

Научная статья
УДК 159.89
DOI: 10.14529/jpps250207

Прогностически адверсные клинико-психопатологические факторы в развитии первого психотического эпизода

В.А. Чинарев^{1,2✉}, М.Д. Обухова²

¹ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1, Челябинск, Россия

² Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия
✉ v.chinarev@okspsnb.ru

Аннотация

Обоснование. Существующая гетерогенность клинических проявлений расстройств шизофренического спектра отражает прямую зависимость между прогностически неблагоприятными клинико-психопатологическими факторами и низкой эффективностью последующего лечения. Согласно мнениям клиницистов, преобладание таких нарушений может оказаться более разрушительным и пагубным, чем психопатологическая структура самого расстройства. **Цель:** проспективный анализ взаимосвязи между степенью тяжести, психотической структурой и течением первого психотического эпизода с прогностически адверсными клинико-психопатологическими факторами в анамнезе в рамках подготовки к внедрению личностно-социальной программы психосоциальной реабилитации «ИМПУЛЬС». **Материалы и методы.** Исследование проведено на базе ГБУЗ «ОКСПНБ № 1» г. Челябинска в клиническом отделении первого психотического эпизода для мужчин. В выборку было включено 79 пациентов с первым эпизодом психоза. **Результаты.** Выявлена прямая корреляционная зависимость между клинико-психопатологическими факторами в анамнезе и течением первого эпизода психоза. Абсолютно неблагоприятными предикторами стали: отсутствие собственной семьи, негативный настрой родственников в отношении заболевания пациента, отсутствие трудоустройства на момент госпитализации. Для пациентов с социальным снижением были характерны аутизация и повторные госпитализации, для группы с чертами асоциального поведения – повторное стационарирование, в том числе в недобровольном порядке, предрасположенность к агрессии/аутоагрессии и психопатоподобному поведению, суицидальные тенденции. При неустойчивой ремиссии и повторном приступообразовании были выявлены многократные повторные госпитализации, черты психопатоподобного поведения, напрямую зависящие от выраженности императивных и/или враждебных псевдогаллюцинаций. **Заключение.** Выявление адверсных клинико-психопатологических факторов позволяет определить траекторию и закономерности течения первого эпизода психоза в структуре расстройств шизофренического спектра. Раннее вмешательство, а также влияние на прогностически неблагоприятные факторы, зачастую являющиеся модифицируемыми, дает возможность предотвратить нежелательный исход манифестации заболевания, напрямую влияя на тактику ведения таких пациентов и проведение психореабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: клинико-психопатологические факторы, первый психотический эпизод, расстройства шизофренического спектра, адверсные факторы

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Для цитирования: Чинарев В.А., Обухова М.Д. Прогностически адверсные клинико-психопатологические факторы в развитии первого психотического эпизода // Психология. Психопсихология. 2025. Т. 18, № 2. С. 74–86. DOI: 10.14529/jpps250207

Prognostically unfavorable clinical and psychopathological factors in first-episode psychosis

V.A. Chinarev^{1,2✉}, M.D. Obukhova²

¹ Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No.1, Chelyabinsk, Russia

² South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

✉ v.chinarev@okspnb.ru

Abstract

Introduction. The clinical heterogeneity of schizophrenic spectrum disorders demonstrates a direct relationship between prognostically unfavorable clinical and psychopathological factors and low treatment efficacy. Emerging evidence suggests that these factors may exert greater detrimental effects than the psychopathological structure of the disorder itself. **Aims.** This prospective study aimed to analyze the association between the severity, psychotic structure, and course of first-episode psychosis (FEP) and adverse clinical and psychopathological predictors, informing the development of the IMPULSE psychosocial rehabilitation program. **Materials and methods.** The study enrolled 79 male FEP patients from the First-Episode Psychosis Unit (Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital, Chelyabinsk, Russia). **Results.** Statistical analysis demonstrated significant correlations between clinical and psychopathological factors and FEP course. The most unfavorable predictors included the absence of established family, negative familial attitude toward illness and unemployment at admission. Patients with social decline showed higher rates of autistic features and repeated hospitalizations. Patients with antisocial behaviors were characterized by repeated hospitalizations, involuntary hospitalizations, aggressive/self-harm behaviors, psychopathic traits, and suicidal tendencies. Unstable remission and repeated seizures were associated with repeated hospitalizations, psychopathic behavior and severe imperative/hostile pseudohallucinations. These findings enable early identification and inform targeted interventions to modify disease trajectory, optimizing treatment strategies and psychosocial rehabilitation approaches. **Conclusion.** The identification of adverse clinical and psychopathological factors enables accurate determination of illness trajectory and progression patterns in FEP within schizophrenic spectrum disorders. Early intervention targeting these modifiable prognostic factors may prevent unfavorable disease outcomes, thereby optimizing clinical management strategies and enhancing the effectiveness of rehabilitation programs.

Keywords: clinical and psychopathological factors, first-episode psychosis, schizophrenic spectrum disorders

The authors declare no conflict of interest.

For citation: Chinarev V.A., Obukhova M.D. Prognostically unfavorable clinical and psychopathological factors in first-episode psychosis. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya = Psychology. Psychophysiology.* 2025;18(2):74–86. (in Russ.) DOI: 10.14529/jpps250207

Введение

По данным отчёта Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) от 2023 года [1] численность пациентов с психическими расстройствами продолжает неуклонно расти, обозначая потребность не только в развитии психиатрической помощи в целом, но и в облегчении течения заболевания всеми возможным способами: от разработки современной и своевременной психофармакотерапии до минимизации проявлений клинической картины [2]. Тенденции к изучению возможности выявления ранних признаков психических недугов уже на продромальной стадии заболева-

ния, опережая манифестацию и развёрнутую клинику, позволяет всесторонне оценивать состояние пациента и течение его болезни [3–5]. Детализация анамнеза и ретроспективный анализ данных позволяют структурировать текущую клиническую картину и выстроить адекватное психофармакологическое лечение и психосоциальные программы реабилитации. Помимо сопутствующих психотических расстройств, наследственной отягощённости и генетической предрасположенности [6] внимание должно быть обращено на кластер адверстных клинико-психопатологических факторов, которые зачастую являются потенци-

ально модифицируемыми. Это позволяет говорить о возможности успешного проведения психореабилитационных программ с личностно-социальным подходом, профилируя тяжёлое течение заболевания и раннюю инвалидизацию [7]. В этом ключе сегрегированно от всех стоят пациенты, перенесшие первый психотический эпизод (ППЭ), в числе которых преобладает молодое трудоспособное население, впервые столкнувшееся с острым состоянием и не подвергавшееся до этого психофармакотерапии. Такая группа больных вызывает особый интерес у научного сообщества, имея наибольший потенциал к положительной динамике состояния и достижению клинического, функционального и личностного восстановления [8].

В ходе экспериментальных наблюдений прошлых лет выявлена прямая зависимость между прогностически неблагоприятными клиничко-психопатологическими факторами и низкой эффективностью последующего лечения [9–11]. При этом стоит отметить не только неблагоприятную симптоматику, связанную с психотическими проявлениями расстройства, но и низкую комплаентность к процессу лечения, черты асоциального поведения и социальное снижение, которые могут быть одними из первых признаков в дебюте заболевания [12–14]. Преобладание таких нарушений в клинической картине может оказаться более разрушительным и пагубным, чем психопатологическая структура расстройства [15, 16]. При этом важным является аспект возможного нивелирования неблагоприятных клиничко-психопатологических факторов и применение личностно-социального подхода в программах психосоциальной реабилитации [17–20]. В связи с этим на базе клинического отделения ППЭ для мужчин ОКСПНБ № 1 г. Челябинска проводится разработка Индивидуальной Модели Психосоциальной Устойчивости и Личностного Самосознания – «ИМПУЛЬС», которая является междисциплинарной программой реабилитации, направленной на развитие индивидуальной психосоциальной устойчивости, формирование позитивной идентичности, преодоление стигматизации, а также создание устойчивого позитивного взгляда на будущее. Программа основана на системном подходе к личностно-социальному восстановлению при совместном участии психиатров, клинических психологов и социальных работников.

Целью представленной работы стал проспективный анализ взаимосвязи между степенью тяжести, психотической структуры и течением первого психотического эпизода с прогностически неблагоприятными клиничко-психопатологическими факторами в анамнезе в рамках подготовки к внедрению личностно-социальной программы психосоциальной реабилитации «ИМПУЛЬС».

Материалы и методы

Исследование было проведено на базе ГБУЗ «ОКСПНБ № 1» г. Челябинска в клиническом отделении ППЭ для мужчин. В выборку было включено 79 пациентов в возрасте от 16 до 50 лет ($30,6 \pm 7,4$ года). Критериями включения в исследование стали: наличие первого психотического эпизода, в том числе до 5 повторных госпитализаций в течение 3 лет; наличие прогностически неблагоприятных клиничко-психопатологических факторов в анамнезе; состояние соответствует критериям расстройств F20.0 (параноидная шизофрения), F23 (острые и преходящие психотические расстройства), F25 (шизоаффективное расстройство) по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10); наличие подписанного информированного добровольного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: возникновение психотического состояния ассоциировано с приемом психоактивных веществ, в том числе алкоголя; наличие органической патологии в анамнезе заболевания; общий балл менее 26 по Монреальской шкале когнитивной оценки (MoCA).

Проведенное исследование соответствовало положениям Хельсинкской 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.

В качестве стандартизированного клиничко-психологического и психометрического скрининга пациентам было проведено тестирование с использованием стандартизированных клиничко-психологических и статистических методов оценки психологического состояния: шкалы для оценки позитивных и негативных симптомов PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) с подшкалами позитивных симптомов (PANSSpos), негативных симптомов (PANSSneg) и общей психопатологии (PANSSpsy), а также определением до-

полнительных кластеров: анергия (neg1), нарушения мышления (pos5, pos6), возбуждение (pos4), параноидное поведение (pos1, pos2) и депрессия (psy1) [21, 22]; исследование личности с использованием многофакторного сокращённого опросника Мини-Мульт (Mini-Mult); оценка когнитивных функций с применением Монреальской шкалы когнитивной оценки (MoCA – Montreal Cognitive Assessment) [18].

При поступлении в отделение врачом-психиатром проведено полуструктурированное интервью, а также оценка по психометрической шкале PANSS с определением тяжести продуктивной, негативной и общей психопатологической симптоматики, а также выделением дополнительных кластеров: анергия, нарушения мышления, возбуждение, параноидное поведение, депрессия. Собраны клинико-анамнестические данные о наличии и степени выраженности у пациентов прогностически неблагоприятных клинико-психопатологических факторов, к которым были отнесены: отсутствие собственной семьи и трудоустройства на момент госпитализации, негативный настрой родственников в отношении заболевания пациента, госпитализация в недобровольном порядке, повторные госпитализации, суицидальные попытки в анамнезе, черты психопатоподобного поведения, агрессивное или аутоагрессивное поведение, императивные и/или враждебные галлюцинации, аутистические черты личности [23–25].

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием стандартного пакета прикладных программ SPSS Statistics v. 23.0 for Windows, языка программирования Python и библиотек Pandas и SciPy. Использованы χ^2 -Пирсона для сравнения социально-демографических, клинических и частотных психологических показателей пациентов, разделенных на группы. Критерий Стьюдента (t-тест) для независимых групп применяли для сравнительного статистического анализа нормально распределённых количественных показателей приведённых психометрических критериев. Статистическая значимость для всех тестов установлена на уровне $p \leq 0,05$. Для оценки связи клинико-демографических параметров со степенью тяжести симптоматики и влияния неблагоприятных клинико-психопатологических факторов вычисляли коэффициент корреляции (r). Значения «г», полученные в промежутке

$0 < |r| < 0,3$ трактовались как слабая корреляция, значения $0,3 \leq |r| < 0,7$ – умеренная корреляция, при $0,7 \leq |r| < 1$ была выявлена статистически значимая сильная корреляция.

Результаты

В синдромальной структуре выборки преобладали: синдром галлюцинаторно-параноидный с бредовыми идеями малого масштаба (19 % $n = 15$) и параноидальный (19 % $n = 15$). Реже встретились синдром Кандинского – Клерамбо (16,5 % $n = 13$), бредовый с маниакальным аффектом (15,2 % $n = 12$) и полиморфный с парафренным бредом и явлением кататонии (13,9 % $n = 11$). В меньшем количестве случаев были выявлены аффективно-бредовый с оттенками депрессии (10,1 % $n = 8$), кататано-бредовый (6,3 % $n = 5$).

При изучении нозологической принадлежности отмечалась распространённость параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения и стабильным дефектом (29,1 % $n = 23$), при этом параноидная шизофрения с периодом наблюдения менее года стала второй по частоте наблюдения (17,7 % $n = 14$). Примерно равное количество встретились шизоаффективное расстройство маниакального типа (13,9 % $n = 11$), острое шизофреноподобное (12,7 % $n = 10$) и другие, преимущественно бредовые, психотические расстройства (12,7 % $n = 10$), острое полиморфное с симптомами шизофрении (11,4 % $n = 9$). Острое полиморфное без симптомов шизофрении отмечено в единичных случаях (2,5 % $n = 2$).

Группы пациентов были сформированы на основании данных психометрической оценки по шкале PANSS, степени тяжести симптоматики и оценки ведущих синдромально-нозологических характеристик. Группа 1 ($n = 25$) – составили больные с социальным снижением, группа 2 ($n = 25$) – с чертами асоциального поведения, группа 3 ($n = 29$) – с неустойчивой ремиссией и учащённым приступообразованием (табл. 1).

Каждая из групп включала в себя отличную от других синдромально-нозологическую характеристику (табл. 2) и структуру личности, определённую в ходе многофакторного сокращённого опросника Мини-Мульт (рис. 1).

В 1-ю группу выделены пациенты с социальным снижением – 25 человек, в структуре психотических проявлений с преобладанием

Таблица 1

Table 1

Психометрическая характеристика групп пациентов по результатам психометрической шкалы PANSS
Comparative analysis of psychometric characteristics using PANSS across clinical groups

PANSS	Группа 1/ Group 1 (n =25)				Группа 2 / Group 2 (n = 25)				Группа 3 / Group 3 (n = 29)			
	M ± σ	r	t	p*	M ± σ	r	t	p*	M ± σ	r	t	p*
PANSSpos	3,2 ± 1,1	0,45	2,40	0,05	3,1 ± 1,0	0,48	2,60	0,05	5,8 ± 1,2	0,92	12,20	0,001
PANSSneg	5,3 ± 0,7	0,90	10,05	0,001	6,2 ± 0,7	0,97	19,1	0,001	3,5 ± 1,0	0,56	3,50	0,01
PANSSpsy	4,8 ± 1,0	0,86	8,10	0,001	5,6 ± 1,2	0,91	10,5	0,001	5,2 ± 0,9	0,90	10,70	0,001
Анергия Blunted affec (neg1)	5,9 ± 0,6	0,93	12,07	0,001	2,1 ± 0,9	0,16	0,78	> 0,05	2,3 ± 0,8	0,20	1,06	>0,05
Нарушения мышления Thought distur- bance (pos5, pos6)	10,7 ± 1,0	0,85	7,85	0,001	12,1 ± 1,6	0,54	3,08	0,001	6,9 ± 0,9	0,17	0,89	>0,05
Возбуждение Excitement (pos4)	2,5 ± 1,2	0,12	0,6	>0,05	6,0 ± 0,8	0,95	14,6	0,001	5,4 ± 1,0	0,91	11,4	0,001
Параноидное поведение Paranoid beha- vior(pos1, pos2)	6,2 ± 1,1	0,16	0,78	>0,05	11,1 ± 0,8	0,95	14,6	0,001	11,0 ± 0,9	0,95	15,80	0,001
Депрессия Depression (psy1)	5,4 ± 1,4	0,90	10,05	0,001	2,3 ± 1,4	0,10	0,48	>0,05	2,2 ± 1,2	0,12	0,63	>0,05
Общий балл Total score PANSS	72,0 ± 12,8				80,7 ± 12,3				76 ± 11,7			

Примечание: статистическая значимость установлена при $p \leq 0,05$; $M \pm \sigma$ – медиана с указанием среднеквадратичного отклонения; r – коэффициент корреляции; t – значение критерия Стьюдента.

Note: statistical significance was set at $p < 0.05$; $M \pm \sigma$ – mean ± standard deviation; r – Pearson's correlation coefficient; t – Student's t-test.

выраженности по PANSS негативной ($5,3 \pm 0,7$; $p = 0,001$) и общей психопатологической симптоматики ($4,8 \pm 1,0$; $p = 0,001$). При определении дополнительных кластеров отмечено значительное повышение по анергии ($5,9 \pm 0,6$; $p = 0,001$), нарушению мышления ($10,7 \pm 1,0$; $p = 0,001$) и депрессии ($5,4 \pm 1,4$; $p = 0,001$). В клинической картине наиболее выражен полиморфный синдром с парафренным бредом и явлениями кататонии (28 %, $n = 7$). По результатам психологического тестирования опросника Мини-мульт выявлено повышение баллов по базисным

шкалам: шизоидность (80 [71; 89]), ипохондрия (70 [58; 82]) и депрессия (70 [61; 79]).

Пациенты характеризовались выраженными чертами личностной изоляции и эмоциональной отстраненности, что проявлялось в затруднении установления межличностных контактов и склонности к внутреннему мироощущению. Высокая степень ипохондрии указывает на предрасположенность к избыточной озабоченности состоянием своего здоровья, что может сопровождаться частыми обращениями к врачам и последующим стационаризацией, низкой мотивацией к выписке

Таблица 2
Table 2

Синдромально-нозологическая характеристика 3 групп
Syndromal and nosological characteristics across study groups

Группа	Синдромы	Диагнозы
Группа 1 (n = 25) с социальным снижением	Полиморфный синдром с паранормальным бредом и явлением кататонии – 28 % n = 7 Паранормальный – 20 % n = 5 Аффективно-бредовый с депрессивными оттенками – 20 % n = 5 Кататомо-бредовый – 16 % n = 4 Кандинского – Клерамбо – 16 % n = 4	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным дефектом (F20.02) – 36 % n = 9 Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года (F20.09) – 36 % n = 9 Другие острые, преимущественно бредовые, психотические расстройства (F23.3) – 12 % n = 3 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0) – 12 % n = 3 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 4 % n = 1
Группа 2 (n = 25) с чертами асоциального поведения	Бредовый с преобладанием маниакального аффекта – 28 % n = 7 Галлюцинаторно-параноидный с бредовыми идеями малого масштаба – 24 % n = 6 Паранормальный – 20 % n = 5 Кандинского – Клерамбо – 20 % n = 5 Кататомо-бредовый – 4 % n = 1 Полиморфный синдром с паранормальным бредом и явлением кататонии – 4 % n = 1	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным дефектом (F20.02) – 28 % n = 7 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 16 % n = 4 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 16 % n = 4 Другие острые, преимущественно бредовые, психотические расстройства (F23.3) – 16 % n = 4 Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года (F20.09) – 12 % n = 3 Острое полиморфное психотическое расстройство без симптомов шизофрении (F23.0) – 8 % n = 2 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0) – 4 % n = 1
Группа 3 (n = 29) с неустойчивой ремиссией и учащённым приступообразованием	Галлюцинаторно-параноидный с бредовыми идеями малого масштаба – 31 % n = 9 Паранормальный – 17,2 % n = 5 Бредовый с преобладанием маниакального аффекта – 17,2 % n = 5 Кандинского – Клерамбо – 13,8 % n = 4 Кататомо-бредовый – 10,4 % n = 3 Полиморфный синдром с паранормальным бредом и явлением кататонии – 10,4 % n = 3	Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения со стабильным дефектом (F20.02) – 24,1 % n = 7 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип (F25.0) – 24,1 % n = 7 Острое полиморфное психотическое расстройство с симптомами шизофрении (F23.1) – 17,2 % n = 5 Острое шизофреноподобное психотическое расстройство (F23.2) – 17,2 % n = 5 Другие острые, преимущественно бредовые, психотические расстройства (F23.3) – 10,4 % n = 3 Параноидная шизофрения, период наблюдения менее года (F20.09) – 7 % n = 2

и склонности к явлению «госпитализма». Поэтому, начиная со 2–3 госпитализации, прослеживается стремление к «попаданию» в психоневрологический стационар при отсутствии острого состояния, что ещё больше ухудшает прогностические данные относительно течения заболевания. Высокий уровень депрессии свидетельствует о наличии стойких

негативных эмоций, таких как грусть, безнадёжность и снижение интереса к жизненным событиям, что может усиливать шизоидное поведение и углублять ипохондрические переживания. Несмотря на выраженные негативные симптомы, могут проявляться искажения восприятия реальности, недоверие к окружающим, что приводит к появлению па-

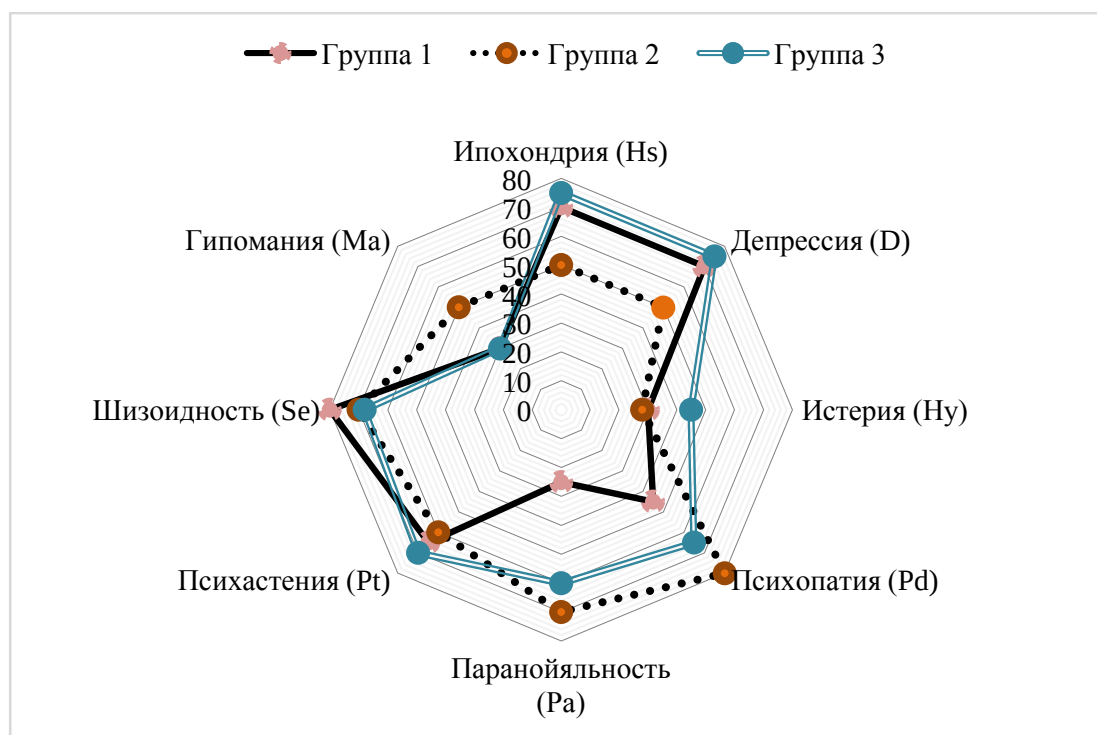


Рис. 1. Структура личности пациентов 3 групп по результатам проведения многофакторного сокращенного опросника Мини-Мульт

раноидных тенденций в поведении, иногда сопровождающихся агрессивностью. Психопатологические характеристики осложнялись уменьшением социализации, что зачастую становилось решающим фактором в процессе раннего включения пациентов представленной группы в реабилитацию.

25 человек с чертами асоциального поведения были распределены во 2-ю группу. В структуре психотических проявлений по PANSS с выраженностью негативными ($6,2 \pm 0,7$; $p = 0,001$) и общими психопатологическими симптомами ($5,6 \pm 1,2$; $p = 0,001$), по дополнительным кластерам: нарушение мышления ($12,1 \pm 1,6$; $p = 0,001$), возбуждение ($6,0 \pm 0,8$; $p = 0,001$), параноидное поведение ($11,1 \pm 0,8$; $p = 0,001$). Ведущие в клинической картине – бредовый синдром с маниакальным типом аффекта (28 % $n = 7$) и галлюцинаторно-параноидный с бредовыми идеями малого масштаба (24 % $n = 6$). В ходе психологического тестирования с использованием опросника Мини-Мульт получены значительные повышения по основным шкалам: психопатия (80 [71; 89]), паранойяльность (70 [58; 82]) и шизоидность (70 [61; 79]).

Структура личностных особенностей характеризуется низкой эмоциональной отзыв-

чивостью, общим безразличием к социальным нормам и манипулятивными тенденциями в совокупности с хроническим недоверием к окружающим и склонностью к интроспекции. Такое сочетание личностных черт предопределяет затруднения пациентов в установлении и поддержании здоровых межличностных отношений, а также усиливает параноидные убеждения, которые могут проявляться в восприятии окружающих как потенциальные угрозы. Высокая степень шизоидности свидетельствует о тенденции к социальной изоляции и предпочтению интровертированного образа жизни, паранойяльные проявления приводят к искаженному восприятию реальности и дополнительным интерперсональным конфликтам. Из общих психопатологических симптомов стоит отметить выраженность тревожных расстройств и лабильность аффекта. Способствовать ухудшению состояния при этом могут как внешние, так и внутренние факторы, обусловленные наличием параноидного компонента. Для некоторых пациентов из этой группы характерно мышление с параноидными тенденциями, что в большей степени влияет на выраженность асоциального поведения. При наличии позитивной симптоматики на первый план выходят бредовые идеи параноидной направленности на фоне

галлюцинаций императивного или враждебного характера.

В 3-ю группу с неустойчивой ремиссией и частым приступообразованием вошли 29 пациентов. По шкале PANSS отмечалась выраженность позитивной симптоматики ($5,8 \pm 1,2$; $p = 0,001$) и общих психопатологических симптомов ($5,2 \pm 0,9$; $p = 0,001$) со значительным повышением возбуждения ($5,4 \pm 1,0$; $p = 0,001$) и параноидного поведения ($11,0 \pm 0,9$; $p = 0,001$) при определении дополнительных кластеров. В синдромальной структуре превалирует галлюцинаторно-параноидный синдром с бредовыми идеями малого масштаба (31 % $n = 9$). По опроснику Мини-Мульт высокие результаты по шкалам: ипохондрия (75 [64; 86]), депрессия (75 [65; 85]) и психастения (70 [59; 81]).

Данная группа характеризовалась выраженной предрасположенностью к соматизации эмоциональных и психологических проблем, что проявлялось в избыточной озабоченности состоянием собственного здоровья, наличии глубокой внутренней подавленности и утрате интереса к жизненной деятельности. Характерна повышенная уязвимость к стрессовым ситуациям, что приводит к глубоким когнитивным и эмоциональным затруднениям, включая чрезмерную самокритичность, беспокойство и трудность в сосредоточении. Синергия этих личностных черт способствует формированию когнитивных искажений, а также ригидных мыслительных паттернов, что может создавать порочный круг, усиливающий ощущения тревожности и беспомощности. На первый план в клинической картине выходила позитивная симптоматика, проявляющаяся в виде зрительных или слуховых галлюцинаций. При этом у пациентов отмечался интенсивный бред в основном персекуторного содержания, что влекло за собой появление предрасположенности к психопатоподобному поведению. Также выявлялись различные виды двигательных расстройств с явлениями кататонии. Становление течения психотического расстройства по ремиттирующему типу приводит к снижению комплаенса, сопровождающемуся социальной отгороженностью и ангедонией, что ведёт к усилению снижения приверженности пациентов к продолжению терапии и реабилитации после завершения госпитализации.

Обсуждение

При анализе прогностически адверсных клинико-психопатологических факторов во всех группах была выявлена прямая корреляционная зависимость снижения социального спектра с неблагоприятным течением первого психотического эпизода и нарастающим дефектом личности: отсутствие собственной семьи (1-я группа – 92 % $n = 23$, $p = 0,001$; 2-я группа – 84 % $n = 21$, $p = 0,001$; 3-я группа – 69 % $n = 20$, $p = 0,001$), негативный настрой родственников в отношении заболевания пациента (1-я группа – 80 % $n = 20$, $p = 0,001$; 2-я группа – 76 % $n = 19$, $p = 0,001$; 3-я группа – 66 % $n = 19$, $p = 0,001$), отсутствие трудоустройства на момент госпитализации (1-я группа – 88 % $n = 22$, $p = 0,001$; 2-я группа – 72 % $n = 18$, $p = 0,001$; 3-я группа – 69 % $n = 20$, $p = 0,001$) (рис. 2).

У 1-й группы пациентов была отмечена тенденция к или аутистическим чертам личности (76 % $n = 19$, $p = 0,001$) и повторным госпитализациям (92 % $n = 23$, $p = 0,001$). Пациенты этой группы не стремятся к социализации и постепенно разрывают любые эмоционально-социальные связи внутри собственной семьи и другими родственниками, формируя новые паттерны поведения и приверженность к «госпитализму», над которыми необходимо работать в первую очередь с помощью комплексной программы реабилитации и восстановления.

Пациенты 2-й группы в большинстве случаев стационарируются повторно (88 % $n = 22$, $p = 0,001$) и в недобровольном порядке (76 % $n = 19$, $p = 0,001$). В клинической картине прослеживаются черты агрессивного или аутоагрессивного поведения (72 % $n = 18$, $p = 0,001$) в зависимости от преобладания компонента аффекта и позитивной симптоматики. Предрасположенность к психопатоподобному поведению (88 % $n = 22$, $p = 0,001$) и суицидальные тенденции (60 % $n = 15$, $p = 0,001$) провоцируют конфликты в семье и на рабочем месте, затрудняя выстраивание коммуникативных связей и постепенно приводя пациентов к социальной изоляции. Из-за этого начало лечения и выстраивание коммуникации с пациентом не может быть без совместной работы психиатра и клинического психолога.

Для 3-й группы пациентов характерны многократные повторные госпитализации (79 % $n = 23$, $p = 0,001$) вследствие наличия позитивной симптоматики. Под влиянием

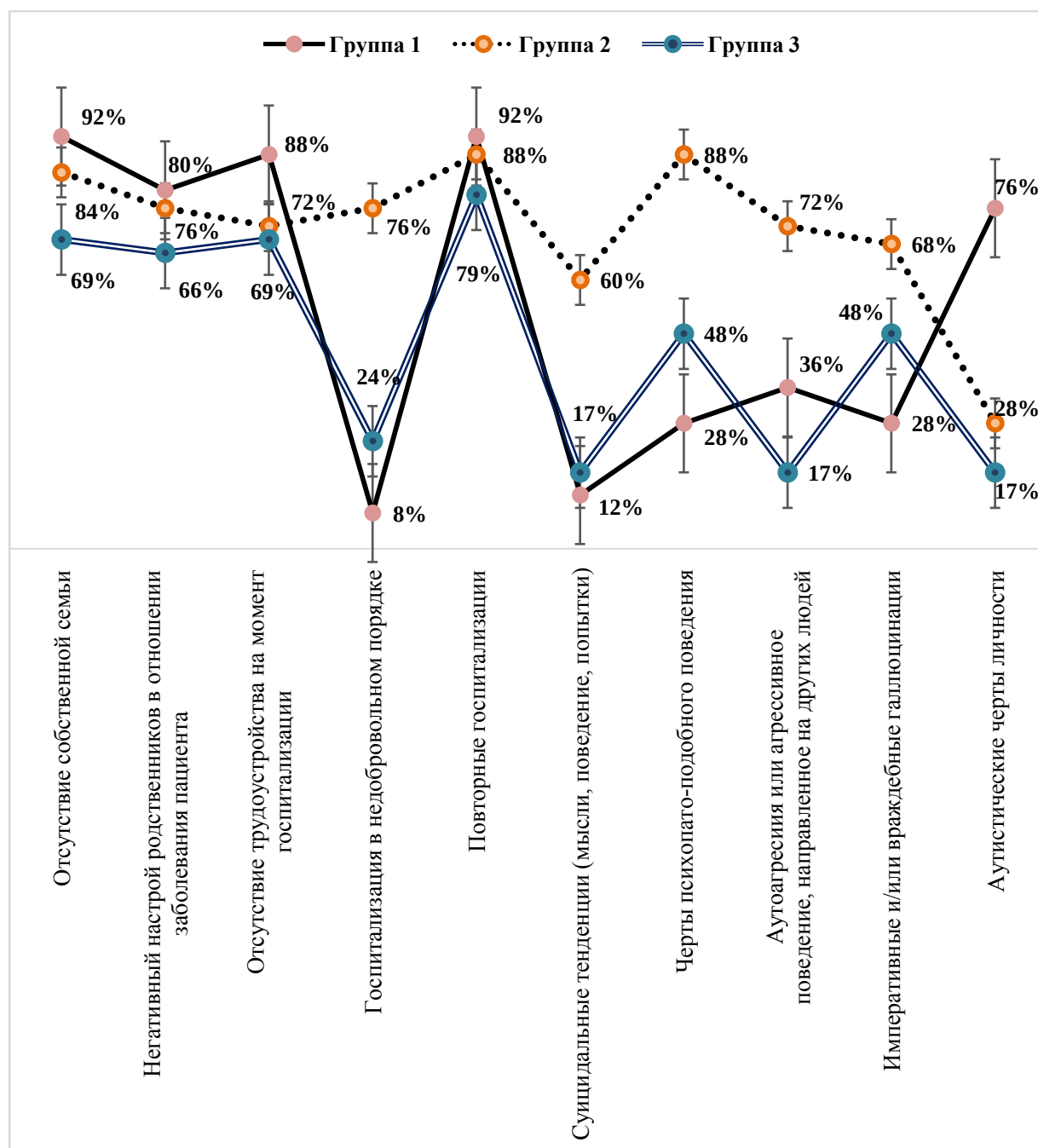


Рис. 2. Характеристика структуры адверсных клиничко-психопатологических факторов 3 групп
Fig. 2. Comparative profiles of clinical and psychopathological factors across three patient groups

развивающейся бредовой фабулы параноидного характера во время острого психотического эпизода могут наблюдаться черты психопато-подобного поведения (48 % $p = 0,01$), напрямую зависящие от выраженности императивных и/или враждебных галлюцинаций (48 % $p = 0,01$). Проведение психофармакотерапии и программы реабилитации, в отличие от 1-й и 2-й групп, будет в первую очередь направлено на купирование

психотической симптоматики и установление стойкой ремиссии. После чего могут быть начаты личностно-ориентированные психосоциальные программы восстановления.

Заключение

Выявление неблагоприятных клиничко-психопатологических факторов представляет собой важный аспект, позволяющий не только установить траекторию течения первого

эпизода психоза, но и определить закономерности, характерные для расстройств шизофренического спектра. Ранняя интервенция в значительной степени способствует смягчению симптоматики и улучшению прогноза заболевания. В каждой из выделенных групп (пациенты с социальным снижением, асоциальным поведением, с неустойчивой ремиссией и частым приступообразованием) наблюдаются характерные проявления клинической симптоматики и определенный синдромально-нозологический профиль. Выявленные наблюдения могут заложить основу для формулирования целей и методик личностно-социального восстановления пациентов. Влияние на прогностически модифицируемые неблагоприятные факторы может кардинально изменить динамику манифестации болезни, что, в свою очередь, напрямую отражается на стратегии ведения

пациентов. Эффективные психо-реабилитационные мероприятия, основанные на комплексном подходе, призваны не только минимизировать негативные последствия, но и способствовать социальной интеграции пациентов. Анализ данных, представленных в исследовании, служит основой для разработки персонализированного компонента в личностно-социальной программе реабилитации «ИМПУЛЬС». Внедрение методов активного участия самих пациентов в процессе реабилитации создаст условия для повышения мотивации и вовлеченности в лечение. В результате междисциплинарного подхода в комплексной терапии (психиатр, психолог, социальный работник) удастся не только сократить рецидивы, но и улучшить долгосрочные результаты восстановления психического здоровья у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Список источников

1. Доклад ВОЗ о состоянии психического здоровья в мире и о преобразовании системы охраны психического здоровья в контексте работы сотрудничающего центра. Часть 1 / С.В. Шпорт, Н.Д. Семенова, А.С. Калашникова, М.А. Качаева // Российский психиатрический журнал. 2024. № 3. С. 4–10.
2. Качаева М.А., Шпорт С.В., Трущелёв С.А. Стратегические направления деятельности ВОЗ по охране психического здоровья населения // Российский психиатрический журнал. 2017. № 6. С. 10–23.
3. Скугаревский О.А., Скугаревская М.М. Возможности ранней диагностики и профилактики психозов // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2015. № 2. С. 10–25.
4. Colizzi M., Lasalvia A., Ruggeri M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? // International journal of mental health systems. 2020. Vol. 14. P. 1–14. DOI: 10.1186/s13033-020-00356-9.
5. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people / P. Fursar-Poli, C.U. Correll, C. Arango et al. // World Psychiatry. 2021. Vol. 20(2). P. 200–221. DOI: 10.1002/wps.20869.
6. Чинарев В.А. Клиническое, функциональное и личностное восстановление как ориентир в реабилитации пациентов, перенёвших первый психотический эпизод // Международный научно-исследовательский журнал. 2024. № 9(147). DOI: 10.60797/IRJ.2024.147.86.
7. The influence of a psychosocial rehabilitation program in a community health setting for patients with chronic mental disorders / P. Rasmus, A. Lipert, K. Pękala, et al. // International journal of environmental research and public health. 2021. Vol. 18(8). ID art. 4319. DOI: 10.3390/ijerph18084319.
8. Чинарев В.А., Малинина Е.В. Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы // Доктор.Ру. 2024. № 23. С. 102–112. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112.
9. Щетинина Е.В. Когнитивный и эмоционально-волевой дефицит как мишени психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод // Психология. Психосоциология. 2023. Т. 16, № 2. С. 49–56. DOI: 10.14529/jpps23020.
10. Почуева В.В., Колыхалов И.В. Клинико-психопатологические особенности шизофрении и шизофреноподобных расстройств, манифестирующих в позднем возрасте // Психиатрия. 2023. № 21(6). С. 31–41. DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-6-31-41.

11. Сравнительный анализ клинико-психологических характеристик пациентов первого психотического эпизода с преобладанием дефицитарности в когнитивной и эмоционально-волевой сферах / Е.В. Щетинина, О.Ю. Щелкова, Н.В. Чернов, Г.П. Костюк // СибСкрипт. 2024. № 26(2). С. 210–222. DOI: 10.21603/sibscript-2024-26-2-210-222.
12. Динамика показателей социальных когниций и шкалы апатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра, прошедших метакогнитивный тренинг / С.Ю. Кузнецов, М.Ю. Кожевникова, Л.Г. Мовина, О.О. Папсуев // Российский психиатрический журнал. 2020. № 6. С. 55–61. DOI: 10.24411/1560-957X-2020-10607.
13. Отдаленный этап шизофрении с ремиттирующим типом течения и расстройств шизофренического спектра / М.Л. Аграновский, М.М. Гуломкодилов, Р.К. Муминов, С.А. Далимова // Экономика и социум. 2022. №. 6-2(97). С. 289–292.
14. Timing, distribution, and relationship between nonpsychotic and subthreshold psychotic symptoms prior to emergence of a first episode of psychosis / L. Cupo, S.V. McIlwaine, J.G. Daneault et al. // Schizophrenia Bulletin. 2021. Vol. 47(3). P. 604–614. DOI: 10.1093/schbul/sbaa183.
15. Threatening life events and difficulties and psychotic disorder / S. Beards, H.L. Fisher, Ch. Gayer-Anderson et al. // Schizophrenia Bulletin. 2020. Vol. 46(4). P. 814–822. DOI: 10.1093/schbul/sbaa005.
16. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study / R.J. Drake, N. Husain, M. Marshall et al. // The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7(7). P. 602–610. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30147-4.
17. Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis / A. Catalan, A. Richter, G. Salazar de Pablo et al. // European Psychiatry. 2021. Vol. 64(1). ID art. e69. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.2246.
18. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda / P. Fusar-Poli, G. Salazar de Pablo, R.P. Rajkumar et al. // The Lancet Psychiatry. 2022. Vol. 9(1). P. 72–83. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00121-8.
19. Clinical recovery among individuals with a first-episode schizophrenia an updated systematic review and meta-analysis / H.G. Hansen, H. Speyer, M. Starzer et al. // Schizophrenia Bulletin. 2023. Vol. 49(2). P. 297–308. DOI: 10.1093/schbul/sbac103.
20. Fulford D., Meyer-Kalos P.S., Mueser K.T. Focusing on recovery goals improves motivation in first-episode psychosis // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2020. Vol. 55. P. 1629–1637. DOI: 10.1007/s00127-020-01877-x.
21. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia / K. Lim, O.H. Peh, Z. Yang et al. // Asian Journal of Psychiatry. 2021. Vol. 62. ID art. 102732. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102732.
22. Validation of ratings on the six-item Positive and Negative Syndrome Scale obtained via the Simplified Negative and Positive Symptoms Interview among outpatients with schizophrenia / C.M. Nielsen, P. Kølbaek, D. Dines et al. // Journal of Psychopharmacology. 2022. Vol. 36(11). P. 1208–1217. DOI: 10.1177/02698811221131992.
23. Prodromal features in first-psychotic episodes of major affective and schizoaffective disorders / P. Salvatore, R.J. Baldessarini, H.K. Khalsa, M. Tohen // Journal of Affective Disorders. 2021. Vol. 295. P. 1251–1258. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.099.
24. Risk and protective factors for recovery at 3-year follow-up after first-episode psychosis onset: a multivariate outcome approach / C. Serra-Arumí, P. Golay, V. Bonnardel et al. // Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2024. Vol. 59(7). P. 1255–1267. DOI: 10.1007/s00127-023-02579-w.
25. Clinical outcomes in brief psychotic episodes: a systematic review and meta-analysis / U. Provenzani, G. Salazar de Pablo, M. Arribas et al. // Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2021. Vol. 30. ID art. e71. DOI: 10.1017/S2045796021000548.

Поступила 26.12.2024; одобрена после рецензирования 16.02.2025; принята к публикации 22.02.2025.

Информация об авторах

Чинарев Виталий Александрович, врач-психиатр, заведующий клиническим отделением первого психотического эпизода ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1» (Россия, 454087, г. Челябинск, ул. Кузнецова, д. 2А); ассистент кафедры психиатрии, Южно-Уральский государственный медицинский университет (Россия, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>; e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Обухова Мария Дмитриевна, студент, факультет «Лечебное дело», Южно-Уральский государственный медицинский университет (Россия, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64); ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>; e-mail: maria.obuhova2014@yandex.ru

Заявленный вклад авторов

Авторы внесли равноценный вклад в работу.

Авторы прочитали и одобрили окончательный вариант рукописи.

References

1. Shport S.V., Semenova N.D., Kalashnikova A.S., Kachaeva M.A. WHO report on the state of mental health in the world and on the transformation of the mental health system in the context of the work of the collaborating center. Part 1. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2024;3:4–10. (in Russ.)
2. Kachaeva M.A., Shport S.V., Trushchelev S.A. WHO Strategic Directions For The Protection Of Mental Health. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2017;6:10–23. (in Russ.)
3. Skugarevskii O.A., Skugarevskaya M.M. Vozmozhnosti rannei diagnostiki i profilaktiki psikhovozov. *Vestnik psikhiatrii i psikhologii Chuvashii = The Bulletin of Chuvash Psychiatry and Psychology* 2015;2:10–25. (in Russ.)
4. Colizzi M., Lasalvia A., Ruggeri M. Prevention and early intervention in youth mental health: is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? *International journal of mental health systems*. 2020;14:1–14. DOI: 10.1186/s13033-020-00356-9.
5. Fusar-Poli P., Correll U., Arango C. et al. Preventive psychiatry: a blueprint for improving the mental health of young people. *World Psychiatry*. 2021;20(2):200–221. DOI: 10.1002/wps.20869.
6. Chinarev V.A. Clinical, Functional and Personal Recovery as a Guideline in the Rehabilitation of Patients Who Have Suffered a First Psychotic Episode. *Mezhdunarodnyi nauchno-issledovatel'skii zhurnal = International Scientific Research Journal*. 2024;9(147). (in Russ.). DOI: 10.60797/IRJ.2024.147.86.
7. Rasmus P., Lipert A., Pękala K. et al. The influence of a psychosocial rehabilitation program in a community health setting for patients with chronic mental disorders. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(8):4319. DOI: 10.3390/ijerph18084319.
8. Chinarev V.A., Malinina E.V. The First Psychotic Episode: Clinical, Diagnostic Aspects, and Therapeutic Approaches. *Doktor.Ru*. 2024;23:102–112. (in Russ.). DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112.
9. 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
10. Pochueva V.V., Kolykhalov I.V. Clinical and Psychopathological Features of Late-Onset Schizophrenia and Schizophrenia-Like Psychosis. *Psikhiatriya = Psychiatry*. 2023;21(6):31–41. (in Russ.). DOI: 10.30629/2618-6667-2023-21-6-31-41.
11. Shchetinina E.V., Shchelkova O.Yu., Chernov N.V., Kostyuk G.P. Clinical and Psychological Characteristics of Patients after First-Episode Psychosis with Cognitive, Emotional, and Volitional Deficiencies: Comparative Analysis. *SibSkript*. 2024;26(2):210–222. (in Russ.). DOI: 10.21603/sibscript-2024-26-2-210-222.
12. Kuznecov S.Yu., Kozhevnikova M.Yu., Movina L.G., Papsuev O.O. Dynamics of social cognition and apathy in patients with psychotic disorders during metacognitive training. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal = Russian Journal of Psychiatry*. 2020;6:55–61. (in Russ.). DOI: 10.24411/1560-957Kh-2020-10607.

13. Agranovskii M.L., Gulomkodiurov M.M., Muminov R.K., Dalimova S.A. Distant stage of schizophrenia with a remitting type of course and disorders of the schizophrenic spectrum. *Ekonomika i sotsium = Economics and society*. 2022;6-2(97):289–292. (in Russ.).
14. Cupo L., McIlwaine S.V., Daneault J.G. et al. Timing, distribution, and relationship between nonpsychotic and subthreshold psychotic symptoms prior to emergence of a first episode of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. 2021;47(3):604–614. DOI: 10.1093/schbul/sbaa183.
15. Beards S., Fisher H.L., Gayer-Anderson Ch. et al. Threatening life events and difficulties and psychotic disorder. *Schizophrenia Bulletin*. 2020;46(4):814–822. DOI: 10.1093/schbul/sbaa005.
16. Drake R.J., Husain N., Marshall M. et al. Effect of delaying treatment of first-episode psychosis on symptoms and social outcomes: a longitudinal analysis and modelling study. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):602–610. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30147-4.
17. Catalan A., Richter A., Salazar de Pablo G. et al. Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *European Psychiatry*. 2021;64(1):e69. DOI: 10.1192/j.eurpsy.2021.2246.
18. Fusar-Poli P., Salazar de Pablo G., Rajkumar R.P. et al. Diagnosis, prognosis, and treatment of brief psychotic episodes: a review and research agenda. *The Lancet Psychiatry*. 2022;9(1):72–83. DOI: 10.1016/S2215-0366(21)00121-8.
19. Hansen H.G., Speyer H., Starzer M. et al. Clinical recovery among individuals with a first-episode schizophrenia an updated systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2023;49(2):297–308. DOI: 10.1093/schbul/sbac103.
20. Fulford D., Meyer-Kalos P.S., Mueser K.T. Focusing on recovery goals improves motivation in first-episode psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2020;55:1629–1637. DOI: 10.1007/s00127-020-01877-x.
21. Lim K., Peh O.H., Yang Z. et al. Large-scale evaluation of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) symptom architecture in schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*. 2021;62:102732. DOI: 10.1016/j.ajp.2021.102732.
22. Nielsen C.M., Kølbæk P., Dines D. et al. Validation of ratings on the six-item Positive and Negative Syndrome Scale obtained via the Simplified Negative and Positive Symptoms Interview among outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychopharmacology*. 2022;36(11):1208–1217. DOI: 10.1177/02698811221131992.
23. Salvatore P., Baldessarini R.J., Khalsa H.K., Tohen M. Prodromal features in first-psychotic episodes of major affective and schizoaffective disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2021;295:1251–1258. DOI: 10.1016/j.jad.2021.08.099.
24. Serra-Arumí C., Golay P., Bonnarel V. et al. Risk and protective factors for recovery at 3-year follow-up after first-episode psychosis onset: a multivariate outcome approach. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2024;59(7):1255–1267. DOI: 10.1007/s00127-023-02579-w.
25. Provenzani U., Salazar de Pablo G., Arribas M. et al. Clinical outcomes in brief psychotic episodes: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2021;30:e71. DOI: 10.1017/S2045796021000548.

Submitted 26.12.2024; approved after reviewing 16.02.2025; accepted for publication 22.02.2025.

About the authors

Vitaly A. Chinarev, psychiatrist, Head of the ninth men's clinical psychiatric department of the primary episode, Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1 (2A Kuznetsova str., Chelyabinsk, 454087, Russia); assistant of the Department of Psychiatry, South Ural State Medical University (64 Vorovsky str., Chelyabinsk, 454092, Russia); ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3471-5293>; e-mail: v.chinarev@okspnb.ru

Maria D. Obukhova, student, Faculty of Medicine, South Ural State Medical University (64 Vorovsky str., Chelyabinsk, 454092, Russia); ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-3356-1162>; e-mail: maria.obukhova2014@yandex.ru

Contribution of the authors

The authors have made equal contributions to the work.

All authors have read and approved the final manuscript.