

Обзорная статья
УДК 159.972
DOI: 10.14529/jpps230205

Когнитивный и эмоционально-волевой дефицит как мишени психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод

Е.В. Щетинина[✉]

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева
Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва, Россия
[✉] evvladi@list.ru

Аннотация

Обоснование: повышенное внимание к молодым пациентам, перенесшим первый эпизод психоза, сопряжено с наибольшей эффективностью психофармакологического и психореабилитационного воздействия и способствует длительной ремиссии. **Цель работы** – провести обзор литературы и научных исследований, посвященных изучению клинико-психологических особенностей пациентов, впервые столкнувшихся с психотическими расстройствами, обозначить различия в формировании дефекта, а также провести обзор современной структуры оказания комплексной медико-психологической помощи на разных этапах заболевания. **Результаты.** Раннее выявление и лечение первого психотического эпизода с применением комплексного медико-психологического подхода способствует минимизации негативного влияния болезни, более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов. При этом выбор психотерапевтических и реабилитационных программ должен исходить из сферы преобладания дефицитарной симптоматики у конкретного больного и степени его социальной дезадаптации. **Заключение.** Выделение пациентов, перенесших первый психотический эпизод, в отдельную группу, выявление с помощью методов психологической диагностики преобладающей сферы дефицитарности и разработка на этой основе релевантных программ психологического вмешательства и социальной реабилитации составляют перспективы настоящего исследования.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, шизофрения, шизофренический дефект, нейрокогнитивный дефицит, эмоционально-волевая сфера, психореабилитационные программы

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Щетинина Е.В. Когнитивный и эмоционально-волевой дефицит как мишени психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод // Психология. Психофизиология. 2023. Т. 16, № 2. С. 49–56. DOI: 10.14529/jpps230205

Review article
DOI: 10.14529/jpps230205

Cognitive and emotional-volitional deficits as targets for psychosocial rehabilitation of patients after the first psychotic episode

E.V. Shchetinina[✉]

Psychiatric Hospital no. 1 named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow,
Moscow, Russia
[✉] evvladi@list.ru

Abstract

Background: increased attention to young patients who have experienced the first episode of psychosis is associated with the proven efficacy of psychopharmacology and psychorehabilitation and contributes

© Щетинина Е.В., 2023.

to long-term remission. **Aim.** This paper aims to provide a review of studies on the clinical and psychological characteristics of patients who first encountered psychotic disorders, identify differences in their formation, and summarize the modern structure of comprehensive medical and psychological care at different stages of the disease. **Results.** Early detection and treatment of the first psychotic episode through an integrated medical and psychological approach contributes to minimizing the negative impact of the disease, its more favorable course, and social recovery of patients. The choice of psychotherapeutic and rehabilitation treatments should be based on the deficit symptoms and disadaptation levels of a particular patient. **Conclusion.** The prospects of this study are associated with classifying first-psychotic-episode patients into a separate group, identifying their deficit symptoms by means of psychological assessment, and developing relevant programs for psychological intervention and social rehabilitation

Keywords: first psychotic episode, schizophrenia, schizophrenic defect, neurocognitive deficit, emotional-volitional sphere, psychorehabilitation program

The author declares no conflict of interest.

For citation: Shchetinina E.V. Cognitive and emotional-volitional deficits as targets for psychosocial rehabilitation of patients after the first psychotic episode. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology*. 2023;16(2):49–56. (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps230205

Пациенты, перенесшие первый психотический эпизод, представляют собой, как правило, группу молодых людей от 18 до 35 лет, которые впервые столкнулись с психозом или давность заболевания которых не превышает пяти лет, в течение которых отмечается не более трех госпитализаций. Повышенный интерес к данной категории пациентов продиктован несомненной важностью психофармакологического и психотерапевтического вмешательства на ранних, впервые выявленных этапах психического заболевания, что позволяет специалистам обеспечить пациентам продолжительную ремиссию, сохранить достойное качество жизни и социальное функционирование [1, 2]. Отделение пациентов с первым психотическим эпизодом от остальной массы пациентов, длительно страдающих психическими расстройствами (здесь и далее подразумеваются расстройства психики психотического уровня, а именно диагнозы F20-F29, F30-F31), подразумевает наличие у первых высокого реабилитационного потенциала. Известный догмат о том, что заболевание легче предупредить, чем лечить, находит здесь свое отражение.

Раннее выявление и лечение первого психотического состояния приводит к минимизации психосоциального стресса и негативного влияния болезни, способствует более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов. С учетом этих данных во многих странах мира создаются клиники

первого психотического эпизода. Первая подобная клиника с ноября 2000 года существует в Московском НИИ психиатрии МЗ РФ. За минувшие двадцать с лишним лет клиники первого психотического эпизода были организованы при психиатрических больницах ряда городов России. В данных подразделениях, включающих в себя стационар, полустационарное отделение (дневной стационар), диспансерное наблюдение, создается благоприятная терапевтическая среда, применяются наиболее современные подходы к лечению, пациентам предоставлен широкий спектр психосоциальных мероприятий. Работа специалистов направлена на формирование приверженности лечению у пациентов. Этапы лечения в клинике первого эпизода (стационар, дневной стационар и амбулаторный кабинет) соответствуют стадиям психического расстройства. В острой фазе пациенту требуется помощь и круглосуточное наблюдение в рамках стационара, на стадии стабилизации пациент может быть выписан в дневной стационар, где будет продолжаться наблюдение до наступления ремиссии¹.

¹ Психосоциальная реабилитационная программа «Психообразование пациентов с первым психотическим эпизодом в условиях стационара»: Методические рекомендации / под общ. ред. Г.П. Костюка. М.: «КДУ», «Университетская книга». 2019. 76 с. DOI: <http://doi.org/10.31453/kdu.ru.91304.0103>

Общая концепция безумия существовала на протяжении тысячелетий, однако впервые шизофрения как самостоятельная нозологическая единица была описана в работах В.Х. Кандинского в его знаменитом научном труде «О псевдогаллюцинациях» и именовалась «идеофренией». Спустя время французский психиатр Э. Крепелин также выделил шизофрению, названную ранее Б. Моррелем *dementia praecox* («ранее слабоумие»), в отдельное психическое расстройство. Сам термин «шизофрения» впервые был употреблен швейцарским психиатром Э. Блейером в 1908 году, под этим понятием он подразумевал самостоятельное заболевание в отличие от деменции. Э. Блейер ёмко сформулировал ведущие критерии диагностики этого заболевания, назвав их «четыре «а»: аутизм, амбивалентность (эмоциональная, волевая и интеллектуальная), аффект, нарушение ассоциаций.

В настоящее время доминирует холистический подход в понимании природы психических расстройств (биопсихосоциальная концепция психических заболеваний), основанный на следующих моделях этиопатогенеза: «диатез-стресс» модели и адаптационно-компенсаторной модели. Холистический подход позволяет понять природу болезни более разносторонне, учесть все факторы от генетики до социального окружения. Со стремительным развитием генетики во второй половине XX века взгляд ученых на этиологию шизофрении был радикальным, хотя еще в 1911 г. Э. Блейер отмечал вклад социального фактора в генез шизофрении и писал: «...повседневные трудности повседневной жизни могут, в конце концов, расшатать неустойчивое равновесие».

В лонгитюдных исследованиях О.И. Осокиной прослеживается взаимосвязь между неблагоприятным прогнозом заболевания и следующими факторами: неблагоприятные социально-бытовые, материальные условия жизни пациента, принадлежность к мужскому полу, принадлежность к некоторым этническим меньшинствам (что, по мнению авторов, также связано с тяжелым социальным положением), наличие депрессивных эпизодов, наличие суицидального поведения в анамнезе, неаффективный характер психоза, низкий уровень образования, а также безработица [3].

В эпидемиологических исследованиях отмечается, что средний срок от начала заболевания до обращения за психиатрической помощью составляет около одного года, и только треть больных попадает в поле зрения психиатров в течение первых двух месяцев. Согласно данным авторов длительность продромального периода составляет в среднем от 8,5 месяца до 5,5 года (период с появления малейших психопатологических симптомов до манифестного психоза)². Ранние признаки психического расстройства могут быть трудны для понимания больного, ранее не обращавшегося за психиатрической помощью, и могут характеризоваться крайней полиморфностью, однако наиболее патогномичными являются симптомы психического отчуждения (дереализация, деперсонализация, феномены «дежавю» и «жамевю», психические автоматизмы и прочее). Начальный этап психоза во многом определяет дальнейшее течение заболевания.

В последние годы предметом множества научных изысканий становится исследование ранних признаков психических расстройств еще на продромальном этапе, предшествующем дебюту заболевания. Интерес к этому очевиден и обусловлен первостепенной задачей предотвращения зарождающегося психического расстройства, способного повлечь за собой необратимо тяжелые последствия вплоть до инвалидизации и порой летальных исходов больных. Во многих исследованиях прослеживается отчетливая связь между длительным периодом нелеченного психоза и низкой эффективностью последующего лечения³. Раннее выявление и лечение психотических расстройств оказывает протективное

² Шмуклер А.Б. Комплексная помощь пациентам с впервые возникшим психотическим состоянием // Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: материалы научно-практической конференции / под ред. Г.П. Костюка. М.: КДУ, 2018. С. 273–285.

³ Шмуклер А.Б. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация психически больных в современных условиях // Региональный опыт модернизации психиатрических служб: материалы научно-практической конференции / под ред. Г.П. Костюка. М.: ООО «Издательский дом КДУ». 2017. С. 13–18.

действие на головной мозг, защищает от разрушительного воздействия болезни, предупреждает стремительную хронификацию патологического процесса. Выделение больных с первым психотическим эпизодом, как было отмечено выше, не превышающих пятилетний срок заболевания, в отдельную категорию пациентов предполагает систематическое, комплексное воздействие со стороны лечебных и реабилитационных мер (психофармакотерапия, психообразование пациентов и их родственников, психотерапия, психокоррекция негативных симптомов) с целью предотвратить биологическое, социальное и психологическое ухудшение. Одним из показателей эффективности данных мероприятий является отсутствие смены лекарств и отсутствие повторных госпитализаций в течение года [4–6].

К сожалению, психические расстройства зачастую имеют хронический, прогрессивный характер и неминуемо приводят к формированию так называемого дефекта (конечного состояния болезни). Выраженность его оказывает непосредственное, прямое влияние на исход заболевания и определяет реабилитационные возможности пациента. Изучение исходов эндогенных заболеваний насчитывает не один десяток лет, и исторически основное представление о природе дефекта было изложено в трудах J. Jackson (теория диссоциации) и E. Bleuler (концепция первичных психопатологических симптомов) [7].

Согласно Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) сформированный стойкий шизофренический «дефект» классифицируется на отдаленных этапах заболевания и расценивается диагностически как так называемая остаточная (резидуальная) шизофрения, критериями которой служат следующие признаки: снижение психомоторной активности, пассивность, безволие, бедность речи, маскообразность мимики, утрата навыков самообслуживания, низкая социальная активность⁴.

Существует множество отечественных подходов к классификации дефектов. К примеру, в отечественной психиатрии выделяют следующие виды дефектов: психопатоподоб-

ный, псевдоорганический, дефект по типу фершробен и простого дефицита. В работе А.Б. Смулевича с соавторами представлена классификация дефектов, предложенная с опорой на зарубежные и отечественные работы в данной области. Выделяются три типа шизофренического дефекта: 1) псевдопсихопатический; 2) псевдоорганический; 3) психопатоподобный по типу «новой жизни». Согласно А.Б. Смулевичу, клиническая картина при том или ином шизофреническом дефекте проявляется не в чистом виде, а напрямую связана с усугубляющимися личностными чертами, образуя общие синдромы, а сам шизофренический дефект рассматривается как модель дихотомии с преобладанием либо волевой (апатобулической), либо эмоциональной дефицитарности [7].

Несмотря на многообразие подходов и критериев, сферой преобладания дефицитарной симптоматики является эмоционально-волевая сфера и когнитивная.

По данным ряда авторов, нейрокогнитивный дефицит нередко присутствует уже во время продромальных фаз болезни, наиболее прогрессирует в первые пять лет болезни, не имеет связи с длительностью нелеченного психоза и во многом определяет качество жизни, уровень социального функционирования и исход болезни [8]. Иными словами, выраженные когнитивные нарушения, имеющиеся уже в доманифестном периоде, указывают на большую злокачественность процесса. Нейрокогнитивный дефицит напрямую связан с нарушением критики пациента к своему состоянию, что, в свою очередь, влияет и на приверженность лечению, а это вводит пациента в своего рода замкнутый порочный круг: усугубляет его симптоматику, провоцирует рецидивы, способствует хронификации заболевания и неблагоприятному прогнозу.

Исследования, проведенные с помощью батареи нейропсихологических тестов, получили свое подтверждение при проведении исследования методами нейровизуализации и обнаружили нарушения в отделах мозга. В настоящее время наличие нейрокогнитивного дефицита у пациента рассматривается как третья категория симптомов (вместе с продуктивной и негативной симптоматикой). Согласно данным И.Я. Гуровича, около 94 %

⁴ Классификация болезней в психиатрии и наркологии. Пособие для врачей / под ред. М.М. Милевского. М.: Триада-X, 2009. 183 с.

всех больных шизофренией обнаруживают наличие когнитивного дефекта [5]. Он наблюдается у пациентов с первым приступом заболевания и, по всей видимости, наибольшее его нарастание происходит в первые пять лет после манифеста болезни, что требует наиболее активного вмешательства (как медикаментозного, так и психосоциального) в этот период.

Согласно А.С. Тиганову наиболее тяжелым вариантом дефекта является псевдоорганический вариант, который, как правило, наблюдается при непрерывно текущей шизофрении с быстрым темпом прогрессивности болезненного процесса⁵. Природа шизофренического дефекта представляет собой последовательную цепь негативных изменений, которая берет свое начало с малозаметных личностных особенностей больного человека и впоследствии затрагивает все более глубокие слои психической организации. Формирование дефекта проходит ряд стадий, по которым можно судить о глубине поражения психики. Начинаясь с признаков личностной дисгармонии, патологический процесс неизбежно приводит к редукции энергетического потенциала и распаду личности⁵.

Выдающийся отечественный психолог Ю.Ф. Поляков с коллегами посвятил много лет исследованию психологических особенностей шизофренического дефекта. Проведенные масштабные патопсихологические исследования больных шизофренией наглядно отражают, что нарушение познавательной деятельности происходит на всех ее уровнях. Ю.Ф. Поляковым при изучении структуры шизофренического дефекта были выделены две основные тенденции формирования – парциальный (или диссоциированный), с одной стороны, и тотальный (псевдоорганический), с другой стороны [9].

При парциальном виде дефекта мы наблюдаем недостаточность мотивационно-потребностной сферы, снижение социальной направленности, избегание общения, снижение продуктивности деятельности в тех областях, что сопряжены с социальными контактами, в то время как в прочих сферах жизни,

где роль социального критерия невелика, больной остается относительно сохранным [9].

При тотальном, псевдоорганическом, дефекте нарушение мотивационно-потребностной сферы становится глобальным и тотально разрушительным для личности, охватывающим все стороны жизни. У больного снижается воля, инициатива, произвольная регуляция деятельности. При проведении патопсихологического исследования выраженные нарушения динамических показателей психической деятельности не являются следствием истощаемости испытуемого, а являются проявлением выраженного нарушения волевого компонента. Общей чертой патопсихологических синдромов обозначенных дефектов является снижение потребностно-мотивационной стороны социальной регуляции психической деятельности [9].

В исследовании Е.Г. Корнетовой с соавторами (2016) установлена взаимосвязь между конституциональным портретом заболевшего и доминирующим симптомокомплексом (дефектом). Так, было выявлено, что такой конституционально-морфологический тип пациента, как астенический, чаще ассоциируется с преобладанием в клинической картине именно нейрокогнитивного дефицита, мезостенический – с неврозоподобным типом дефекта (псевдоневротическим, псевдопозитивным), а гиперстенический – в большей степени с поведенческими расстройствами. Авторы считают астенический тип телосложения маркером недостаточного ответа на психофармакотерапию нейрорептиками, в отличие от других типов конституции [10].

Другим вариантом шизофренического дефекта является дефицитарность со стороны эмоционально-волевой сферы, так называемый апатоабулический синдром. В данном случае у больных наблюдаются выраженные нарушения волевого компонента – безволие, безынициативность, эмоциональная выхоленность, пассивность, редукция энергетического потенциала. В литературе можно также встретить формулировку «динамическая пустота». Данный вариант дефекта изучался такими видными отечественными психиатрами, как А.В. Снежневский, А.Б. Смулевич, Г. Шюле и др.⁵

Преобладание эмоционально-волевых нарушений в клинической картине больного не-

⁵ Руководство по психиатрии: В 2 т. Т. 1 / А.С. Тиганов, А.В. Снежневский, Д.Д. Орловская и др.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. 712 с.

редко оказывается более губительным, нежели наличие нейрокогнитивного дефекта. Такие больные могут сохранять формальную критику к своему состоянию, страдать от постпсихотических депрессий, предъявлять стереотипные жалобы и не иметь влияния на собственную жизнь. В научной литературе существуют различные, не противоречащие друг другу классификации эмоционально-волевых дефектов при шизофрении. Так, помимо апатобулического дефекта отдельно выделяются: астенический дефект, психопатоподобный, аутистический, диссоциативный, неврозоподобный и т. д.

Стоит отметить, что пациенты с шизофренией являются одной из наиболее уязвимых групп в отношении социальной дезадаптации. Согласно данным проведенного исследования было выявлено, что в группе пациентов с высоким уровнем стресса отмечается наибольшая интенсивность стигматизирующих переживаний. Переживания стигмы и боязнь ее формирования проявляется уже на ранних этапах психического расстройства, являясь неблагоприятным прогностическим фактором. Зачастую переживание стигмы является более тяжелым нарушением даже в сравнении с самыми серьезными симптомами психического расстройства⁶ [11, 12].

Формирование дефекта как исхода психических расстройств характеризует необратимые изменения личности больного, что представляет важную социальную проблему. Важность и своевременность оказания комплекса медико-психологических мероприятий очевидна, и дальнейшие научные изыскания в данной области являются одной из первоочередных задач Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

⁶ Ениколопов С.Н. Стигматизация и проблема психического здоровья // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (к 85-летию Ю.Ф. Полякова). 2013. URL: <https://psyjournals.ru/nonserialpublications/medpsytrad/contents/61088>

Катан Е.А. Особенности смысложизненных и ценностных ориентаций личности больных шизо-типическим расстройством и больных шизофренией после первого психотического эпизода // Психическое здоровье человека XXI века: сб. научных статей по материалам Конгресса. 2016. С. 261–263.

Психосоциальная терапия (психосоциальная реабилитация) входит в основные клинические рекомендации по ведению пациентов с диагнозом «шизофрения» и представляет собой наряду с психофармакотерапией необходимую и неотъемлемую стратегию лечения. Психореабилитационные мероприятия могут быть присоединены на любом этапе оказания помощи больному (но вне острых состояний). «Чем раньше по отношению к началу заболевания начинаются психосоциальные мероприятия, тем скорее можно рассчитывать на благоприятный исход» [13].

Выбор психореабилитационной программы должен исходить из сферы преобладания дефицитарной симптоматики у конкретного больного и степени его социальной дезадаптации. Составление реабилитационного маршрута, программы психосоциальных мероприятий зависит от актуального психического состояния пациента, этапа оказания психиатрической помощи и задач, которые ставятся на данном этапе. Соответственно этим критериям выделяются отдельные по форме и содержанию этапы психосоциального воздействия. К примеру, для пациентов, перенесших первый психотический эпизод, основной акцент делается на психообразовательных мероприятиях, на информировании пациентов о заболевании, обучении отслеживанию ранних признаков психического расстройства, на формирование комплаенса, восстановление по возможности прежнего уровня социального функционирования [14]. В настоящее время возлагаются большие надежды на возможную психокоррекцию дефекта с применением техник когнитивно-поведенческой психотерапии, тренингов социальных навыков.

Заключение

Таким образом, выделение пациентов, перенесших первый психотический эпизод, в отдельную приоритетную группу больных продиктовано необходимостью оказания своевременной комплексной медико-психологической помощи с целью профилактики рецидивов болезни, формирования длительной ремиссии, предупреждения нарастания дефицитарной симптоматики.

Список источников

1. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27, № 3. С. 5–9.
2. Шашкова Н.Г., Гажа А.К. Первый психотический эпизод: особенности оказания психиатрической помощи больным в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 2. С. 80–90.
3. Осокина О.И. Психопатологический анализ и трансформация синдрома психического отчуждения на продромальном этапе шизофрении и этапе первого манифестного приступа // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2010. № 1-2. С. 22–29.
4. Первый психотический эпизод: эпидемиологические аспекты организации помощи / Н.Г. Незнанов, А.Б. Шмуклер, Г.П. Костюк, А.Г. Софронов // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28, № 3. С. 5–11.
5. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Издательский дом «Медпрактика-М», 2010. 543 с.
6. Тарантова К.А., Зяблов В.А., Трущелев С.А. Медико-социальная характеристика пациентов клиники первого психотического эпизода // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122, № 1-2. С. 35–40. – DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201235>
7. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности) / А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, В.М. Лобанова и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118, № 11. С. 4–14. DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181114>.
8. Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций // Клиническая и специальная психология. 2022. Т. 11, № 1. С. 164–191. DOI: <https://doi.org/10.17759/crps.2022110108>.
9. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 167 с.
10. Пути совершенствования реабилитационной тактики при шизофрении с риском развития негативного симптомокомплекса / Е.Г. Корнетова, Ф.Ф. Микилев, А.В. Семке и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 3 (92). С. 9–13.
11. Абрамов В.А., Путятин Г.Г., Абрамов А.В. Влияние стрессогенных факторов на формирование стигмы у больных с первым психотическим эпизодом // Журнал психиатрии и медицинской психологии 2010. № 1-2 (24–25). С. 3–9.
12. Степанова А.В. Сравнительный анализ психологической адаптации у больных шизотипическим расстройством и параноидной шизофренией // Учёные записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. 2015. Т. 22, № 1. С. 47–50. DOI: <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2015-22-1-47-50>.
13. Кекелидзе З.И., Незнанов Н.Г. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение шизофрении. М., 2014. 42 с.
14. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией / Е.Г. Дмитриева, О.А. Даниленко, Е.Г. Корнетова и др. // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3. С. 18–23.

Поступила 14.03.2023; одобрена после рецензирования 28.04.2023; принята к публикации 04.05.2023.

Информация об авторе:

Щетинина Евгения Владимировна, медицинский психолог, Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н.А. Алексеева Департамента здравоохранения города Москвы (Россия, 117152, г. Москва, Загородное шоссе, д. 2); ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5060-8881>; e-mail: evvladi@list.ru

Автор прочитал и одобрил окончательный вариант рукописи.

References

1. Kostyuk G.P., Shmukler A.B., Golubev S.A. Epidemiological aspects of diagnosis of schizophrenia in Moscow. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya = Social and Clinical Psychiatry*. 2017;27(3):5–9. (in Russ.).
2. Shashkova N.G., Gaza A.K. The first psychotic episode: peculiarities of providing mental health services to patients under modern conditions. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya = Social and Clinical Psychiatry*. 2020;30(2):80–90. (in Russ.).
3. Osokina O.I. The psychopathological analysis and transformation of the syndrome of mental alienation on prodromal stage of the schizophrenia and the stage of the 1st psychosis episode. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii = Journal of Psychiatry and Medical Psychology*. 2010;1-2:22–29. (in Russ.).
4. Neznanov N.G., Shmukler A.B., Kostyuk G.P., Sofronov A.G. The first psychotic episode: epidemiological aspects of care provision. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya = Social and Clinical Psychiatry*. 2018;28(3):5–11. (in Russ.).
5. *Pervyi psikhoticheskii epizod (problemy i psikhiatricheskaya pomoshch')* [The first psychotic episode (problems and psychiatric care)]. Ed. I.Ya. Gurovich, A.B. Shmukler. Moscow: Medpraktika. 2010:543. (in Russ.).
6. Tarantova K.A., Zyablov V.A., Trushchelev S.A. Medical and social characteristics of patients of the first psychotic episode clinic. *Zhurnal nevrologii i psikhatrii imeni S.S. Korsakova = S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry*. 2022;122(1-2):35–40. (in Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201235>
7. Smulevich A.B., Dubnitskaya E.B., Lobanova V.M. et al. Personality disorders and schizophrenic defect (problem of comorbidity). *Zhurnal nevrologii i psikhatrii im. S.S. Korsakova = Korsakov's Journal of Neurology and Psychiatry*. 2018;118(11):4–14. (in Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181114>
8. Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Y. Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*. 2022;11(1):164–191. (in Russ.). DOI: <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110108>.
9. Polyakov Yu.F. *Patologiya poznavatel'noi deyatel'nosti pri shizofrenii* [Pathology of cognitive activity in schizophrenia]. Moscow: Medicine. 1974:167. (in Russ.).
10. Kornetova E.G., Mikilev F.F., Semke A.V. et al. The ways to improve rehabilitation approach in schizophrenia with predominance of negative disturbances. *Sibirskii vestnik psikhatrii i narkologii = Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016;3(92):9–13. (in Russ.).
11. Abramov V.A., Putyatin G.G., Abramov A.V. Impact of stress-genic factors on the formation of the stigma by patients with the first psychotic episode. *Zhurnal psikhatrii i meditsinskoj psikhologii = Journal of Psychiatry and Medical Psychology*. 2010;1-2(24–25):3–9. (in Russ.).
12. Stepanova A.V. Comparative analysis of psychological adaptation in patients with paranoid schizophrenia and shizotypal disorder. *Uchenye zapiski Pervogo Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta imeni akademika I.P. Pavlova = The Scientific Notes of the Pavlov University*. 2015;22(1):47–50 (in Russ.). DOI: <https://doi.org/10.24884/1607-4181-2015-22-1-47-50>.
13. Kekelidze Z.I., Neznanov N.G. *Klinicheskie rekomendatsii. Diagnostika i lechenie shizofrenii* [Clinical recommendations. Diagnosis and treatment of schizophrenia]. Moscow. 2014:42. (in Russ.).
14. Dmitrieva E.G., Danilenko O.A., Kornetova E.G. et al. Influence of compliance on adaptation of schizophrenic patients. *Sibirskii vestnik psikhatrii i narkologii = Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2016;3(92):9–13. (in Russ.).

Submitted 14.03.2023; approved after reviewing 28.04.2023; accepted for publication 04.05.2023.

About the author:

Evgeniya V. Shchetinina, medical psychologist, Psychiatric Hospital no. 1 named after N.A. Alexeev of the Department of Health of Moscow (2, Zagorodnoye shosse, Moscow, 117152, Russia); ORCID: <https://orcid.org/0009-0007-5060-8881>, e-mail: evvladi@list.ru

The author has read and approved the final manuscript.