

## ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД: ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Г. Шашкова<sup>1</sup>, А.К. Гажа<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России;

<sup>2</sup>Кафедра психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина»;

<sup>3</sup>ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»

Интерес психиатров к начальному периоду психического заболевания, проблеме первого психотического эпизода, не ослабевающий на протяжении последних двух столетий во всем мире еще более усилился в последние годы благодаря бурному развитию биологического направления в психиатрии, успехам в исследованиях нейробиологических процессов, лежащих в основе болезни или сопровождающих ее проявлений. К ним относятся прежде всего нейровизуализационные и нейропсихологические методы исследования, попытки установления связи изучаемых патологических процессов с клиническими проявлениями болезни. Важность начального этапа шизофрении, ее первого психотического приступа как объекта научных исследований объясняется тем, что он не только во многом определяет дальнейшее течение заболевания, но и позволяет изучать его нейробиологическую природу, поскольку пациенты еще не подвергались лечению психотропными средствами и свободны от изменений, связанных с длительным течением болезни и медикаментозной терапией. Это представляет особый интерес для нейропсихиатрии и нейропсихологии, получивших в последние годы новые инструментальные возможности благодаря появлению и совершенствованию методов нейровизуализации: позитронно-эмиссионной томографии, однофотонно-эмиссионной компьютерной томографии, магнитно-резонансной спектроскопии, позволяющих объективизировать морфологические изменения в структурах мозга на разных этапах и при различных формах течения заболевания [24, 26, 33, 59, 61, 65, 67]. Неинвазивные методы визуализации мозга постоянно развиваются [49]. Их использование дает возможность получать дополнительные данные, которые позволяют либо сами по себе, либо в сочетании с другими, повысить точность прогно-

стических моделей. Нейробиологические нарушения, выявленные на начальных этапах болезни, с большей вероятностью отражают патофизиологические аномалии. По мнению ряда авторов, исследование их динамики в процессе течения заболевания и его лечения дает большие перспективы для формирования современной концепции нейробиологического развития шизофрении, представляющей новую парадигму в понимании природы этого заболевания. Она позволяет объединить данные о генетической предрасположенности, роли пре- и перинатальных вредностей и социальных факторов в проявлениях болезни, на новой основе объяснить концепцию диатез-стресс-уязвимости [8, 19, 56, 70]. Тесно связан с концепцией нейробиологического развития и использованием инструментальных методов нейровизуализации и такой важный исследовательский аспект проблемы, как формирование нейрокогнитивных нарушений при шизофрении (нейрокогнитивного дефицита), которым в последние годы уделяется особое внимание как третьему ряду симптомов, наряду с негативной и позитивной симптоматикой. Выраженность данных изменений оказывает значительное влияние на функциональный и социальный исход заболевания.

Когнитивный дефицит, включая ухудшение рабочей памяти, скорость обработки, вербальное и визуальное обучение, рассуждения и социальное познание, часто встречается в клинике первого психотического эпизода (ППЭ) на всех этапах болезни. По данным ряда авторов, когнитивный дефицит нередко присутствует уже во время ее продромальных фаз, наиболее прогрессирует в первые 5 лет болезни, в значительной степени определяя нарушения социального функционирования и не коррелирует с длительностью нелеченного психоза (ДНП) [20]. Хотя широко распространено мнение, что коле-

бания симптомов обычно не влияют на когнитивную деятельность [65], имеются данные о связи между уровнем негативных симптомов и когнитивным дефицитом, причем когнитивные функции улучшаются, когда негативные симптомы ослабевают [21]. Когнитивное функционирование на начальном этапе психоза может предсказать течение болезни и сохранность основных социальных функций, таких как уход за собой, трудоспособность и социальное функционирование [62]. Ремиссия и рецидивы ППЭ в течение первых 2 лет болезни могут быть предсказаны с помощью тестов на словесную беглость, память и социальное познание, а стойкие негативные симптомы и функциональные результаты – с помощью вербальной памяти [66]. Социальное познание определенно предсказывает перспективы повседневного функционирования больного в сообществе в виде навыков самостоятельной жизни, социального и трудового функционирования [29]. В одном исследовании пациенты с ППЭ с сохраненным коэффициентом интеллекта (IQ) в начале психоза имели лучшие результаты через 3 года по сравнению с другими при оценке дезорганизации и негативных симптомов, соблюдения режима терапии и профессиональных успехов [46]. Таким образом, серьезные когнитивные нарушения ко времени первого психотического эпизода могут предсказать большую тяжесть заболевания. Дефицит когнитивных функций определенно влияет на приверженность терапии, понимание, критику к болезни, социальные навыки и общую способность к самообслуживанию, что приводит к ухудшению симптоматического и функционального исходов. С другой стороны, хорошая преморбидная адаптация, наличие мотивации и критичности могут смягчить влияние когнитивных нарушений на эти функциональные результаты [62]. В ряде исследований показана положительная роль атипичных антипсихотиков и специализированных социальных программ, способствующих улучшению когнитивного функционирования, для профилактики или уменьшения выраженности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией, перенесших первые психотические эпизоды [3, 33, 40, 42, 50, 57]. Поэтому нейрокогнитивная диагностика и тренинг социальных и когнитивных навыков (тренировка памяти, внимания, развитие точности социального восприятия, возможностей вербальной коммуникации, отработка социальных навыков и навыков решения проблем) представляют важную составляющую комплексных психосоциальных мероприятий [6, 8].

Рабочая группа по ремиссии при шизофрении определила ее как поддержание уровня симптомов легкой или меньшей степени в отношении продуктивных, негативных и дезорганизирующих симптомов в течение 6-месячного периода [30]. Понятию «восстановление» соответствует широкая концепция, учитывающая как клиническую симптоматику, так и психосоциальное функционирование; при этом

субъективное восстановление является важным его компонентом. Последовательные натуралистические исследования выявили весьма различные результаты при психозе первого эпизода [57, 58]. Хотя эпизодическое течение является наиболее распространенным [41], и основная часть пациентов с ППЭ первоначально достигает ремиссии [43], у меньшей части наступает раннее устойчивое выздоровление [44], или с самого начала заболевания отмечается резистентность к антипсихотическому лечению [27]. Задача клинициста при лечении пациентов с ППЭ заключается в том, чтобы своевременно предсказать эти различные траектории заболевания и сделать лучший выбор лечения для каждого из отдельных пациентов.

В недавнем мета-анализе лонгитудинальных исследований ППЭ доля пациентов, достигших ремиссии после наблюдения в среднем через 5,5 лет, составила 58%; другие исследования выявили более высокие показатели ремиссии [42]. Доля больных, достигших выздоровления после периода наблюдения в среднем 7,2 года, составила 38%. После 2 лет наблюдения доля достижения выздоровления была стабильной. Кроме того, частота выздоровления была ниже в исследованиях, предполагающих большую продолжительность хорошего функционирования и отсутствия симптомов. Неожиданно плохими предикторами ремиссии и выздоровления в мета-анализе оказались клинические особенности, связанные с первым психотическим эпизодом, такие как тяжесть психотических симптомов на исходном уровне, продолжительность нелеченного психоза (ПНП), приверженность лечению, состояние занятости или семейное положение [43]. В другом мета-анализе, целью которого было выявление риска рецидива после первого психотического эпизода, значительными факторами риска были: несоблюдение режима приема лекарств, злоупотребление психоактивными веществами, критика со стороны родственников и плохая адаптация в преморбиде [16]. В исследовании «Этиология и этническая принадлежность при шизофрении и других психозах» (AESOP) с десятилетним катамнезом имели худшие результаты по сравнению с другими пациенты с первоначальным диагнозом неаффективного психоза, пациенты, живущие в неблагополучной зоне, и пациенты мужского пола [54]. Худшие результаты имели также некоторые этнические меньшинства, что отчасти объяснялось социальным неблагополучием [55]. В другом большом продольном исследовании ППЭ с 10-летним наблюдением длительное течение психоза ассоциировалось с более длительным ухудшением преморбидного социального функционирования, длительностью нелеченного психоза (ДНП)  $\geq 26$  недель, наличием расстройств основного шизофренического спектра и отсутствием ремиссии в течение первых 3 месяцев [31]. Неблагоприятные краткосрочные результаты (катамнез в течение

1 года) ассоциировались с социальными факторами в виде безработицы, низкого уровня образования, социального функционирования, неудовлетворенных психосоциальных потребностей, наличием предыдущих депрессивных эпизодов, суицидальными тенденциями и мужским полом [41].

Точка зрения, согласно которой максимально раннее начало лечения влияет на нейробиологические механизмы патогенеза и положительно сказывается на социальном функционировании больных, в настоящее время разделяется большинством исследователей. Из этого следует, что раннее выявление и активное терапевтическое вмешательство позволяют форсировать все три уровня профилактики при шизофрении [8]: первичную (предупреждение новых случаев заболевания, то есть снижение заболеваемости), вторичную (отдаление начала заболевания или снижение его распространенности за счет уменьшения числа повторных обострений) и третичную (снижение болезненности за счет укорочения периодов присутствия активной симптоматики и /или замедления прогрессирования заболевания). Исследования подтверждают существующее мнение о том, что длительно нелеченное психотическое состояние не только ухудшает краткосрочный и долгосрочный прогнозы первого психотического эпизода, но и обладает нейротоксическим эффектом; поэтому раннее начало лечения улучшает результаты, защищая мозг от разрушительного воздействия психоза [18, 36, 51, 74]. Это позволяет говорить не только о возможности, но и желательности раннего терапевтического вмешательства, в некоторых случаях – уже на до манифестных, препсихотических этапах заболевания [52]. Установлено, что уже на додиагностическом этапе может быть определена группа риска из пациентов, у которых наблюдаются генетические предпосылки и нейрофункциональные изменения, определяются некоторые биомаркеры шизофрении [28, 63, 71], что позволяет прогнозировать возникновение психотического манифеста и в некоторых случаях определять вероятность неблагоприятного прогноза и терапевтической резистентности, в связи с чем начинать «профилактику по показаниям» до развития картины психоза. Целесообразность раннего вмешательства обосновывается ускорением наступления ремиссии или выздоровления, уменьшением социальных потерь, улучшением долгосрочного прогноза в смысле профилактики повторных обострений и хронификации заболевания, что удешевляет специализированную помощь в долгосрочной перспективе.

Время с момента появления первых симптомов психоза до момента начала лечения – длительность нелеченного психоза (ПНП), является одним из немногих потенциально изменяемых предикторов исходов шизофрении. Пациенты с первым психотическим эпизодом обычно имеют хорошие показатели ответа на лечение антипсихотиками. Вероятность успеха терапии коррелирует с

промежутком времени между появлением психотических симптомов и лечением. Чем меньше времени проходит до начала лечения, тем выше эта вероятность [34]. Во многих исследованиях отмечена связь длительного периода нелеченного психоза с более слабым ответом на лечение и рядом неблагоприятных клинических результатов [60]. Продолжительный ПНП многими исследователями традиционно рассматривался как предиктор плохого краткосрочного результата, что было показано в большом количестве работ. Длительный ПНП статистически достоверно коррелирует с плохим общим симптоматическим исходом, большей тяжестью продуктивных и негативных симптомов, меньшей вероятностью ремиссии, плохим социальным функционированием и глобальным исходом [54].

Кроме длительного ПНП, с худшим исходом психоза ассоциируются и некоторые другие признаки, такие как плохая преморбидная адаптация, большая выраженность негативных симптомов, употребление психоактивных веществ, попытки самоубийства и суицидальные мысли в анамнезе, а также неаффективный характер психоза. Из социальных и демографических факторов здесь могут иметь значение мужской пол, социальное неблагополучие, одиночество, неблагополучная семейная среда и этническая принадлежность. Несоблюдение режима лечения является существенным фактором риска рецидива, но у незначительного меньшинства пациентов с острым началом ППЭ, аффективной структурой психоза и ранней ремиссией прекращение приема антипсихотических препаратов может быть полезно.

По мнению большинства авторов, первые 5 лет с момента начальных психотических проявлений являются особенно значимым, «критическим» периодом, на протяжении которого может происходить наибольшее биологическое, социальное и психологическое ухудшение. Поскольку начальный период заболевания формирует и предопределяет его долгосрочный прогноз, он предоставляет наибольшие возможности для терапевтического вмешательства. Исследования показывают высокую вероятность повторных обострений в первые два года после первой госпитализации – в 40-60% случаев [43], причем установлено, что с каждым последующим обострением увеличивается вероятность терапевтической резистентности и социального снижения. В дальнейшем риск повторных обострений снижается, в большинстве случаев прослеживается тенденция к редукции и стабилизации позитивной и негативной симптоматики. В связи с тем, что терапевтическая резистентность при первом манифесте психоза встречается значительно реже, чем при повторных обострениях, принцип «минимального дозирования» представляется особенно важным для профилактики самовольного прекращения больными медикаментозной терапии. Недавние исследования сообщают о противоречивых результатах,

касающихся последствий прекращения антипсихотического лечения после достижения ремиссии при первом психотическом эпизоде. Мета-анализ стратегий прекращения лечения и стратегий поддерживающего лечения в клинике ППЭ ясно показал, что риск рецидива выше в группе прекративших лечение [68]. В другом недавнем исследовании прекращение приема антипсихотических препаратов было сильным предиктором как повторной госпитализации, так и преждевременной смертности даже после нескольких лет непрерывного амбулаторного антипсихотического лечения [69]. В то время имеются данные, что раннее снижение дозы или прекращение антипсихотического лечения после 6-месячной ремиссии были связаны с лучшим долгосрочным результатом [73]. В противоположность этому, Hui C.L.M и соавт. [39] в недавнем рандомизированном клиническом исследовании показали, что прекращение поддерживающего антипсихотического лечения после 1 года было связано с худшим 10-летним клиническим исходом. Однако в исследовании AESOP 12,5% пациентов с ППЭ имели раннее устойчивое выздоровление без рецидивов в течение 10-летнего периода наблюдения, а средняя продолжительность их антипсихотического лечения составила всего 53 дня. Предикторами ранней устойчивой ремиссии были женский пол, сохранение занятости и всех социальных связей, наличие короткого ПНП, мания или диагноз кратковременного психотического расстройства [44]. К сожалению, все эти предикторы недостаточны для того, чтобы оценить, кому может быть полезна отмена антипсихотических препаратов после первого психотического эпизода. Очевидно, что различия в полученных результатах во многом связаны с тем, что исследовались разные по клиническим проявлениям формы первого психотического эпизода.

Выявлено, что около четверти всех пациентов с ППЭ являются резистентными к лечению, то есть показывают незначительную положительную динамику психотических симптомов или отсутствие ее после двух последовательных курсов лечения различными антипсихотическими препаратами в адекватной дозе и продолжительности. Большинство из них являются резистентными к лечению с самого начала заболевания. В двух крупных исследованиях ППЭ предикторами устойчивости к лечению были определены более молодой возраст в начале заболевания, диагноз шизофрении, выраженность негативных симптомов и большая продолжительность периода нелеченного психоза (ПНП) [27, 43]. Поддерживающая терапия способствует предотвращению рецидивов психоза, купированию остаточной продуктивной симптоматики. Ее эффективность в значительной мере определяется достижением комплаенса между пациентом и врачом в отношении соблюдения терапевтических рекомендаций. Важными условиями для этого являются

хорошая переносимость препаратов, минимизация побочных эффектов, подбор доз, не нарушающих социальное функционирование больных. Этим критериям соответствуют атипичные антипсихотики нового поколения, которые обладают также свойством препятствовать формированию негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита. В настоящее время имеется значительное количество доказательных исследований, обосновывающих применение атипичных нейролептиков в качестве препаратов первой линии при купировании психотических расстройств в рамках первого эпизода; при этом указывается на меньшую выраженность и более благоприятный спектр побочных действий, возможность использования малых доз препаратов для достижения терапевтического эффекта [47]. Антипсихотики различаются по своей склонности вызывать эти побочные эффекты; кроме того, существует значительная индивидуальная вариабельность чувствительности к ним. Поэтому перспективным направлением разработок в области психофармакологии в настоящее время является создание антипсихотиков с максимально избирательным действием на определенные структуры мозга, что дает возможность снизить количество побочных эффектов [75]. Кроме того, все большее значение приобретает индивидуализированный подход при назначении терапии с учетом соматических факторов риска и генетической предрасположенности, что позволяет прогнозировать возникновение психоэндокринных нарушений, в том числе – ожирения, диабета 2 типа, а также проблем со стороны сердечно-сосудистой системы. Индивидуализированные правила лечения повышают частоту успеха лечения шизофрении в первом психотическом эпизоде, который определяется как отсутствие смены лекарства и отсутствие госпитализации в течение 12 месяцев [72]. Новые исследования позволяют также прогнозировать возможность терапевтической резистентности в первом психотическом эпизоде, что дает возможность адекватного выбора антипсихотика, основным из которых при лечении терапевтически резистентных психозов является клозапин [30].

Многочисленные данные, накопленные за последние два десятилетия, подтверждает ценность раннего вмешательства после первого эпизода психоза. Клинические исследования, проводимые во всем мире, подтверждают необходимость различных вмешательств для ослабления психотических симптомов и содействия функциональному выздоровлению при ППЭ, включая низкие дозы атипичных антипсихотических препаратов, когнитивную и поведенческую психотерапию, семейное обучение и поддержку, а также образовательную и профессиональную реабилитацию. Это позволяет осуществлять принцип мультидисциплинарного подхода в оказании психиатрической лечебной и реабилитационной помощи больным с первым психотическим эпизодом с использованием поли-

профессионального, «бригадного» или «командного» ведения каждого клинического случая одновременно группой профессионалов, в которую, кроме врачей-психиатров, входят и специалисты других специальностей (психолог, специалист по психосоциальным вмешательствам, социальный работник, медсестра, сотрудник службы занятости и др.). Бригадные (командные) формы работы в сообществе являются необходимым компонентом современной психиатрической помощи, все больше доминируют в большинстве экономически развитых стран и оцениваются как наиболее прогрессивное средство предоставления эффективного лечения, как и признание возрастающей роли структурированных форм психосоциального лечения и реабилитации. Под психосоциальной реабилитацией понимается восстановление или формирование недостаточных или утраченных в условиях нарушенных в результате болезни когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности, навыков знаний, умения взаимодействовать, решать проблемы, использовать стратегии совладания у психически больных с изъянами социальной адаптации, обеспечивающей их интеграцию в общество [8]. Реабилитационные мероприятия осуществляются все чаще в виде непосредственного психосоциального воздействия с помощью как групповых, так и индивидуальных форм работы, основанных на различных программах (модулях). К ним относятся: тренинги (социальных навыков, общения, уверенного поведения, независимого проживания), психообразовательные программы, обучение стратегии совладания с остаточной психотической симптоматикой, семейная терапия с использованием проблемно-решающей, поведенческой, психообразовательной техник [8].

Результаты исследования сравнительной эффективности традиционного и «командного» методов ведения больных с первым психотическим эпизодом продолжают доказывать возможность и преимущество раннего «бригадного» полипрофессионального подхода [23, 58]. По-прежнему актуальным остаются вопросы взаимосвязи между особенностями клинической ремиссии (выздоровления) и степенью личностного восстановления при первых психотических эпизодах шизофрении и шизоаффективного расстройства [43, 70].

Раннее выявление и лечение на этапе развернутого психоза имеют важное значение для минимизации и профилактики тяжелого и хронического течения шизофрении [25]. Последствия поздно начатой медикаментозной терапии опасны увеличением риска социально опасного и суицидального поведения, злоупотребления психоактивными веществами из-за попыток самолечения. Тем не менее, по данным многих как отечественных, так и зарубежных исследователей, достаточно типичным является позднее обращение за помощью и, соответственно, начало

лечения – от нескольких месяцев до 1 года и более. К числу наиболее распространенных причин этого они относят страх последствий констатации факта психического расстройства, недостаточную доступность психиатрической службы, слабую выявляемость психических нарушений врачами общей практики, неверную диагностику при обращении за психиатрической помощью [45]. Две трети больных с первым психотическим эпизодом в США имели задержку начала лечения более шести месяцев, более половины имели симптомы психоза в течение более года, а средняя продолжительность нелеченного психоза составляла почти четыре года [15].

Многими авторами подчеркивается необходимость ранних психосоциальных вмешательств при ведении больных с первым психотическим эпизодом, пока социальные потери больных еще невелики и являются обратимыми, а психосоциальный стресс вследствие факта психического заболевания переживают как больные, так и их ближайшее окружение [5, 8, 11, 12, 48].

Таким образом, больные с первым психотическим эпизодом представляют собой группу психиатрических пациентов, отличающихся определенными особенностями и нуждающихся в силу клиничко-прогностических и социально-реабилитационных соображений в комплексной системе лечебно-реабилитационных мероприятий. Это послужило причиной создания особых организационных форм оказания помощи данному контингенту. К числу наиболее известных, развитых по структуре и накопивших длительный и успешный опыт работы, можно отнести Центр профилактики и лечения ранних психозов (ЦПЛРП), созданный в 1992 году на основе ранее существовавшей с 1986 программы в Мельбурне (Австралия) для оказания психиатрической помощи, социальной и психологической поддержки молодых больным на ранних этапах психотических форм шизофрении и расстройств шизофренического спектра. В этой модели доминирующая роль отводится психосоциальной работе, помощи в адаптации недавно заболевшим [38]. В настоящее время ЦПЛРП является признанным мировым авторитетом в методологических вопросах организации полипрофессиональной помощи больным с первым психотическим эпизодом, выпускает учебные пособия для специалистов всего мира с обобщением собственного опыта и практическими рекомендациями. На этой основе созданы и успешно функционируют подобные структуры во многих странах. Особенностью оказания помощи в них считается осуществление ее в максимально щадящих условиях преимущественно амбулаторно или режиме полустационара. Если не удастся избежать госпитализации, то она является по возможности кратковременной, пациенты быстро переводятся в дневные реабилитационные программы или подключаются к отдельным программам еще во время пребывания в стационаре

до выписки. Большинство пациентов включается в реабилитационный процесс, минуя стационар. Выявление пациентов достигается путем тесного взаимодействия сотрудников клиники первого эпизода со всеми службами и учреждениями, контактирующими с соответствующими возрастными группами и сталкивающимися с психосоциальными проблемами молодежи, информационно-просветительской работе с населением. Такая деятельность способствует не только более раннему выявлению и началу лечения, но и увеличению толерантности в обществе по отношению к пациентам, возможности сохранения ими своих социальных позиций, помогает предупредить возникновение стигмы в связи с психическим заболеванием.

### **Клиника первого психотического эпизода в России**

Создание клиники первого психотического эпизода в России связано с именем профессора И.Я. Гуровича и коллективом возглавляемого им отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии, которыми была разработана клиничко-организационная модель помощи контингенту пациентов с эндогенными психозами на этапе начала заболевания с учетом международного опыта и особенностей организации психиатрической помощи в стране. Открытое в 2000 году в Институте клинического отделения, работающее по программе первого психотического эпизода в режиме дневного стационара, стало клинической базой, на которой проводились научные исследования, на основе которых разрабатывались организационно-методические и клинические вопросы помощи данному контингенту больных [8].

К основным принципам оказания помощи в клинике первого психотического эпизода были отнесены:

1. Возможно более раннее выявление психопатологических нарушений и включение пациентов в программу оказания помощи (сокращение времени «нелеченного психоза»).
2. Невыборочный характер помощи (в клинику направляются все больные с первым психотическим эпизодом из определенного района обслуживания).
3. Оказание помощи в наименее ограничительных и стигматизирующих условиях (полустационарный, амбулаторный режим) на основе принципов партнерства с пациентом.
4. Комплексное осуществление помощи на основе бригадного полипрофессионального (с участием психиатра, психолога, психотерапевта, социального работника) ведения больных.
5. Преимущественное использование атипичных антипсихотиков.
6. Раннее присоединение психосоциального вмешательства.

7. Создание системы длительной комплексной поддерживающей терапии пациентов (последующее многолетнее ведение больных).

Раннее выявление признаков заболевания с возможностью начала превентивной терапии на доманифестном уровне, до возникновения существенных социальных потерь у молодых больных представляется чрезвычайно важным звеном успешности психиатрической помощи. Опыт работы клиники первого эпизода показал преобладание среди ее пациентов лиц с наличием продолжительного периода нелеченного психоза. Отмечалось подострое развитие манифестного психотического приступа с постепенным развертыванием психотической симптоматики, медленным темпом нарастания и углубления расстройств, их монотонностью и «бедной» аффективной окраской, позднее обращение за помощью при длительном существовании продуктивной симптоматики с выраженной социальной дезадаптацией; а также больных с развитием психотического эпизода после многолетнего существования симптоматики непсихотических регистров с нарастающими негативными изменениями, что, соответственно, оказывало неблагоприятное влияние на прогноз и эффективность реабилитационных мероприятий. Поздняя обращаемость была связана как с низкой информированностью населения о проявлениях психических расстройств, так и с боязнью стигматизации фактом психического заболевания как больного, так и его ближайшего окружения, страхом попасть в психиатрическую больницу, стать жертвой «опасного» лечения психотропными препаратами. В связи с этим психообразовательная работа среди разных групп населения, а особенно среди профессиональных групп, наиболее часто сталкивающихся с первыми проявлениями психического заболевания (педагоги, психологи, сотрудники правоохранительных органов, а также врачи-интернисты) представляется необходимой для сокращения «периода нелеченного психоза».

Оказание помощи в наименее ограничивающих условиях является важным принципом организации помощи больным с первым психотическим эпизодом [6, 8]. При создании клиники первого эпизода нельзя ограничиваться только стационарными койками, поскольку стационарное лечение является только начальным этапом с последующим возможно быстрым переводом на лечение в дневной стационар или даже в амбулаторных условиях. Исследования, проведенные в клинике первого эпизода Московского НИИ психиатрии показали [8] избыточный уровень госпитализаций больных шизофренией с первыми психотическими эпизодами, что является типичным для многих психиатрических учреждений. Среди факторов, констелляция которых в наибольшей степени определяла необходимость госпитализации (неупорядоченное поведение, суицидальный риск, агрессия, опасный характер галлюцинаторной

симптоматики, отсутствие помощи родственников в наблюдении за больным), у 24% больных, госпитализированных после первичного обращения в ПНД в связи с психотической симптоматикой не было отмечено ни одного из этих признаков, то есть состояние больных состояние квалифицировалось как подострое, что позволяло говорить о возможности проводить лечение в более щадящих условиях дневного стационара, а в целом лечиться без госпитализации могли более половины всех больных.

**Психосоциальная работа в клинике первого психотического эпизода.** Осуществление комплексной помощи на основе бригадного полипрофессионального ведения больных, включающего психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию, рассматривается как важнейший принцип работы клиник первого эпизода. Он применяется уже на начальных этапах терапии и сохраняется на всем ее протяжении. Каждому пациенту устанавливается функциональный диагноз, включающий не только клинко-психопатологическую оценку его состояния, но и психологические и социально-личностные характеристики, его функциональные возможности и степень их утраты. На основе анализа выявленных нарушений бригадой вырабатывается совместная тактика лечения. В процессе терапии в зависимости от динамики состояния на регулярных совещаниях мультипрофессиональной бригады осуществляется ее уточнение и коррекция. Процесс начала психосоциального лечения должен быть начат как можно раньше для достижения благоприятного прогноза сразу после купирования острых проявлений психического расстройства. Важно участие и самого больного в лечебном процессе на принципах партнерства, формирование мотивации к лечению, которая нередко снижена, а то и полностью отсутствует у значительной части больных. Существенным моментом является вовлечение пациента в терапевтическое сообщество, помогающее ему ощутить свою защищенность и поддержку с уважительным отношением к его личности и переживаниям. В зависимости от показаний психосоциальные мероприятия могут быть различными. Выбор формы вмешательства для конкретного больного осуществляется в соответствии с особенностями его социальной дезадаптации. В связи с этим предполагается иметь несколько постоянно работающих и выполняющих различные задачи групп. Ведущие группы при работе с больными должны учитывать конкретные проблемы каждого участника, например, проблему общения, формирование навыков уверенного поведения, проблему комплаенса. Программа работы группы должна включать занятия, связанные с преодолением таких проблем участников.

Еще одним аспектом работы клиники первого психотического эпизода является нейрокогнитивный дефицит, который часто выявляется у больных еще на доманифестном этапе. Поэтому нейрокогнитивная

диагностика и тренинг социальных и когнитивных навыков (тренировка памяти, внимания, развитие точности социального восприятия, возможностей вербальной коммуникации, отработка социальных навыков и навыков решения проблем) представляют важную составляющую комплексных психосоциальных мероприятий [8].

Работа с семьями больных является еще одной значительной составляющей психосоциальной работы. Семья является значимым источником поддержки для больного и участие ее в реабилитационном процессе является ключевым для достижения желаемых результатов. Семейный коммуникативный стиль, компетентность в решении проблем имеют прямое отношение к способности пациентов противостоять стрессу, уменьшают риск обострения заболевания. Работа с семьей направлена также на оптимизацию реакции семьи на факт развития тяжелого психического расстройства у близкого родственника [7, 9]. Семейное вмешательство осуществляется с помощью поведенческой и/или психообразовательной техники. В комплекс семейных интервенций входят психообразовательные программы, тренинг социальных и коммуникативных навыков, решение поведенческих проблем, программы поддержки семей и кризисной помощи. Активное участие пациентов в различных видах групповой работы, в процессе которой формируется терапевтическое сообщество, положительно сказывается на формировании новых социальных сетей. Не менее важно и восстановление прежних и развитие новых связей и контактов с продолжением получения образования, восстановлением на прежнем месте работы.

Психообразование является главным и основным направлением психосоциальной работы в клинике первого психотического эпизода. Его назначение состоит в том, чтобы путем ознакомления больных с проявлениями заболевания, особенностями его течения с обсуждением их собственного опыта, приемами совладания с возникающими проблемами сформировать правильное отношение к болезни, необходимости поддерживающей медикаментозной терапии и соблюдения ее режима даже при недостаточной критике к состоянию и отрицании факта психического заболевания [53]. Психообразование рекомендуется проводить в групповом формате, поскольку это позволяет ощутить понимание и поддержку людей со сходными проблемами. Сотрудниками отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского НИИ психиатрии была разработана и внедрена в практику психообразовательная программа для больных с первым психотическим эпизодом, где учитываются этап развития психического расстройства (фаза развернутого психоза, фаза становления ремиссии, фаза полного или частичного выздоровления), особенности реакции больного на болезнь, основные проблемы, возникающие на каждом этапе

и приемы работы с ними. Фокус программы должен быть направлен на поддержку пациента, формирование позитивных установок, веры в выздоровление через информацию о течении болезни, мотивирование на продолжение поддерживающей терапии.

Создание системы последующего многолетнего ведения больных и обеспечение длительной комплексной поддерживающей терапии являются необходимым заключительным этапом в системе помощи пациентам с первым психотическим эпизодом. Она предусматривает возможность ее осуществления на любом из этапов: в больнице, дневном стационаре, на участке диспансера. При этом обязательным условием является возможность обеспечения как поддерживающей психофармакотерапией, так и психосоциальной реабилитационной терапией, для чего необходима организация системы амбулаторной помощи данному контингенту.

Исследования последних лет [5, 11, 12] показали стойкую тенденцию к снижению числа больных шизофренией и заболеваниями шизофренического спектра, наблюдающихся в амбулаторной службе психиатрической помощи как за счет сокращения диспансерной группы наблюдения, в том числе – резкого уменьшения числа впервые взятых на него больных, так и снижения выявляемости расстройств, которая в настоящее время почти в 2 раза меньше результатов, полученных в международных эпидемиологических исследованиях. Это свидетельствует о том, что значительная часть больных с дебютом заболевания уходит из поля зрения психиатров, длительное время не получает адекватной помощи, обращаясь в диспансер уже на поздних этапах болезни с хронифицированной психопатологической симптоматикой и значительными социальными потерями. Отмечено также увеличение число больных, которые после психотических эпизодов с госпитализацией игнорируют наблюдение в ПНД и медикаментозную терапию, что приводит, как минимум, к повторным обострениям. Игнорирование специализированной комплексной помощи на ранних этапах заболевания напрямую способствует развитию более грубых дефицитарных расстройств, нейрокогнитивного дефицита, нарушению социальной адаптации, росту инвалидизации среди больных с первыми психотическими эпизодами, поэтому формирование мотивации к получению специализированной психиатрической помощи у больных шизофренией приобретает первостепенное значение для обеспечения успешности лечебно-реабилитационных мероприятий [13].

Создание системы помощи больным с первыми психотическими эпизодами в амбулаторных условиях представляет определенные трудности. Апробированы различные ее модели. В некоторых регионах больные, выписанные из клиники первого эпизода, продолжают наблюдаться и лечиться там же в течение 5 лет [2, 8]. Другой формой организации клиники

первого эпизода является создание специального участка с соблюдением правил оказания помощи при первом психотическом эпизоде, на котором концентрировались бы все пациенты на начальных этапах заболевания (первые 5 лет), проживающие на соответствующей территории обслуживания, как это было апробировано в г. Омске [10, 14]. Его структура включает в себя отделение первого эпизода с круглосуточным пребыванием, дневной стационар, бригаду настойчивого лечения для интенсивной помощи контингенту во внебольничных условиях и психиатрические участки с первым эпизодом по количеству административных округов в городе. Организованная таким образом система обеспечивает полную преемственность между всеми своими звеньями, что возможно в крупных мегаполисах, имеющих хорошо развитое звено внебольничной психиатрической службы.

Так или иначе, во многих регионах в крупных городах, имеющих хорошо развитое звено внебольничной психиатрической службы, в разных вариантах и разной степени эффективности система наблюдения пациентов по программе первого психотического эпизода работает на всем протяжении с момента первого поступления в стационар или полустационар в виде четырех форм: 1) круглосуточный стационар; 2) дневной стационар; 3) наблюдение ассертивной бригадой; 4) наблюдение на специализированных участках для больных с первым психотическим эпизодом. Чаще всего, если специализированное отделение первого эпизода не создано, работа с этим контингентом больных проводится с использованием основных принципов программы в рамках существующих подразделений психиатрических служб с формированием отдельных специальных групп.

Использование атипичных антипсихотиков при купировании первых психотических эпизодов и дальнейшей поддерживающей терапии является общепризнанным стандартом медикаментозной терапии, их эффективность доказана во многих исследованиях, тем не менее, традиционные нейролептики продолжают использоваться в этих ситуациях достаточно широко.

Программа первого психотического эпизода существует в России уже около 20 лет. За это время получены данные, показывающие ее эффективность.

### **Заключение**

Анализ научно-исследовательских работ, посвященных проблеме первого психотического эпизода и состоянию организации психиатрической помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первым психотическим эпизодом показывает, что данная предметная область является важным научно-исследовательским и организационно-методическим направлением в психиатрии. Начальный период заболевания формирует и предопределяет его долгосрочный прогноз, поэтому



предоставляет наибольшие возможности для терапевтического вмешательства. Во многих странах эта категория больных выделяется в отдельную группу, для которой разработаны особые принципы терапевтического подхода. В России также создана и апробирована программа первого психотического эпизода, в основу которой положен принцип поэтапного полипрофессионального оказания помощи этой категории больным в максимально щадящих условиях с акцентом на внебольничное звено, ранним подключением психосоциальной терапии и использованием нейрорептиков нового поколения для купирования психотической симптоматики и последующей поддерживающей терапии. Внедрение в практику положений программы позволяет повысить качество помощи больным с первым психотическим эпизодом, снижению показателей социальной дезадаптации и инвалидизации. Тем не менее, ряд проблем остается актуальным и требует решения. Одна из них – поздняя выявляемость шизофрении и расстройств шизофренического спектра с нарастанием данной тенденции в последние годы. За время длительного «доманифестного» препсихотического этапа течения заболевания или подострого течения первого психотического эпизода с нарастанием дефицитарной симптоматики и проявлений нейрокогнитивного дефицита такие больные утрачивают социальные позиции, теряют работу, что резко снижает возможности реабилитации.

Организация психиатрической помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями в рамках шизофрении и расстройств шизофренического спектра отличается значительным разнообразием подходов. Наряду с соблюдением общих принципов ведения таких больных, подразумевающих раннее выявление заболевания, осуществление помощи в наименее ограничительных условиях (предпочтительно амбулаторно и в дневном стационаре), а также выбор атипичных антипсихотиков в качестве препаратов первой линии, в ряде регионов по-прежнему значительная часть пациентов довольно часто госпитализируется, не в полной мере соблюдается кратность диспансерного наблюдения, достаточно высок уровень применения традиционных антипсихотиков. При этом отмечается определенная зависимость качества оказываемой помощи от особенностей ее организации: так, в регионах, в которых акцент помощи (при ее достаточной интенсивности) смещен во внебольничные условия, удается минимизировать неблагоприятные последствия заболевания. Таким образом, проблема оказания помощи больным с впервые возникшими психотическими состояниями остается достаточно актуальной как в организационном, так и клинико-социальном аспектах. Развитие специальных программ для данной категории пациентов позволит получить очевидные клинический, социальный и экономический эффекты уже на начальных этапах заболевания и особенно в долгосрочной перспективе [66].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Волкова И.П. Первый психотический эпизод: клинико-катамнестическое исследование // Социальная и клиническая психиатрия. 2011. Т. 21. №4. С.90–92.
2. Горбунова М.В., Прусс Г.Б., Будза Г.Б. и соавт. Системная организация психосоциальной терапии и реабилитации в стационаре // Материалы общероссийской конференции «Реализация подпрограммы «Психические расстройства» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2011 гг)». М. 2008. С.495–496.
3. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т.17. №4. С. 78-79.
4. Зайцева Ю.С., Корсакова Н.К. Динамика нейрокогнитивного дефицита у пациентов с различной степенью прогрессивности шизофрении при первых приступах и в течение 5-летнего катамнеза // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18. №2. С.15–26.
5. Костюк Г.П., Шмуклер А.Б., Голубев С.А. и исследовательская группа. Эпидемиологические аспекты диагностики шизофрении в Москве // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. №3. С. 5-9.
6. Лиманкин О.В. Трушелёв С.А. Психосоциальная реабилитация больных с психическими расстройствами и расстройствами поведения // Российский психиатрический журнал. 2019. № 6. С. 4-15.
7. Мовина Л.Г. Опыт применения программы комплексного терапевтического вмешательства у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия» 2007. Т. 17. №3, С.48–55.
8. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) под ред. И.Я. Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.:ИД «Медпрактика-М» – 2010. 544 с.
9. Ривкина Н.М., Сальникова Л.И. Работа с семьями в системе психосоциальной терапии больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19. №1. С. 65 – 75.
10. Уткин А.А. Новые формы оказания психиатрической помощи как часть системы комплексной психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации. Дис. ... канд. мед. Наук. М. 2009. 153с.
11. Шашкова Н.Г., Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И., Сторожакова Я.А. Динамика амбулаторных контингентов больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и диспансерное наблюдение на современном этапе // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. №1. С. 36–43.
12. Шашкова Н.Г., Семенова Н.Д. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с отказами от наблюдения и лечения в амбулаторной практике // Социальная и клиническая психиатрия». 2019. Т. 29. №1. С.24–31.
13. Шашкова Н.Г., Семенова Н.Д. Мотивация к получению специализированной психиатрической помощи у больных шизофренией как необходимое условие лечебно-реабилитационного процесса // Душевные расстройства: от понимания к коррекции и поддержке [Электронный ресурс]: материалы региональной научной конференции; г. Ростов-на-Дону, 8 июня 2018 г. / ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, ФПК и ППС, кафедра психиатрии и наркологии. – Ростов-на-Дону, 2018. С. 228–232.
14. Шукиль Л.В., Чиперин А.И., Шеллер А.Д. Региональные аспекты организации дифференцированных подходов к оказанию психиатрической помощи (клинико-социальные и фармако-эпидемиологические аспекты) в Омской области // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. №1. С.53–58.
15. Addington J., Heinssen R.K., Robinson D.G. et al. Duration of untreated psychosis in community treatment settings in the United States// Psychiatric Services. 2015. Vol. 66. P.753–756.
16. Alvarez-Jimenez M., Priede A., Hetrick S.E., Bendall S., Killackey E., Parker A.G., et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // Schizophr. Res. 2012. Vol.139. P. 116–128.
17. Andreasen N.C., Carpenter W.T. Jr., Kane J.M., Lasser R.A., Marder S.R., Weinberger D.R. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatry. 2005. Vol.162. P. 441–449.

18. Andreasen N.C., Liu D., Ziebell S. et al. Relapse duration, treatment intensity, and brain tissue loss in schizophrenia: a prospective longitudinal MRI study // *Am. J. Psychiatry*. 2013. Vol. 170. P. 609–615.
19. Bogerts B. Neurodevelopment and schizophrenia // *Schizophr. Rev.* 2000. Vol.7. № 1. P. 3 – 5.
20. Bora E., Yalincetin B., Akdede B.B., Alptekin K. Duration of untreated psychosis and neurocognition in first-episode psychosis: a meta-analysis // *Schizophr. Res.* 2018. Vol.193. P.3–10.
21. Bozikas V.P., Andreou C. Longitudinal studies of cognition in first episode psychosis: a systematic review of the literature // *Aust. N. Z. J. Psychiatry*. 2011. Vol.45. P.93–108.
22. Cahn W., van Haren N.E.M. et al. Brain volume changes in the first year of illness and 5-year outcome of schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*, 2006. Vol.189. P. 381 – 382.
23. Correll C.U., Galling B., Pawar A., Krivko A., Bonetto C., Ruggeri M., Kane J. M. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis // *JAMA Psychiatry*. 2018. Vol.75. № 6. P.555–556.
24. Crossley N.A., Marques T.R., Taylor H., Chaddock C., Dell'Acqua F., Reinders A.A. et al. Connectomic correlates of response to treatment in first-episode psychosis // *Brain*. 2017. Vol.140. P. 487 – 496.
25. Cullberg J. First-episode schizophrenia // *Schizophr. Rev.* 2000. Vol.7. № 1. P. 21–22.
26. Dazzan P., Arango C., Fleischacker W., Galderisi S., Glenhoj B., Leucht S., et al. Magnetic resonance imaging and the prediction of outcome in first-episode schizophrenia: a review of current evidence and directions for future research. // *Schizophr. Bull.* 2015. Vol.41. P.574 – 583.
27. Demjaha A., Lappin J.M., Stahl D., Patel M.X., MacCabe J.H., Howes O.D., et al. Antipsychotic treatment resistance in first-episode psychosis: prevalence, subtypes and predictors // *Psychol Med.* 2017. Vol.47. P. 1981–1989.
28. Fernandes B.S., Steiner J., Bernstein H.G., Dodd S., Pasco J.A., Dean O.M. et al. C-reactive protein is increased in schizophrenia but is not altered by antipsychotics: meta-analysis and implications // *Mol. Psychiatry*. 2016. Vol. 21, N4. P. 554–564.
29. Fett A.K., Viechtbauer W., Dominguez M.D., Penn D.L., van Os J., Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011. Vol.35. P.573–588.
30. Frank J., Lang M., Witt S.H., Strohmaier J., Rujescu D., Cichon S., et al. Identification of increased genetic risk scores for schizophrenia in treatment-resistant patients. // *Mol. Psychiatry*. 2015. Vol. 20. P.150–151.
31. Friis S., Melle I., Johannessen J.O., Rossberg J.I., Barder H.E., Evensen J.H., et al. Early predictors of ten-year course in first-episode psychosis // *Psychiatr. Serv.* 2016. Vol.67. P. 438–443.
32. Fusar-Poli P., Meyer-Lindenberg A. Forty years of structural imaging in psychosis: promises and truth // *Acta Psychiatr. Scand.* 2016. Vol.134. P.207 – 224.
33. Gallhofer B., Jaanson P., Mittoux A. et al. Course of recovery of cognitive impairment in patients with schizophrenia: a randomized double-blind study comparing sertindole and haloperidol // *Pharmacopsychiatry*. 2007. Vol.40. №6. P.275 – 286.
34. Gardner K.N., Nasrallah H.A. Managing first-episode psychosis: An early stage of schizophrenia with distinct treatment // *Current Psychiatry*. 2015. Vol.14. № 5. P. 32–34, 36–40.
35. Goff D.C., Zeng B., Ardekani B.A. et al. Association of hippocampal atrophy with duration of untreated psychosis and molecular biomarkers during initial antipsychotic treatment of first-episode psychosis // *JAMA Psychiatry*. 2018. Vol. 75. P.370–378.
36. Goff D.C., Falkai P., Fleischacker W.W. et al.: The long-term effects of antipsychotic medication on clinical course in schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. 2017. Vol. 174. P. 840–849.
37. Green M.F., Kern R.S., Heaton R.K. Longitudinal of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS // *Schizophr. Res.* 2004. Vol.72. № 1. P. 41–51.
38. Henry L.P., Amminger G.P., Harris M.G. et al. The EPPIC follow-up study of first-episode psychosis: longer-term clinical and functional outcome 7 years after index admission. // *J. Clin. Psychiatry*. 2010. Vol.71. №6. P.716–728.
39. Hui C.L.M., Honer W.G., Lee E.H.M., Chang W.C., Chan S.K.W., Chen E.S.M. et al. Long-term effects of discontinuation from antipsychotic maintenance following first-episode schizophrenia and related disorders: a 10 year follow-up of a randomised, double-blind trial // *Lancet Psychiatry*. 2018. Vol.5. P.432–442.
40. Keefe R.S.E., Goldberg T.E., Harvey P.D. The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery // *Schizophr. Res.* 2004. Vol.55. P. 238–297.
41. Koutsouleris N., Kahn R.S., Chekroud A.M., Leucht S., Falkai P., Wobrock T. et al. Multisite prediction of 4-week and 52-week treatment outcomes in patients with first-episode psychosis: a machine learning approach // *Lancet Psychiatry*. 2016. Vol.3. P. 935–946.
42. Kurtz M.M., Seltzer J.C., Shagan C.D. et al. Computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia: what is the active ingredient // *Schizophr. Res.* 2007. Vol.89. №1-3. P. 251–260.
43. Lally J., Ajnakina O., Stubbs B., Cullinane M., Murphy K.C., Gaughran F. et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies // *Br. J. Psychiatry* 2017 Vol.211. P. 350–358.
44. Lappin J.M., Heslin M., Lomas B., Jones P.B., Doody G.A., Reininghaus U.A., et al. Early sustained recovery following first episode psychosis: evidence from the AESOP10 follow-up study. // *Schizophr Res.* 2018. Vol.211. P. 341–345.
45. Larsen T.K., Johannessen J.O., Opjordsmoen S.I. First-episode schizophrenia with long duration of untreated psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 1998, Vol.172. Suppl. 33. P. 45–52.
46. Leeson V.C., Sharma P., Harrison M., Ron M.A., Barnes T.R., Joyce E.M. IQ trajectory, cognitive reserve, and clinical outcome following a first episode of psychosis: a 3-year longitudinal study. // *Schizophr. Bull.* 2011 Vol. 37. P. 768–777.
47. Leucht S., Cipriani A., Spineli L., Mavridis D., Orey D., Richter F. et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis // *Lancet*. 2013. Vol. 382. P.951–962.
48. Macdonald E.M., Pica S., Macdonald S. et al. Stress and coping in early psychosis // *Br. J. Psychiatry*. 1998. Vol.172. Suppl. 33. P. 122–133.
49. Mäntylä T., Nummenmaa L., Rikandi E., Lindgren M., Kiesepää T., Hari R., et al. Aberrant cortical integration in first-episode psychosis during natural audiovisual processing // *Biol. Psychiatry*. 2018. Vol.84. P.655 – 664.
50. Marder S.R., Fenton W.S. Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia: NIMH MATRICS initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2004. Vol.72. P. 5–10.
51. Maximo J.O., Nelson E.A., Armstrong W.P. et al. Duration of untreated psychosis correlates with brain connectivity and morphology in medication-naïve patients with first-episode psychosis // *Biol. Psychiatry Cogn. Neurosci. Neuroimaging*. 2020. Vol. 5. P. 231–238.
52. McGorry P. Psychoeducation in first-episode psychosis; a therapeutic process meta-analysis and implications // *Mol. Psychiatry*. 2016. Vol. 21. P. 554–564
53. McGurk S.R., Mueser K.T., Pascaris A. Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol.31. P. 898 – 909.
54. Morgan C., Fearon P., Lappin J., Heslin M., Donoghue K., Lomas B. et al. Ethnicity and long-term course and outcome of psychotic disorders in a UK sample: the AESOP-10 study // *Br. J. Psychiatry*. 2017. Vol.211. P. 88–94.
55. Morgan C., Lappin J., Heslin M., Donoghue K., Lomas B., Reininghaus U. et al. Reappraising the long-term course and outcome of psychotic disorders: the AESOP-10 study // *Psychol. Med.* 2014. Vol.44. P.2713 –2726.
56. Murrey R. Schizophrenia is (not just) a neurodevelopmental disorder // *Schizophr. Rev.* 2000. Vol.7. № 1. P. 19 – 21.
57. Niendam T.A., Bearden C.E., Zinberg J. et al. The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis // *Schizophr. Bull.* 2007. Vol.33. №3. P. 772 – 781.
58. Nossell, Wall M. M., Scodes J., Marino L. A., Zilkha S., Bello I., Dixon L. Results of a coordinated specialty care program for early psychosis and predictors of outcomes. // *Psychiatric Services*. 2018. Vol.69. № 8. P.863–870.
59. Palaniyappan L., Marques T.R., Taylor H., Mondelli V., Reinders AATS, Bonaccorso S., et al. Globally efficient brain organization and treatment response in psychosis: a connectomic study of gyrification // *Schizophr. Bull.* 2016. Vol.42. P.1446 – 1456.
60. Penttilä M., Jääskeläinen E., Hirvonen N. et al. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis // *Br. J. Psychiatry*. 2014; Vol. 205. № 2. P. 88–94.
61. Peruzzo D., Castellani U., Perlini C., Bellani M., Marinelli V., Rambaldelli G. et al. Classification of first-episode psychosis: a multi-modal multi-feature approach integrating structural and diffusion imaging // *J. Neural. Transm. (Vienna)*. 2015. Vol.122. P. 897 – 905.
62. Rajji T.K., Miranda D., Mulsant B.H. Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies // *Can. J. Psychiatry*. 2014. Vol. 59. P. 13–7.
63. Ranlund S., Calafato S., Thygesen J.H., Lin K., Cahn W., Crespo-Facorro B. et al. A polygenic risk score analysis of psychosis endophenotypes across brain functional, structural, and cognitive domains // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr Genet.* 2018. Vol. 177. P. 21–34.
64. Rund B.R., Barder H.E., Evensen J., Haahr U., ten VeldenHegelstad W., Joa I., et al. Neurocognition and duration of psychosis: a 10-year

- follow-up of first-episode patients // *Schizophr. Bull.* 2016. Vol.42. P.87–95
65. Sauras R., Keymer A., Alonso-Solis A., Diaz A., Molins C., Nuñez F. et al. Volumetric and morphological characteristics of the hippocampus are associated with progression to schizophrenia in patients with first-episode psychosis // *Eur. Psychiatry* 2017. Vol.45. P. 1 – 5.
  66. Schubert K.O., Clark S.R., Baune B.T. The use of clinical and biological characteristics to predict outcome following First Episode Psychosis // *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2015. Vol.49. P.24 – 35.
  67. Squarcina L., Perlini C., Peruzzo D., Castellani U., Marinelli V., Bellani M. et al. The use of dynamic susceptibility contrast (DSC) MRI to automatically classify patients with first episode psychosis // *Schizophr. Res.* 2015. Vol.165. P.38 – 44.
  68. Thompson A., Winsper C., Marwaha S., Haynes J., Alvarez-Jimenez M., Hetrick S., et al. Maintenance antipsychotic treatment versus discontinuation strategies following remission from first episode psychosis: systematic review // *B. J. Psych. Open.* 2018. Vol.4. P.215–225.
  69. Tiihonen J., Tanskanen A., Taipale H. 20-year nationwide follow-up study on discontinuation of antipsychotic treatment in first-episode schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 2018. Vol.175. P.765–773.
  70. Van Eck R. M., Burger T. J., Vellinga A., Schirbeck F., de Haan L. The relationship between clinical and personal recovery inpatients with schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis // *Schizophr. Bull.* 2018. Vol.44. P. 631–642.
  71. Vassos E., Di Forti M., Coleman J., Iyegbe C., Prata D., Euesden J. et al. An examination of polygenic score risk prediction in individuals with first-episode psychosis // *Biol. Psychiatry* 2017 Vol.81. P. 470 – 477.
  72. Wu C. Individualized treatment rule improves treatment success rate of first-episode schizophrenia // *JAMA Netw Open.* 2020; DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2019.21660.
  73. Wunderink L., Nieboer R.M., Wiersma D., Sytema S., Nienhuis F.J. Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial // *JAMA Psychiatry.* 2013 Vol.70. P.913–920.
  74. Wyatt R.J., Damiani L.M., Henter I.D. First-episode schizophrenia// *Br. J. Psychiatry.* 1998. Vol.172. Suppl. 33. P.77 -83
  75. Zhang J.P., Lencz T., Zhang R.X., Nitta M., Maayan L., John M. et al. Pharmacogenetic associations of antipsychotic drug-related weight gain: a systematic review and meta-analysis// *Schizophr. Bull.* 2016 Vol. 42. P.1418—1437.

## ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД: ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Н.Г.Шашкова, А.К.Гажа

Представленный обзор литературы посвящен современному состоянию проблемы оказания помощи больным с первым психотическим эпизодом. Подчеркивается важность данного этапа заболевания для прогноза, успешной медикаментозной и психосоциальной терапии. Рассматривается положительный опыт внедрения новых форм поли-

профессиональной психиатрической помощи данной категории пациентов.

**Ключевые слова:** психиатрия, шизофрения, расстройства шизофренического спектра, первый психотический эпизод, медицинская помощь, психосоциальное вмешательство, реабилитация.

## THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE: PECULIARITIES OF PROVIDING MENTAL HEALTH SERVICES TO PATIENTS UNDER MODERN CONDITIONS

N.G.Shashkova, A.K.Gazha

The literature review is devoted to the current state of delivery of care to patients with the first psychotic episode. The importance of this stage of the disease for prognosis, successful drug and psychosocial therapy is emphasized. Successful practices of introducing new forms of

polyprofessional psychiatric care in this category of patients is considered.

**Key words:** psychiatry, schizophrenia, schizophrenia spectrum disorders, the first psychotic episode, medical care, psychosocial intervention, rehabilitation.

---

**Шашкова Нина Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, ведущий сотрудник отделения клинко-социальных и биологических исследований расстройств психотического спектра Московского НИИ психиатрии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России; e-mail: ngshashkova@gmail.com

**Гажа Андрей Константинович** – кандидат педагогических наук, заслуженный врач РФ, психиатр высшей категории, заведующий кафедрой психиатрии и неврологии ФГБОУ ВО «Тамбовский государственный университет им. Г.Р.Державина»; ОГБУЗ «Тамбовская психиатрическая клиническая больница»