — 2022. — Vol. 10, № 1. — P. 213.
20. Палин А.В. Психотерапевтический потенциал психообразования в реабилитации пациентов с расстройствами шизофренического спектра / А.В. Палин // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 3. — С. 96–115.
21. Abbas Q. Attitude towards mental help-seeking, motivation, and economic resources in connection with positive, negative, and general psychopathological symptoms of schizophrenia: a pilot study of a psychoeducation program / Q. Abbas [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2024. — Vol. 15. — P. 1353125.
22. Herrera S.N. Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review / S.N. Herrera [et al.] // Schizophrenia Research. — 2023. — Vol. 252. — P. 148–158.
23. Tadmon D. Trends in outpatient psychotherapy provision by US psychiatrists: 1996–2016 / D. Tadmon, M. Olfson // American Journal of Psychiatry. — 2022. — Vol. 179, № 2. — P. 110–121.
24. Алексеенко С.Н. История развития и современное состояние профессиональной этики психиатра Российской Федерации / С.Н. Алексеенко [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2023. — Т. 33, № 1.
25. Кулешникова Я.Э. Этические проблемы оказания психиатрической помощи / Я.Э. Кулешникова, В.В. Чиликова // Рецензент. — 2022. — С. 119.
26. Карякина М.В. Проблема социального поведения пациентов с шизофренией / М.В. Карякина, П.А. Понизовский, А.Б. Шмуклер // Социальная и клиническая психиатрия. — 2023. — Т. 33, № 2. — С. 59–68.
27. Патраков Э. Социально-психологическая помощь лицам с социальной дезадаптацией / Э. Патраков, С. Абдуллаева, Л. Деточенко. — Москва: Litres, 2022.
28. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, Я.А. Сторожакова. — Москва: Медпрактика-М, 2007.
29. Гурович И.Я. Динамика ремиссии у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством после первых психотических приступов: длительная поддерживающая терапия оланзапином / И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер, М.В. Магомедова [и др.] // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15, № 1. — С. 53–56.
30. Селедцов А.М. Многомерность проблем современной психиатрии: направления развития и инновации в оказании психологической помощи / А.М. Селедцов, А.С. Яковлев, Г.В. Акименко // ББК 5Г И90. — 2024. — С. 232.
31. Ульянина О.А. Отечественный и зарубежный опыт оказания экстренной психологической помощи населению / О.А. Ульянина [и др.] // Современная зарубежная психология. — 2022. — Т. 11, № 3. — С. 114–126.
32. Jordan G. Posttraumatic growth and recovery following a first episode of psychosis: a narrative review of two concepts / G. Jordan [et al.] // Psychosis. — 2020. — Vol. 12, № 3. — P. 285–294.
33. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder / M. Yildiz // Archives of Neuropsychiatry. — 2021. — Vol. 58, № Suppl 1. — P. S77.
34. Leendertse J.C.P. Personal recovery in people with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis of associated factors / J.C.P. Leendertse [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2021. — Vol. 12. — P. 622628.
35. Чинарев В.А. Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Доктор.Ру. — 2024. — Т. 23, № 7. — С. 102–112. — DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112.
36. Чинарев В.А. Клиническое, функциональное и личностное восстановление как ориентир в реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод / В.А. Чинарев // Международный научно-исследовательский журнал. — 2024. — № 9 (147).
37. Frawley E. Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions / E. Frawley [et al.] // Psychological Medicine. — 2023. — Vol. 53, № 5. — P. 1787–1798.
38. Wright A. Evidence-based psychosocial treatment for individuals with early psychosis / A. Wright [et al.] // Child and Adolescent Psychiatric Clinics. — 2020. — Vol. 29, № 1. — P. 211–223.
39. Abdel-Baki A. Long-acting antipsychotic medication as first-line treatment of first-episode psychosis with comorbid substance use disorder / A. Abdel-Baki, D. Thibault, S. Medrano [et al.] // Early Intervention in Psychiatry. — 2020. — Vol. 14, № 1. — P. 69–79. — DOI: 10.1111/eip.12826.
40. Maj M. The clinical characterisation of the patient with primary psychosis aimed at personalisation of management / M. Maj // European Psychiatry. — 2021. — Vol. 64, № S1. — P. S2. — DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.34.
41. Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод: берегающая реабилитация / А.Б. Шмуклер // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: сборник статей. — 2006. — Вып. 1. — С. 116–117.
42. Абрамов В.А. Первый психотический эпизод и проблемы медико-социальной реабилитации больных / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, И.И. Кислицкая // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2015. — № 1 (15). — С. 3–9.
43. Швец К.Н. Критика к болезни и ее влияние на социальную адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод / К.Н. Швец, И.С. Хамская // Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику: сборник статей. — 2021. — Вып. 8. — С. 66.
44. Fusar-Poli P. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda / P. Fusar-Poli [et al.] // The Lancet Psychiatry. — 2022. — Vol. 9, № 1. — P. 72–83.
45. Шашкова Н.Г. Первый психотический эпизод: особенности оказания психиатрической помощи больным в современных условиях / Н.Г. Шашкова, А.К. Гажа // Социальная и клиническая психиатрия. — 2020. — Т. 30, № 2. — С. 80–90.
46. Гречко Т.Ю. Подходы к терапии первого психотического эпизода (этические и терапевтические аспекты) / Т.Ю. Гречко // Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья. — 2017. — С. 24–27.

47. Шеллер А.Д. Комплексная специализированная помощь пациентам с первым психотическим эпизодом / А.Д. Шеллер, А.И. Чеперин, О.А. Паненко // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2018. — Т. 20, № 6. — С. 23–34.
48. Чинарев В.А. Прогностически значимые факторы, определяющие исход первого психотического эпизода / В.А. Чинарев // Личность в норме и патологии: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Челябинск, 13-14 февраля 2025 года. — Челябинск: Челябинский государственный университет, 2025. — С. 144–145. — EDN SHVQMR.
49. Чинарев В.А. Эффективность психокоррекционных и психообразовательных вмешательств у больных с шизофренией и их семей / В.А. Чинарев // 78-я Межвузовская (XIII Всероссийская) итоговая научно-практическая конференция студентов и молодых ученых с международным участием. — Челябинск: Издательство Южно-Уральского государственного медицинского университета, 2024. — С. 104. — EDN COLYWJ.
50. Чинарев В.А. Нелеченный психоз в анамнезе: влияние на прогноз параноидной шизофрении. Клинический случай / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Психиатрия. — 2024. — Т. 22, № 6. — С. 72–81. — DOI: 10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81. — EDN FBFYMG.
51. Чинарев В.А. Клиническая и психометрическая оценка критериев ремиссии при первом психотическом эпизоде / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2024. — Т. 34, № 4. — С. 26–34. — EDN AVILAB.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Wigand M.E. Schizophrenia, human rights and access to health care: a systematic search and review of judgements by the European Court of Human Rights / M.E. Wigand [et al.] // International Journal of Social Psychiatry. — 2021. — Vol. 67, № 2. — P. 168–174.
2. Laursen T.M. Cause-specific life years lost among persons diagnosed with schizophrenia: Is it getting better or worse? / T.M. Laursen, O. Plana-Ripoll, P.K. Andersen // Schizophrenia Research. — 2019. — Vol. 206. — P. 284–290. — DOI: 10.1016/j.schres.2018.11.003.
3. Paul S. Stigma, Discrimination, and Human Rights Violations of People Living with Mental Illness in India / S. Paul, C. Dasgupta // Handbook of Social Inclusion: Research and Practices in Health and Social Sciences. — Cham: Springer International Publishing, 2021. — P. 1–17.
4. Liamputtong P. Stigma, discrimination, and social exclusion / P. Liamputtong, Z.S. Rice // Handbook of Social Inclusion: Research and Practices in Health and Social Sciences. — Cham: Springer International Publishing, 2021. — P. 1–17.
5. Tsar'kov I.E. Sostojanie vysokogo riska razvitiya psihoza: psihometricheskie instrumenty dlja skrininga [High-risk state for psychosis: psychometric screening tools] / I.E. Tsar'kov, A.E. Novoselova, T.V. Zhiljaeva [et al.] // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V.M. Bekhtereva [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. — 2024. — № 2 (58). — P. 20–28. — DOI: 10.31363/2313-7053-2024-832. [in Russian]
6. Robinson N. Environmental risk factors for schizophrenia and bipolar disorder and their relationship to genetic risk: current knowledge and future directions / N. Robinson, S.E. Bergen // Frontiers in Genetics. — 2021. — Vol. 12. — P. 686666.
7. Jaaro-Peled H. Neurodevelopmental factors in schizophrenia / H. Jaaro-Peled, A. Sawa // Psychiatric Clinics. — 2020. — Vol. 43, № 2. — P. 263–274.
8. Budisteanu M. Predictive factors in early onset schizophrenia / M. Budisteanu [et al.] // Experimental and Therapeutic Medicine. — 2020. — Vol. 20, № 6. — P. 210.
9. Fusar-Poli P. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda / P. Fusar-Poli [et al.] // The Lancet Psychiatry. — 2022. — Vol. 9, № 1. — P. 72–83.
10. Salagre E. Predictors of bipolar disorder versus schizophrenia diagnosis in a multicenter first psychotic episode cohort: baseline characterization and a 12-month follow-up analysis / E. Salagre [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. — 2020. — Vol. 81, № 6. — P. 15097.
11. D'Agostino A. Brief psychotic disorder during the national lockdown in Italy: An emerging clinical phenomenon of the COVID-19 pandemic / A. D'Agostino [et al.] // Schizophrenia Bulletin. — 2021. — Vol. 47, № 1. — P. 15–22.
12. Peralta V. Long-term outcomes of first-admission psychosis: a naturalistic 21-year follow-up study of symptomatic, functional and personal recovery and their baseline predictors / V. Peralta [et al.] // Schizophrenia Bulletin. — 2022. — Vol. 48, № 3. — P. 631–642.
13. Drake R.J. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study / R.J. Drake [et al.] // The Lancet Psychiatry. — 2020. — Vol. 7, № 7. — P. 602–610.
14. Shvets K.N. Faktory social'noj dezadaptacii bol'nyh shizofreniej i podhody k psihosocial'noj terapii i rehabilitacii (obzor) [Factors of social maladjustment in schizophrenia patients and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review)] / K.N. Shvec, I.S. Hamskaia // Nauchnye rezul'taty biomedicinskih issledovanij [Scientific Results of Biomedical Research]. — 2019. — № 2. [in Russian]
15. Skugarevskiy O.A. Koncepcija negativnyh simptomov psihicheskikh rasstrojstv: vremja peresmotra [The concept of negative symptoms of mental disorders: time for revision] / O.A. Skugarevskiy // Psihiatrija, psihoterapija i klinicheskaja psihologija [Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology]. — 2020. — Vol. 11, № 2. — P. 319–330. [in Russian]
16. Goncharenko S.N. Razrabotka meropriyatij po sovershenstvovaniyu meditsinskoj pomoshchi patsientam s paranojdnoj shizofreniej, samostoyatel'no obrativshimsya za psikiatricheskoy pomoshch'yu [Development of measures to improve medical care for patients with paranoid schizophrenia who seek psychiatric help independently] / S.N. Goncharenko // Volgogradskij nauchno-meditsinskij zhurnal [Volgograd Scientific Medical Journal]. — 2024. — Vol. 21, № 2. — P. 19–25. [in Russian]

17. Hahlweg K. Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important / K. Hahlweg, D.H. Baucom // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2023. — Vol. 273, № 4. — P. 819–824.
18. Mukhamadieva N.B. Problemy mediko-sotsial'noj reabilitatsii lits, stradayushchikh psikhicheskimi rasstroystvami [Problems of medical and social rehabilitation of individuals with mental disorders] / N.B. Mukhamadieva // *Research Journal of Trauma and Disability Studies*. — 2023. — Vol. 2, № 5. — P. 250–255. [in Russian]
19. Zheng S.S. "Why I stay in community psychiatric rehabilitation": a semi-structured survey in persons with schizophrenia / S.S. Zheng [et al.] // *BMC Psychology*. — 2022. — Vol. 10, № 1. — P. 213.
20. Palin A.V. Psikhoterapevticheskij potentsial psikoobrazovaniya v reabilitatsii patsientov s rasstroystvami shizofrenicheskogo spektra [Psychotherapeutic potential of psychoeducation in rehabilitation of patients with schizophrenia spectrum disorders] / A.V. Palin // *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*. — 2024. — Vol. 32, № 3. — P. 96–115. [in Russian]
21. Abbas Q. Attitude towards mental help-seeking, motivation, and economic resources in connection with positive, negative, and general psychopathological symptoms of schizophrenia: a pilot study of a psychoeducation program / Q. Abbas [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. — 2024. — Vol. 15. — P. 1353125.
22. Herrera S.N. Psychoeducation for individuals at clinical high risk for psychosis: a scoping review / S.N. Herrera [et al.] // *Schizophrenia Research*. — 2023. — Vol. 252. — P. 148–158.
23. Tadmon D. Trends in outpatient psychotherapy provision by US psychiatrists: 1996–2016 / D. Tadmon, M. Olfson // *American Journal of Psychiatry*. — 2022. — Vol. 179, № 2. — P. 110–121.
24. Alekseenko S.N. Istoriya razvitiya i sovremennoe sostoyanie professional'noj etiki psikhiatra Rossijskoj Federatsii [History and current state of professional ethics of psychiatrists in the Russian Federation] / S.N. Alekseenko [et al.] // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. — 2023. — Vol. 33, № 1. [in Russian]
25. Kuleshnikova Ya.E. Eticheskie problemy okazaniya psikhiatricheskoy pomoshchi [Ethical issues in psychiatric care] / Ya.E. Kuleshnikova, V.V. Chilikova // *Retsenzent [Reviewer]*. — 2022. — P. 119. [in Russian]
26. Karyakina M.V. Problema sotsial'nogo povedeniya patsientov s shizofreniej [The problem of social behavior in patients with schizophrenia] / M.V. Karyakina, P.A. Ponizovskij, A.B. Shmukler // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. — 2023. — Vol. 33, № 2. — P. 59–68. [in Russian]
27. Patrakov E. Sotsial'no-psikhologicheskaya pomoshch' litsam s sotsial'noj dezadaptatsiej [Socio-psychological assistance to individuals with social maladjustment] / E. Patrakov, S. Abdullaeva, L. Detochenko. — Moscow: Litres, 2022. [in Russian]
28. Gurovich I.Ya. Psikhosotsial'naya terapiya i psikhosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiiatrii [Psychosocial therapy and psychosocial rehabilitation in psychiatry] / I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler, Ya.A. Storozhakova. — Moscow: Medpraktika-M, 2007. [in Russian]
29. Gurovich I.Ya. Dinamika remissii u bol'nykh shizofreniej i shizoaffektivnym rasstroystvom posle pervykh psikhicheskikh pristupov: dlitel'naya podderzhivayushchaya terapiya olanzapinom [Remission dynamics in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder after first psychotic episodes: long-term maintenance therapy with olanzapine] / I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler, M.V. Magomedova [et al.] // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya [Social and Clinical Psychiatry]*. — 2005. — Vol. 15, № 1. — P. 53–56. [in Russian]
30. Seledtsov A.M. Mnogomernost' problem sovremennoj psikhiiatrii: napravleniya razvitiya i innovatsii v okazanii psikhologicheskoy pomoshchi [Multidimensional problems of modern psychiatry: development directions and innovations in psychological care] / A.M. Seledtsov, A.S. Yakovlev, G.V. Akimenko // *BBK 5G I90*. — 2024. — P. 232. [in Russian]
31. Ul'yanina O.A. Otechestvennyj i zarubezhnyj opyt okazaniya ekstretnoj psikhologicheskoy pomoshchi naseleniyu [Domestic and foreign experience in emergency psychological assistance] / O.A. Ul'yanina [et al.] // *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Modern Foreign Psychology]*. — 2022. — Vol. 11, № 3. — P. 114–126. [in Russian]
32. Jordan G. Posttraumatic growth and recovery following a first episode of psychosis: a narrative review of two concepts / G. Jordan [et al.] // *Psychosis*. — 2020. — Vol. 12, № 3. — P. 285–294.
33. Yildiz M. Psychosocial rehabilitation interventions in the treatment of schizophrenia and bipolar disorder / M. Yildiz // *Archives of Neuropsychiatry*. — 2021. — Vol. 58, № Suppl 1. — P. S77.
34. Leendertse J.C.P. Personal recovery in people with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis of associated factors / J.C.P. Leendertse [et al.] // *Frontiers in Psychiatry*. — 2021. — Vol. 12. — P. 622628.
35. Chinarev V.A. Pervyj psikhicheskij epizod: kliniko-diagnosticheskie aspekty i terapevticheskie podkhody [First psychotic episode: clinical-diagnostic aspects and therapeutic approaches] / V.A. Chinarev, E.V. Malinina // *Doktor.Ru [Doctor.Ru]*. — 2024. — Vol. 23, № 7. — P. 102–112. — DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112. [in Russian]
36. Chinarev V.A. Klinicheskoe, funktsional'noe i lichnostnoe vosstanovlenie kak orientir v reabilitatsii patsientov, perenessikh pervyj psikhicheskij epizod [Clinical, functional, and personal recovery as a benchmark in rehabilitation of patients after first psychotic episode] / V.A. Chinarev // *Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skij zhurnal [International Research Journal]*. — 2024. — № 9 (147). [in Russian]
37. Frawley E. Social and occupational recovery in early psychosis: a systematic review and meta-analysis of psychosocial interventions / E. Frawley [et al.] // *Psychological Medicine*. — 2023. — Vol. 53, № 5. — P. 1787–1798.
38. Wright A. Evidence-based psychosocial treatment for individuals with early psychosis / A. Wright [et al.] // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*. — 2020. — Vol. 29, № 1. — P. 211–223.
39. Abdel-Baki A. Long-acting antipsychotic medication as first-line treatment of first-episode psychosis with comorbid substance use disorder / A. Abdel-Baki, D. Thibault, S. Medrano [et al.] // *Early Intervention in Psychiatry*. — 2020. — Vol. 14, № 1. — P. 69–79. — DOI: 10.1111/eip.12826.
40. Maj M. The clinical characterisation of the patient with primary psychosis aimed at personalisation of management / M. Maj // *European Psychiatry*. — 2021. — Vol. 64, № S1. — P. S2. — DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.34.

41. Shmukler A.B. Pervyj psikhicheskij epizod: sberegayushchaya reabilitatsiya [First psychotic episode: recovery-oriented rehabilitation] / A.B. Shmukler // *Sovremennye printsipy terapii i reabilitatsii psikhicheski bol'nykh* [Modern principles of therapy and rehabilitation of mentally ill patients]: collection of articles. — 2006. — Vol. 1. — P. 116–117. [in Russian]
42. Abramov V.A. Pervyj psikhicheskij epizod i problemy mediko-sotsial'noj reabilitatsii bol'nykh [First psychotic episode and problems of medical-social rehabilitation of patients] / V.A. Abramov, I.V. Zhigulina, I.I. Kislitskaya // *Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii* [Journal of Psychiatry and Medical Psychology]. — 2015. — № 1 (15). — P. 3–9. [in Russian]
43. Shvets K.N. Kritika k bolezni i ee vliyanie na sotsial'nyu adaptatsiyu bol'nykh shizofreniej, perenessikh pervyj psikhicheskij epizod [Insight into illness and its impact on social adaptation of schizophrenia patients after first psychotic episode] / K.N. Shvets, I.S. Khamskaya // *Psikhiatriya 21 veka: pervye shagi v nauku i praktiku* [Psychiatry of the 21st Century: First Steps in Science and Practice]: collection of articles. — 2021. — Vol. 8. — P. 66. [in Russian]
44. Fusar-Poli P. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda / P. Fusar-Poli [et al.] // *The Lancet Psychiatry*. — 2022. — Vol. 9, № 1. — P. 72–83.
45. Shashkova N.G. Pervyj psikhicheskij epizod: osobennosti okazaniya psikhiatricheskoj pomoshchi bol'nym v sovremennykh usloviyakh [First psychotic episode: features of psychiatric care in modern conditions] / N.G. Shashkova, A.K. Gazha // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. — 2020. — Vol. 30, № 2. — P. 80–90. [in Russian]
46. Grechko T.Yu. Podkhody k terapii pervogo psikhicheskogo epizoda (eticheskie i terapevticheskie aspekty) [Approaches to therapy of first psychotic episode (ethical and therapeutic aspects)] / T.Yu. Grechko // *Psikhiatriya: sovremennye tendentsii okhrany psikhicheskogo zdorov'ya* [Psychiatry: modern trends in mental health care]. — 2017. — P. 24–27. [in Russian]
47. Sheller A.D. Kompleksnaya spetsializirovannaya pomoshch' patsientam s pervym psikhicheskim epizodom [Comprehensive specialized care for patients with first psychotic episode] / A.D. Sheller, A.I. Cheperin, O.A. Panenko // *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya* [Psychiatry and Psychopharmacotherapy]. — 2018. — Vol. 20, № 6. — P. 23–34. [in Russian]
48. Chinarev V.A. Prognosticheski znachimye faktory, opredelyayushchie iskhod pervogo psikhicheskogo epizoda [Prognostic factors determining the outcome of first psychotic episode] / V.A. Chinarev // *Lichnost' v norme i patologii* [Personality in Norm and Pathology]: Proceedings of the IV International Scientific-Practical Conference, Chelyabinsk, February 13-14, 2025. — Chelyabinsk: Chelyabinsk State University, 2025. — P. 144–145. — EDN SHVQMR. [in Russian]
49. Chinarev V.A. Effektivnost' psikhokorrekcionnykh i psikhooobrazovatel'nykh vmeshatel'stv u bol'nykh s shizofreniej i ikh semej [Effectiveness of psycho-corrective and psycho-educational interventions in patients with schizophrenia and their families] / V.A. Chinarev // *78-ya Mezhdunarodnaya (XIII Vserossiyskaya) itogovaya nauchno-prakticheskaya konferentsiya studentov i molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiem* [78th Interuniversity (XIII All-Russian) Final Scientific-Practical Conference of Students and Young Scientists with International Participation]. — Chelyabinsk: Publishing House of South Ural State Medical University, 2024. — P. 104. — EDN COLYWJ. [in Russian]
50. Chinarev V.A. Nelechennyj psikhoz v anamneze: vliyanie na prognoz paranoidnoj shizofrenii. Klinicheskij sluchaj [Untreated psychosis in history: impact on prognosis of paranoid schizophrenia. Clinical case] / V.A. Chinarev, E.V. Malinina, M.D. Obukhova // *Psikhiatriya* [Psychiatry]. — 2024. — Vol. 22, № 6. — P. 72–81. — DOI: 10.30629/2618-6667-2024-22-6-72-81. — EDN FBFYMG. [in Russian]
51. Chinarev V.A. Klinicheskaya i psikhometricheskaya otsenka kriteriev remissii pri pervom psikhicheskom epizode [Clinical and psychometric assessment of remission criteria in first psychotic episode] / V.A. Chinarev, E.V. Malinina, M.D. Obukhova // *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya* [Social and Clinical Psychiatry]. — 2024. — Vol. 34, № 4. — P. 26–34. — EDN AVILAB. [in Russian]