



DOI: 10.18413/2658-6533-2023-9-2-0-10

УДК 616.89-02-085

Особенности социальной дезадаптации и психофармакотерапия больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод и госпитализированных в добровольном и недобровольном порядке

Н.К. Ржевская¹ , В.В. Руженкова¹ , К.Ю. Ретюнский² ,
К.Н. Швец¹ , И.С. Хамская¹ 

¹ Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»,
ул. Победы, д. 85, г. Белгород, 308015, Российская Федерация

² Клиника «Профессорика»,
ул. Чкалова, д. 250, г. Екатеринбург, 620110, Российская Федерация
Автор для переписки: В.В. Руженкова (ruzhenkova@bsu.edu.ru)

Резюме

Актуальность: Психофармакотерапия при первом психотическом эпизоде имеет свои особенности и требует дифференцированного подхода в зависимости от формы госпитализации – добровольной или недобровольной. **Цель исследования:** Проанализировать особенности социальной дезадаптации и подходы к психофармакотерапии, применяемые к пациентам с перенесенным первым психотическим эпизодом и госпитализированным в добровольном и недобровольном порядке. **Материалы и методы:** Обследовано 145 пациентов с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод: 68 (46,9%) лиц мужского и 77 (53,1%) женского пола. Применялись клиничко-психопатологический, психометрический и статистический методы исследования. **Результаты:** Установлено, что личностно-негативные факторы социальной дезадаптации встречаются одинаково часто у пациентов, госпитализированных в добровольном и недобровольном порядке, аддиктивные факторы более характерны для лиц, госпитализированных недобровольно, а продуктивно-психопатологические – для пациентов, давших согласие на госпитализацию и лечение. Госпитализированные в добровольном порядке были более адаптированы в производственной, административно-правовой и досуговой сферах. Они же были более критичными в аспекте необходимости лечения и эффекта медикаментов, а также демонстрировали более высокий уровень социального интеллекта. Более 5 препаратов во время стационарного лечения принимала треть госпитализированных недобровольно, им также чаще назначались сочетания типичных и атипичных нейролептиков ($p=0,042$ OR=2,6). Госпитализированные добровольно принимали меньшее число (от 1 до 4) нейролептиков) в меньших дозировках. **Заключение:** Для пациентов, госпитализированных в добро-

вольном порядке, свойственна большая приверженность лечению, что дает возможность применения более щадящих схем психофармакотерапии. При лечении пациентов в недобровольном порядке требуется учитывать как симптоматику основного заболевания, так и коморбидные зависимости, что усложняет подбор терапии.

Ключевые слова: больные шизофренией; первый психотический эпизод; психофармакотерапия; добровольная госпитализация; недобровольная госпитализация

Для цитирования: Ржевская НК, Руженкова ВВ, Ретюнский КЮ, и др. Особенности социальной дезадаптации и психофармакотерапия больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод и госпитализированных в добровольном и недобровольном порядке. Научные результаты биомедицинских исследований. 2023;9(2):278-288. DOI: 10.18413/2658-6533-2023-9-2-0-10

Clinical and psychopathological features and psychopharmacotherapy of patients with the first episode of schizophrenia hospitalized in a psychiatric hospital with and without voluntary consent

Natalia K. Rzhevskaya¹ , Victoria V. Ruzhenkova¹ ,
Konstantin Yu. Retyunskiy² , Ksenia N. Shvets¹ , Inna S. Khamskaya¹ 

¹ Belgorod State National Research University,
85 Pobedy St., Belgorod, 308015, Russia

² Professorika Clinic,
250 Chkalov St., Yekaterinburg, 620110, Russia

Corresponding author: Victoria V. Ruzhenkova (ruzhenkova@bsu.edu.ru)

Abstract

Background: There are a number of features in the psychopharmacotherapy of patients with the first episode of schizophrenia. Therapy should be differentiated depending on the type of hospitalization in a hospital (with or without the consent of the patient). **The aim of the study:** To analyze the features of social maladjustment and approaches to psychopharmacotherapy applied to patients with a first psychotic episode and schizophrenia were examined: 68 (46.9%) males and 77 (53.1%) females. Clinical interviews, psychometric and statistical research methods were used. **Results:** It has been established that personality-negative factors of social maladjustment occur equally often in patients hospitalized on a voluntary and involuntary basis, addictive factors are more typical for persons hospitalized without consent, and productive psychopathological factors are more typical for patients who consented to hospitalization and treatment. Those hospitalized on a voluntary basis were more adapted in the industrial, administrative, legal and leisure areas. They were also more critical in terms of the need for treatment and the effect of medications, and also demonstrated a higher level of social intelligence. More than 5 drugs during inpatient treatment were taken by a third of the hospitalized

involuntarily, they were also more often prescribed combinations of typical and atypical antipsychotics ($p=0.042$ OR=2.6). Hospitalized voluntarily took a smaller number (from 1 to 4) antipsychotics in lower dosages. **Conclusion:** For patients hospitalized on a voluntary basis, a greater adherence to treatment is characteristic, which makes it possible to use more sparing psycho-pharmacotherapy regimens. When treating patients on an involuntary basis, it is necessary to take into account both the symptoms of the underlying disease and comorbid dependencies, which complicates the selection of therapy.

Keywords: patients with schizophrenia; first psychotic episode; psychopharmacotherapy; voluntary hospitalization; involuntary hospitalization

For citation: Rzhetskaya NK, Ruzhenkova VV, Retyunskiy KYu, et al. Clinical and psychopathological features and psychopharmacotherapy of patients with the first episode of schizophrenia hospitalized in a psychiatric hospital with and without voluntary consent. Research Results in Biomedicine. 2023;9(2):278-288. Russian. DOI: 10.18413/2658-6533-2023-9-2-0-10

Введение. На сегодняшний день психиатрическая помощь включает в себя целый комплекс мероприятий от клинической и патобиохимической диагностики до медикаментозного лечения и психосоциальной терапии [1]. При этом подходы к терапии при первом психотическом эпизоде отличаются от таковых для пациентов с повторными приступами [2, 3]. Для сохранения приемлемого уровня социального функционирования пациента необходимо начинать терапевтические вмешательства уже на ранних этапах развития заболевания [4, 5]. Несвоевременное начало лечения пациентов с первым психотическим эпизодом приводит к утяжелению течения заболевания, понижает качество ремиссии, ухудшает социальное функционирование и качество жизни больного [6].

В связи с многообразием клинических проявлений шизофрении требуется дифференцированный подход к выбору определенного антипсихотика, наиболее подходящего для терапии пациентов с первым психотическим эпизодом [7].

Высокая эффективность и благоприятный профиль переносимости атипичных антипсихотиков, подтвержденные доказательными исследованиями, позволили рекомендовать их в качестве препаратов выбора у больных с впервые возникшими психотическими состояниями [8]. Однако, почти 20% пациентов с первым психотиче-

ским эпизодом госпитализируются в психиатрический стационар в недобровольном порядке, что обуславливает применение более широкого спектра антипсихотических препаратов и увеличивает сроки госпитализации [9, 10]. В свою очередь, высокий риск развития обострения и недостаточная комплаентность [11] являются показаниями для назначения терапии инъекционными формами антипсихотиков длительного действия, которые существенно снижают риск повторных обострений по сравнению с таблетированными формами [12].

Цель исследования. Проанализировать особенности социальной дезадаптации и подходы к психофармакотерапии, применяемые к пациентам с перенесенным первым психотическим эпизодом и госпитализированным в добровольном (ДП) и недобровольном порядке (НП).

Материал и методы исследования. Обследовано 145 пациентов с диагнозом «Шизофрения» (кодируется по МКБ-10 в рубрике F20), перенесших первый психотический эпизод. Возраст обследованных составил от 15 до 40 ($27,4 \pm 6,5$) лет, из них 68 (46,9%) лиц мужского и 77 (53,1%) женского пола. Выборка участников исследования включала пациентов, находившихся на лечении в отделениях острых психозов ОГКУЗ «Белгородская областная клиническая психоневрологическая больница» и ОГКУЗ «Грайворонская психиатрическая больница».

Критерии включения пациентов в исследование: 1) достоверно установленный диагноз шизофрении (соответствие критериям раздела F20 МКБ-10); 2) длительность заболевания не более 3 лет включительно; 3) госпитализация в психиатрический стационар в первый и второй раз – т.е. соответствие критериям «первого психотического эпизода»; 4) добровольное информированное согласие пациента на участие в клиническом исследовании. Критерии невключения: 1) диагноз, отличный от рубрики F20 МКБ-10; 2) наличие на момент осмотра выраженных когнитивных нарушений, нарушения сознания; 3) выраженные психотические симптомы, препятствующих выполнению процедур исследования; 4) продолжительность заболевания более 3 лет; 5) более двух госпитализаций в анамнезе пациента. Критерии исключения: 1) отказ пациента от участия в исследовании; 2) обострение заболевания в период проведения исследования и выявление иных критериев невключения.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (авторская шкала объективной и субъективной оценки социальной адаптации [13], «Шкала нарушения осознания психического расстройства» в адаптации Иржевской В.П., тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда).

Статистическая обработка данных проводилась методами непараметрической статистики (описательная статистика: медиана и интерквартильный размах Q_{25} - Q_{75} ; для сравнения двух независимых групп применялся критерий Манна-Уитни, сравнение частот бинарного признака проводилась при помощи критерия χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2×2) при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

Результаты. Верификация формы госпитализации больных шизофренией после первого психотического эпизода пока-

зала, что 20% госпитализировались недобровольно. Причем среди лиц мужского пола эта цифра составила 30,9%, среди женского – 10,4% ($\chi^2=8,241$ $p=0,005$ $OR=3,9$ $95\%CI-1,5-10,4$). Таким образом, шанс госпитализации в недобровольном порядке у лиц мужского пола после первого психотического эпизода почти в 4 раза выше, чем у женщин.

Анализ факторов социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, показал (Табл. 1), что личностно-негативные факторы встречаются одинаково часто у пациентов, госпитализированных в добровольном и недобровольном порядке. При этом, аддиктивные факторы более характерны для лиц, госпитализированных недобровольно, а продуктивно-психопатологические – для пациентов, давших согласие на госпитализацию и лечение. Злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами чаще встречалось среди лиц мужского пола: 44,8% и 19,8% соответственно ($\chi^2=6,488$ $p=0,012$ $OR=3,3$ $95\%CI-1,3-8,5$). Следовательно, шанс социальной дезадаптации при первом психотическом эпизоде на фоне аддиктивного поведения у лиц мужского пола более чем в 3 раза выше, чем у пациенток женского пола. В то же время выраженные продуктивно-психопатологические расстройства у лиц женского пола наблюдались чаще ($\chi^2=4,855$ $p=0,028$ $OR=2,9$ $95\%CI-1,1-7,8$) – соответственно 52,6% и 27,6%. Таким образом, шанс дезадаптации среди женщин за счет большей выраженности продуктивно-психопатологических расстройств, сопровождающих первый психотический эпизод, почти в 3 раза выше, чем у мужчин.

Изучение уровня социальной адаптации (Табл. 2) показало, что пациенты, госпитализированные в добровольном порядке, были более адаптированы в производственной, административно-правовой сферах, а также в организации досуга.

Таблица 1

Факторы социальной дезадаптации у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Table 1

Factors of social maladaptation in patients with schizophrenia who have had a first psychotic episode

Факторы дезадаптации	ДП		НП		Всего
	n	%	n	%	%
Личностно-негативные	32	27,6	8	27,6	40
Аддиктивные	23	19,8	13	44,8	36
Продуктивно-психопатологические	61	52,6	8	27,6	69
Итого	116	100,0	29	100,0	145

Таблица 2

Сравнение результатов объективной оценки социальной адаптации (критерий Манна-Уитни)

Table 2

Comparison of the results of an objective assessment of social adaptation (Mann-Whitney test)

№ п/п	Социальные сферы	ДП		НП		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Семейная	5,0	3,0-6,0	4,0	1,0-5,0	0,109
2	Бытовая	5,0	4,0-7,0	5,0	5,0-6,0	0,788
3	Производственная	4,0	2,0-5,0	2,0	1,0-3,0	0,004
4	Административно-правовая	6,0	2,0-8,0	1,0	1,0-4,0	0,000
5	Коммуникативная	3,0	1,0-5,0	3,0	3,0-4,0	0,642
6	Здоровья психическое	4,0	1,0-5,0	4,0	4,0-6,0	0,459
7	Физическая трудоспособность	5,0	4,0-5,0	4,0	3,0-6,0	0,359
8	Интеллектуальная продукт.	4,0	3,0-5,0	3,0	3,0-5,0	0,681
9	Хобби и досуг	4,0	3,0-5,0	2,0	1,0-4,0	0,002

В свою очередь, лица женского пола были более адаптированы в бытовой, производственной и административно-правовой сфере, чем мужчины.

Изучение критики к болезни (Табл. 3) показало, что госпитализированные добро-

вольно более критично оценивали свое состояние и необходимость лечения. Кроме того, отмечается определенная тенденция к более высокой их восприимчивости к общему пониманию психического расстройства.

Таблица 3

Результаты «Шкалы нарушения осознания психического расстройства» (критерий Манна-Уитни)

Table 3

The results of the «Scale of impairment of awareness of mental disorder» (Mann-Whitney test)

№ п/п	Критическая оценка пациентом	ДП		НП		p=
		Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
1	Общая идея психического расстройства	4,0	3,0-5,0	5,0	4,0-5,0	0,074
2	Необходимость лечения	3,0	2,0-4,0	4,0	3,0-5,0	0,001
3	Эффект медикаментов	3,0	2,0-4,0	4,0	2,0-5,0	0,010
4	Социальные последствия	5,0	4,0-5,0	5,0	4,0-5,0	0,214

Изучение гендерных различий показало, что по медианному показателю лица мужского пола проявили полное отсутствие осознания болезни по параметру «Общая идея наличия психического расстройства» ($Me=5,0$). В то же время они оказались формально более критичными, чем женщины по показателю «Социальные последствия

заболевания» ($p=0,018$). По параметрам «Необходимость лечения» (3 балла) и «Эффект медикаментов» (3 балла) все пациенты показали «неполное осознание».

Изучение социального интеллекта (Табл. 4) показало, что практически по всем шкалам он был выше у пациентов, госпитализированных в добровольном порядке.

Таблица 4

Результаты теста на социальный интеллект (критерий Манна-Уитни)

Table 4

The results of the «Social Intelligence Test» (Mann-Whitney test)

Субтесты	ДП			НП	p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
Субтест №1 «Истории с завершением»	4,0	3,0-7,0	3,0	2,0-4	0,007
Субтест №2 «Группы экспрессии»	4,0	2,0-6,0	2,0	2,0-3	0,001
Субтест №3 «Вербальные экспрессии»	2,0	2,0-4,0	2,0	2,0-2	0,023
Субтест №4 «Истории с дополнением»	2,0	2,0-3,0	2,0	2,0-2	0,331
Композиционная оценка	12,0	9,0-19,0	10,0	8,0-10,0	0,001

Было установлено, что добровольно госпитализированные пациенты лучше ($p=0,007$) способны предвидеть поведение в определенной ситуации и предвосхищать дальнейшие поступки людей (субтест №1), точнее ($p=0,001$) могут выделить общие существенные признаки в невербальных реакциях (субтест №2), а также быстрее и правильнее ($p=0,023$) понимают смысл сказанного (речевую экспрессию) в конкретной ситуации и конкретным человеком (субтест №3). Композиционная оценка среди госпитализированных добровольно также оказалась выше ($p=0,001$).

Уровень социального интеллекта мужчин и женщин, перенесших первый психотический эпизод, также оказался различным. Так, мужчины отличались более высокими ($p=0,034$) показателями по субтестам №1 и №4, что свидетельствует о большей возможности предвидеть последствия поведения людей, предсказывать события, основываясь на понимании чувств, мыслей и намерений, а также лучшей способности анализировать взаимоотношения

между людьми и понимать внутренние мотивы их поведения. Показатель развития социального интеллекта в целом тоже оказался выше у мужчин, о чем свидетельствует композиционная оценка ($p=0,011$).

Изучение сроков стационарного лечения (Табл. 5) показало, что среди пациентов с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, госпитализированные в добровольном порядке пребывали на лечении $7,2\pm 3,4$ недели, а госпитализированные недобровольно – $12,2\pm 6,1$ недели ($t=0,71$ $p>0,005$). В общей совокупности сроки лечения пациентов с первым психотическим эпизодом составляли $8,2\pm 4,5$ недели.

Анализ особенностей лечения больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, показал (Табл. 6), что значительная часть пациентов (19,3%) принимали 5 и более препаратов. В числе госпитализированных в недобровольном порядке эта цифра была еще выше и составила 34,5%, в сравнении с 15,5% среди согласившихся на лечение ($\chi^2=4,208$ $p=0,04$ $OR=2,9$ $95\% CI=1,0-7,9$).

Таблица 5

Продолжительность лечения лиц, перенесших первый психотический эпизод

Table 5

Duration of treatment for patients with a first psychotic episode

№ п/п	Длительность (недели)	ДП		НП			Всего %
		п	%	п	%	п	
1	До 4 недель	22	19,0	–		22	15,2
2	5-10	74	63,7	14	48,3	88	60,7
3	11-15	16	13,8	8	27,6	24	16,5
4	16-20	3	2,6	1	3,4	4	2,8
5	21-24	1	0,9	6	20,7	7	4,8
Итого		116	100,0	29	100,0	145	100,0

Таблица 6

Число антипсихотических препаратов, принимаемых больными шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Table 6

Number of antipsychotic drugs taken by patients with schizophrenia who have had a first psychotic episode

№ п/п	Количество	ДП		НП			Всего %
		п	%	п	%	п	
1	0-2	46	39,7	8	27,6	54	37,2
2	3-4	52	44,8	11	37,9	63	43,5
3	5-6	18	15,5	10	34,5	28	19,3
Итого		116	100,0	29	100,0	145	100,0

Применяемая терапевтическая тактика была схожей для пациентов с первым психотическим эпизодом, госпитализированных как добровольно, так и без согласия. Установлено, что в 25,9% случаев добровольной госпитализации и в 51,7% случаев недобровольной практиковалось снижение дозировки лекарственных препаратов за 2-5 дней до выписки с последующим

назначением самостоятельного приема нейролептиков 3 раза в день.

Анализ назначаемых антипсихотиков (Табл. 7) показал, у большего числа пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке, имело место сочетание классических и атипичных нейролептиков: 69% и 45,7% соответственно ($\chi^2=4,140$ $p=0,042$ $OR=2,6$ $95\%CI=1,0-6,9$).

Таблица 7

Варианты сочетания антипсихотических препаратов, назначенных пациентам, перенесшим первый психотический эпизод

Table 7

Combinations of antipsychotic drugs given to patients who have had a first psychotic episode

№ п/п	Нейролептики	ДП		НП			Всего %
		п	%	п	%	п	
1	Типичные	33	28,5	3	10,3	36	24,8
2	Атипичные	30	12,9	6	20,7	21	14,5
3	Типичные + Атипичные	53	45,7	20	69,0	88	60,7
Итого		116	100,0	29	100,0	145	100,0

Анализ комплаентности в амбулаторных условиях (после выписки из стационара) показал, что приверженность к лечению (в том числе и при контроле со стороны родных) сохранили 55,4% пациентов,

госпитализированных добровольно, и лишь 27,6% среди поступавших в стационар в недобровольном порядке ($\chi^2=6,003$ $p=0,015$ $OR=3,2$ $95\%CI=1,2-8,7$).

Обсуждение. При лечении пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар после первого психотического эпизода, важно учитывать тип дезадаптации. Почти в половине случаев для лиц мужского пола, наряду с психофармакотерапией, важно применять терапию, направленную на профилактику злоупотребления алкоголем и немедицинского употребления наркотиков, т.к. последнее отрицательно влияет на симптоматический и функциональный исход [14, 15]. В то же время для лиц женского пола более характерными были продуктивно-психопатологические расстройства, что также должно быть учтено при определении тактики лечения.

Приведенные результаты исследования подтверждают тот факт, что правильность назначения антипсихотической терапии непосредственно влияет на приверженность пациента к лечению и дальнейший прогноз. Резкая отмена одного из нейролептиков без постепенного снижения дозы, способствовала усугублению симптоматики и отказу от терапии, в особенности у пациентов, госпитализированных в недобровольном порядке.

При выборе терапевтической дозы препарата и прогнозировании побочных эффектов лечащим врачом обязательно должна учитываться высокая биологическая чувствительность к препаратам, характерная для пациентов на ранних стадиях течения шизофрении. Оптимально для терапии пациентов с первым психотическим эпизодом использование самых низких рекомендованных терапевтических доз в комплексе с психотерапевтическими мероприятиями.

Недостаточное критическое восприятие своего заболевания и неполное понимание необходимости лечения, характерное для лиц, госпитализированных недобровольно, негативно сказывались на комплаентности пациентов и препятствовали успешной психофармакотерапии. То есть, высокая вероятность обострения и недостаточная комплаентность пациента должны рассматриваться как показания для перехода на инъекционные формы антипсихотиков длительного действия, что является

особенно справедливым в отношении пациентов, госпитализированных в стационар в недобровольном порядке, и может уменьшить число недобровольных госпитализаций в будущем [16].

Госпитализированные в добровольном порядке были более адаптированы в производственной, административно-правовой и досуговой сферах, а также были более критичными в аспекте необходимости лечения и эффекта медикаментов. У них же практически по всем шкалам социальный интеллект был выше. Поэтому для данной категории пациентов оптимальным является использование самых низких рекомендованных терапевтических доз.

Помимо медикаментозного воздействия подходы к терапии больных с первым психотическим эпизодом вне зависимости от типа госпитализации должны включать в себя образовательные мероприятия, направленные на просвещение больных и их родственников касательно природы заболевания, принципов терапии и ее необходимости, возможных побочных эффектах, организации взаимодействия с врачом в будущем. Это согласуется с данными зарубежных исследователей [17, 18], также указывающих на необходимость стандартизации таких вмешательств в отношении пациентов с первым психотическим эпизодом. Преемственность стационарного и поликлинического звеньев терапии позволяет достичь непрерывного наблюдения за состоянием пациента, своевременно скорректировать терапию, что способствует лучшему комплаенсу и повышает успех лечения.

Заключение. Для пациентов, госпитализированных в добровольном порядке, свойственна большая приверженность лечению, что дает возможность применения более щадящих схем психофармакотерапии. Для лиц, госпитализированных в недобровольном порядке наряду с психофармакотерапией, важно применять терапию, направленную на профилактику злоупотребления алкоголем и немедицинского употребления наркотиков. Правильность назначения антипсихотической терапии

непосредственно влияет на приверженность пациента к лечению и дальнейший прогноз.

Информация о финансировании

Финансирование данной работы не проводилось.

Financial support

No financial support has been provided for this work.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interests

The authors have no conflict of interest to declare.

Список литературы

1. Прошенко ИВ, Максимова НЕ. Комплексное исследование больных параноидной формой шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия. 2018;28(3):105-107.
2. Ohmuro N, Matsumoto K, Ishii Y, et al. The associations between quality of life and clinical symptoms in individuals with an at-risk mental state and first-episode psychosis. *Psychiatry Research*. 2017;254:54-59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.031>
3. Correll CU, Galling A, Correll B, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>
4. Mwesiga EK, Akena D, Koen N, et al. Comparison of antipsychotic naïve first-episode psychosis patients and healthy controls in Uganda. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021;15(6):1713-1720. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.13120>
5. Jordan G, Veru F, Lepage M, et al. Pathways to functional outcomes following a first episode of psychosis: The roles of premorbid adjustment, verbal memory and symptom remission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52(8):793-803. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867417747>
6. Fusar-Poli P, McGorry P, Kane JM. Improving outcomes of first episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251-265. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20446>
7. Cabassa LJ, Piscitelli S, Haselden M, et al. Understanding Pathways to Care of Individuals Entering a Specialized Early Intervention Service for First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services*. 2018;69(6):648-656. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700018>
8. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;52(9):976-990. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>
9. Швец КН, Хамская И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор). Научные результаты биомедицинских исследований. 2019;5(2):72-85. DOI: <https://doi.org/10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8>
10. Швец КН, Руженков ВА. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;3:132.
11. Ruzhenkov VA, Minakova JS, Ruzhenkova VV, et al. Factors of social maladjustment of the patients suffering from schizophrenia who have been declared legally incapable in terms of psychopharmacotherapy and rehabilitation. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2014;5(6):1384-1388.
12. Skikic M, Arriola JA. First episode psychosis medical workup: evidence-informed recommendations and introduction to a clinically guided approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2020;29(1):15-28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.010>
13. Руженков ВА, Швец КН. Субъективная и объективная оценка социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. *Современные проблемы науки и образования*. 2020;2:107.
14. Ouellet-Plamondon C, Abdel-Baki A, Jutras-Aswad D. First Episode Psychosis and Substance Use Disorder: Narrative Review of Best Practices and Adapted Approaches for Assessment and Monitoring. *Santé Mentale au Québec*. 2021;46(2):277-306. DOI: <https://doi.org/10.7202/1088186ar>
15. West ML, Sharif S. Cannabis and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2022;32(1):69-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.07.004>
16. Sizer H, Brown E, Geros H, et al. Outcomes for first-episode psychosis after entry via an

at-risk mental state clinic compared to direct entry to a first episode of psychosis service: A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;240:214-219. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.12.019>

17. Esque J, Rasmussen A, Spada M, et al. First-episode psychosis and the role of the psychiatric consultant. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2022;63(1):32-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.07.003>

18. Singh SP, Mohan M, Giacco D. Psychosocial interventions for people with a first episode psychosis: between tradition and innovation. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(5):460-466. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000726>

References

1. Proshenko IV, Maximova NE. A comprehensive analysis of paranoid schizophrenic patients. *Sotsialnaya i klinicheskaya psikiatriya*. 2018;28(3):105-107. Russian.

2. Ohmuro N, Matsumoto K, Ishii Y, et al. The associations between quality of life and clinical symptoms in individuals with an at-risk mental state and first-episode psychosis. *Psychiatry Research*. 2017;254:54-59. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.031>

3. Correll CU, Galling A, Correll B, et al. Comparison of Early Intervention Services vs Treatment as Usual for Early-Phase Psychosis: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. 2018;75(6):555-565. DOI: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0623>

4. Mwesiga EK, Akena D, Koen N, et al. Comparison of antipsychotic naïve first-episode psychosis patients and healthy controls in Uganda. *Early Intervention in Psychiatry*. 2021;15(6):1713-1720. DOI: <https://doi.org/10.1111/eip.13120>

5. Jordan G, Veru F, Lepage M, et al. Pathways to functional outcomes following a first episode of psychosis: The roles of premorbid adjustment, verbal memory and symptom remission. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2018;52(8):793-803. DOI: <https://doi.org/10.1177/0004867417747>

6. Fusar-Poli P, McGorry P, Kane JM. Improving outcomes of first episode psychosis: an overview. *World Psychiatry*. 2017;16(3):251-265. DOI: <https://doi.org/10.1002/wps.20446>

7. Cabassa LJ, Piscitelli S, Haselden M, et al. Understanding Pathways to Care of Individuals Entering a Specialized Early Intervention Service

for First-Episode Psychosis. *Psychiatric Services*. 2018;69(6):648-656. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201700018>

8. McClellan J, Stock S. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013;52(9):976-990. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.008>

9. Shvets KN, Khamskaya IS. Factors of social disadaptation of patients with schizophrenia and approaches to psychosocial therapy and rehabilitation (review). *Research Results in Biomedicine*. 2019;5(2):72-85. Russian. DOI: <https://doi.org/10.18413/2658-6533-2019-5-2-0-8>

10. Shvets KN, Ruzhenkov VA. The factors of socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode. *Modern Problems of Science and Education. Surgery*. 2020;3:132. Russian.

11. Ruzhenkov VA, Minakova JS, Ruzhenkova VV, et al. Factors of social maladjustment of the patients suffering from schizophrenia who have been declared legally incapable in terms of psychopharmacotherapy and rehabilitation. *Research Journal of Pharmaceutical, Biological and Chemical Sciences*. 2014;5(6):1384-1388.

12. Skikic M, Arriola JA. First episode psychosis medical workup: evidence-informed recommendations and introduction to a clinically guided approach. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2020;29(1):15-28. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.08.010>

13. Ruzhenkov VA, Shvets KN. A subjective and an objective evaluation of the socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode. *Modern Problems of Science and Education. Surgery*. 2020;2:107. Russian.

14. Ouellet-Plamondon C, Abdel-Baki A, Jutras-Aswad D. First Episode Psychosis and Substance Use Disorder: Narrative Review of Best Practices and Adapted Approaches for Assessment and Monitoring. *Santé Mentale au Québec*. 2021;46(2):277-306. DOI: <https://doi.org/10.7202/1088186ar>

15. West ML, Sharif S. Cannabis and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2022;32(1):69-83. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.07.004>

16. Sizer H, Brown E, Geros H, et al. Outcomes for first-episode psychosis after entry via an at-risk mental state clinic compared to direct entry to a first episode of psychosis service: A systematic

review and meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;240:214-219. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.schres.2021.12.019>

17. Esque J, Rasmussen A, Spada M, et al. First-episode psychosis and the role of the psychiatric consultant. *Journal of the Academy of Consultation-Liaison Psychiatry*. 2022;63(1):32-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaclp.2021.07.003>

18. Singh SP, Mohan M, Giacco D. Psychosocial interventions for people with a first episode psychosis: between tradition and innovation. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(5):460-466. DOI: <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000726>

Статья поступила в редакцию 10 октября 2022 г.
Поступила после доработки 18 декабря 2022 г.
Принята к печати 16 января 2023 г.

Received 10 October 2022

Revised 18 December 2022

Accepted 16 January 2023

Информация об авторах

Наталья Константиновна Ржевская, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация, E-mail: rzhevskaya_n@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-6321>.

Виктория Викторовна Руженкова, доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация, E-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0991-2084>.

Константин Юрьевич Ретюнский, доктор медицинских наук, профессор, руководитель клиники «Профессорика», г. Екатеринбург, Российская Федерация, E-mail: retiunsk@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1302-483X>.

Ксения Николаевна Швец, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация, E-mail: shvets_k@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4753-4846>.

Инна Сергеевна Хамская, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация, E-mail: lukyantseva@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8753-1805>.

Information about the authors

Natalia K. Rzhevskaya, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor at the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia, E-mail: rzhevskaya_n@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2797-6321>.

Victoria V. Ruzhenkova, Doct. Sci. (Medicine), Associate Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia, E-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0991-2084>.

Konstantin Yu. Retyunskiy, Doct. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Professorika Clinic, Yekaterinburg, Russia, E-mail: retiunsk@mail.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1302-483X>.

Ksenia N. Shvets, Cand. Sci. (Medicine), Assistant at the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia, E-mail: shvets_k@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4753-4846>.

Inna S. Khamskaya, Cand. Sci. (Medicine), Associate Professor at the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia, E-mail: lukyantseva@bsu.edu.ru, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8753-1805>.