

На правах рукописи

**ЧИНАРЕВ
ВИТАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ**

**РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ У ЛИЦ С ПЕРВЫМ
ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ
ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

3.1.17. Психиатрия и наркология (медицинские науки)

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Челябинск
2026

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный руководитель:

Малинина Елена Викторовна, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Психиатрии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Официальные оппоненты:

Петрова Наталия Николаевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Санкт-Петербургский государственный университет» Правительства Российской Федерации

Бархатова Александра Николаевна – доктор медицинских наук, доцент, руководитель института детской психиатрии федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский Научный центр психического здоровья» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

Ведущая организация:

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Научно-исследовательский институт психического здоровья

Защита диссертации состоится 22 октября 2026 г. в 12:00 на заседании диссертационного совета 21.1.035.01 на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации (192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «НМИЦ ПН имени В.М. Бехтерева» Минздрава России (адрес: 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д.3) и на сайте: <http://bekhterev.ru>

Автореферат разослан 20 августа 2026 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук

Яковлева Юлия Александровна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Расстройства шизофренического спектра (РШС), манифестирующие первым психотическим эпизодом (ППЭ) в подростковом и молодом возрасте, представляют собой одну из значимых проблем в клинической психиатрии. Высокий уровень инвалидизации, раннее начало и прогрессивное течение определяют вклад этой патологии в структуру глобального бремени болезней (Гурович И.Я. и др., 2010; Мое А.М. et al., 2021; Prakash J. et al., 2021; Montaner-Ferrer M.J. et al., 2023). В Российской Федерации прямые затраты на оказание помощи пациентам с РШС в 2005 году оценивались в 57,3 млрд рублей (0,3% валового внутреннего продукта (ВВП), а косвенные экономические потери достигали 215,5 миллиардов рублей, что соответствовало 1 % недопроизведенного ВВП (Целищев Д.В. и др., 2022).

Понятие реабилитационного потенциала (РП) получило развитие в отечественной медицине как «совокупность преимущественно биологических и личностных, а также ряда внешних факторов, способствующих компенсации различных видов утраченной активности» (Болотов Д.Д. и др., 2016). Существующие подходы интегративной оценки РП, включая шкалы оценки социального функционирования (Гурович И.Я. и др., 2008, Морозова М.А. и др., 2015; Wykes T. et al., 1986; Mauzer K.T. et al., 1990), зачастую не позволяют сформировать целостное представление о совокупности факторов, влияющих на прогноз и исход ППЭ.

Формирование РП определяется комплексом взаимосвязанных признаков. Клиническими предикторами благоприятного исхода выступают острота манифестации (Гурович И.Я. и др., 2013; Незнанов Н.Г. и др., 2018), непродолжительный период нелеченого психоза и преобладание позитивной симптоматики. Социально-адаптивные факторы охватывают уровень образования, наличие профессиональных навыков, качество семейных отношений и доступность реабилитационных мероприятий (Гурович И.Я. и др., 2009; Гурович И.Я., 2010; Попов М.Ю., 2015; Мосолов С.Н. и др., 2020; Козловский В.Л. и др., 2022; Лиманкин О.В. др., 2023; van Beilen M. et al., 2003; Dziwota E. et al., 2018; Escandell M.J. et al., 2022; Modesti M.N. et al., 2023). Современные подходы к психосоциальной реабилитации основываются на концепции личностно-социального восстановления («recovery») (Sun X. et al., 2025) и реализуются с применением комплексных программ раннего вмешательства (Early Intervention in Psychosis).

Применение цифровых технологий в психосоциальной терапии позволяет преодолеть географические и временные барьеры, обеспечить непрерывный мониторинг состояния и персонализировать терапию (Torous et al., 2021). Однако внедрение цифровых решений сталкивается с рядом ограничений: недостаточной валидизацией алгоритмов, рисками нарушения конфиденциальности, цифровым неравенством и низкой долгосрочной вовлеченностью пользователей (Torous et al., 2018).

В этой связи разработка комплексной модели оценки РП, интегрирующей клинико-динамические, социально-адаптивные предикторы с использованием как традиционных, так и

цифровых инструментов мониторинга, является актуальной научно-практической задачей. Эмпирические данные о влиянии персонализированных реабилитационных программ – включающих цифровые психообразовательные ресурсы, когнитивные тренинги и семейную терапию, сформированные на основе структурированной оценки РП, – на психосоциальное восстановление пациентов после ППЭ в условиях отечественной психиатрической службы изучены недостаточно. Эффективность такого подхода позволит перейти от общих принципов реабилитации к технологиям адресного и измеримого вмешательства на ранних этапах РШС.

Степень разработанности темы исследования. В современной психиатрической науке накоплен значительный объем исследований, посвященных проблемам психосоциальной реабилитации пациентов с психическими расстройствами, а также внедрению цифровых технологий в диагностический и терапевтический процесс (Солохина Т.А. и др., 2021; Понизовский П.А. и др., 2024; Шелепин К.Ю. и др., 2025). Доказана эффективность своевременной терапевтической помощи в снижении числа госпитализаций, улучшении приверженности лечению и повышении РП пациентов (Костюк Г.П. и др., 2019; Шмуклер А.Б., 2022). Вместе с тем остаётся недостаточно изученным влияние личностно-социальных факторов на динамику РП. Вопросы оценки РП при ППЭ освещены в отечественных и зарубежных исследованиях преимущественно в аспекте отдельных компонентов: когнитивного функционирования (Шмуклер А.Б. и др., 2014), социальной адаптации (Гурович И.Я. и др., 2008) или эффективности изолированных реабилитационных методик (Еричев А.Н., 2007; Гусева О.В., 2009). Однако комплексная оценка РП, объединяющего функциональные, психологические и социальные детерминанты, остается недостаточно разработанной. Отсутствуют валидизированные инструменты, позволяющие дифференцировать пациентов по уровням восстановительных возможностей на ранних этапах заболевания и прогнозировать эффективность реабилитационных мероприятий. Цифровые технологии, включая мобильные приложения с элементами психообразования, когнитивно-поведенческой терапии, мониторингом состояния и доступом к экстренной помощи, рассматриваются как один из инструментов повышения эффективности реабилитации (Касьянов Е.Д. и др., 2022, Иванец Н.Н. и др., 2023, Понизовский П.А. и др., 2024; Torous J. et al., 2016, Cella M., et al., 2019).

Таким образом, необходимым представляется изучение взаимосвязи личностно-социальных детерминант с динамикой РП и разработка персонализированных подходов к его оценке с использованием цифровых технологий. Анализ состояния проблемы личностно-ориентированной оценки РП в условиях цифровизации психиатрической помощи свидетельствует об актуальности вопроса, его приоритетности и нерешенности поставленных задач.

Цель исследования: определить реабилитационный потенциал у пациентов с первым психотическим эпизодом в структуре расстройств шизофренического спектра.

Задачи исследования: 1. Провести комплексную оценку клинико-психопатологических, клинико-анамнестических, социально-демографических, клинико-динамических данных пациентов с первым психотическим эпизодом при расстройствах шизофренического спектра.

2. Разработать модульную программу комплексной психосоциальной реабилитации с последующим определением её терапевтической эффективности.

3. Осуществить валидизацию и культурально-лингвистическую адаптацию психометрической шкалы оценки восстановления – области и этапы (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages - RAS-DS).

4. Построить прогностическую модель неблагоприятных исходов первого психотического эпизода на основе сравнительного анализа клинико-динамических параметров.

5. Установить критерии распределения по уровню реабилитационного потенциала, основанные на сравнительном анализе значимости клинико-динамических и клинико-психопатологических характеристик.

Научная новизна исследования. Впервые проведена оценка прогностически значимых факторов, определяющих РП у пациентов после ППЭ в структуре РШС. Данный подход отличается от традиционных исследований, сфокусированных преимущественно на соматических или психопатологических проявлениях, поскольку включает клинические особенности течения болезни, степень выраженности функциональных нарушений, социальные ресурсы пациента и его готовность к восстановлению. Впервые выполнена адаптация и валидизация русскоязычной версии шкалы оценки восстановления (RAS-DS) для количественной оценки личностно-социального восстановления после ППЭ. Разработан и апробирован комплексный метод психосоциальной реабилитации. Установлено, что комбинированное применение обеспечивает положительный эффект в снижении частоты госпитализаций по сравнению с изолированным медикаментозным лечением. Впервые осуществлена интеграция цифровых технологий в реабилитационный процесс при ППЭ для перехода от эпизодической к непрерывной адаптивной терапии с персонализацией вмешательств.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Разработанные подходы в оценке РП, основанные на выявлении прогностически значимых признаков и их связи с клиническими характеристиками течения болезни, функциональными нарушениями, социальными ресурсами и готовностью к восстановлению, позволяют оптимизировать и повысить обоснованность клинических решений за счет перехода от унифицированного к персонализированному подходу. Они также способствуют дифференцировке факторов, влияющих на восстановление после ППЭ, обеспечивая доказательную базу для разработки индивидуализированных программ реабилитации. На их основе могут быть созданы дифференцированные алгоритмы ведения пациентов с РШС.

Результатом практической части исследования стали разработанные и внедренные объекты интеллектуальной собственности в клиническую практику: программа для ЭВМ –

программа для определения лечебно-реабилитационного потенциала у пациентов с первым психотическим эпизодом (№RU2025614613); база данных – регистр случаев первого психотического эпизода в структуре эндогенных психических расстройств (№2025621161), обеспечивающая систематизацию и анализ данных для прогностического моделирования исходов. Программа для ЭВМ – цифровая платформа персонализированной психолого-психиатрической помощи (№2025615920), интегрирующая чат-бот. Способ комплексного лечения первого психотического эпизода (патент № 2851667 С1 Российская Федерация, МПК А61М 21/00), объединяющий фармакотерапевтические, цифровые и психосоциальные компоненты в рамках психосоциальной реабилитационной модели.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Результаты диссертационной работы соответствуют заявленным областям исследования по специальности, а именно – пунктам 4–7 и 13–14 паспорта специальности 3.1.17. Психиатрия и наркология, и включают изучение клинико-психопатологических закономерностей, динамических и социально-психологических детерминант психических расстройств, их возникновения, клинической динамики, терапии, профилактики и реабилитационных подходов. Достоверность научных положений и выводов обоснована репрезентативностью выборки, применением клинико-психопатологического метода (с акцентом на синдромально-динамический анализ), клинико-катамнестического наблюдения, стандартизированных психометрических инструментов (включая адаптированную шкалу RAS-DS) и методов математико-статистической обработки данных.

Личное участие автора в получении результатов. Автором определены цель и задачи исследования, проведен анализ отечественной и зарубежной научной литературы по теме диссертационной работы. Разработана модель изучения РП у пациентов с ППЭ, которая объединяет клинико-психопатологические и реабилитационные аспекты заболевания в единую систему оценки и прогнозирования исхода. Адаптирована и валидизирована шкала оценки восстановления (RAS-DS) для пациентов с ППЭ при РШС, обеспечивая объективность диагностики динамики восстановления. В ходе исследования проанализированы прогностически значимые факторы, влияющие на РП, что позволило выявить новые маркеры эффективности терапии и реабилитации. На основе полученных данных была разработана программа психосоциальной реабилитации, учитывающая особенности ППЭ и обеспечивающая индивидуальный подход к каждому пациенту.

Результаты исследования представлены на научно-практической конференции с международным участием «Интеграция нейронаук и клинической практики: современные тенденции в сфере охраны психического здоровья» (Рязань, сентябрь, 2024), IV Международной научно-практической конференции «Современные проблемы здравоохранения глазами молодых ученых» посвященная 150-летию со дня рождения выдающегося организатора здравоохранения Н.А. Семашко (Саратов, декабрь, 2024), XIII Всероссийской научно-практической конференции «Психиатрия и наркология: клинико-диагностические и лечебно-

реабилитационные и медико-социальные вопросы» (Краснодар, март, 2025), XXXII Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (Москва, апрель, 2025); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Ментальное здоровье XXI века: актуальные вопросы и поиск ответов» (Санкт-Петербург, апрель, 2025) и другие.

Положения, выносимые на защиту:

1. Процесс восстановления пациентов после первого психотического эпизода определяется совокупностью факторов, включающих тяжесть психопатологической симптоматики, длительность нелеченого психоза, доступность социальной поддержки и психологическую готовность к активному участию в реабилитационном процессе; структура ремиссии к концу первого года наблюдения является определяющей характеристикой краткосрочного (12-месячного) исхода.

2. Разработанная программа психосоциальной реабилитации, интегрирующая психофармакотерапию с системой психосоциальных интервенций (тренинги социальных навыков, семейно-ориентированная работа, психообразование, когнитивно-поведенческие подходы) и цифровые средства поддержки, обеспечивает устойчивость ремиссии по сравнению с изолированным медикаментозным лечением.

3. Валидизированная русскоязычная версия шкалы оценки восстановления (RAS-DS) характеризуется чувствительностью к отслеживанию динамики состояния в ходе реабилитации и обеспечивает комплексную оценку личностно-социального восстановления, охватывая самоэффективность, автономию, интеграцию в социум и управление симптоматикой.

4. Своевременное купирование острой симптоматики, сокращение длительности нелеченого психоза, а также тип отношения к болезни, формирующийся уже на начальных этапах заболевания, являются ведущими факторами, определяющими потенциал функционального восстановления и минимизирующими риск неблагоприятного течения расстройств шизофренического спектра при первом психотическом эпизоде.

5. Распределение пациентов по уровням реабилитационного потенциала подтверждает эффективность терапевтических подходов, отражая положительную динамику в сторону умеренного и высокого реабилитационного потенциала при использовании комплексной психосоциальной программы.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практическую работу ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1», г. Челябинск, ГБУЗ «Областная психоневрологическая больница № 5» г. Магнитогорск, Челябинской области; а также в учебный процесс кафедры психиатрии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России.

Научные публикации по теме диссертации. Соискатель имеет 34 опубликованные работы по теме диссертации, из них 11 работ опубликовано в рецензируемых научных изданиях из перечня ВАК.

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, 7 глав, заключения, выводов, списка литературы и приложений. Общий объем диссертации составляет 234 страницы, включая текст, 12 таблиц и 21 рисунок, 2 приложения. Библиографический список включает 416 источников, среди которых 195 отечественных и 221 зарубежных публикаций.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании приняли участие пациенты, госпитализированные в отделение первого психотического эпизода ГБУЗ «Областная специализированная психоневрологическая больница № 1» г. Челябинска в период с 2021 по 2025 год с ППЭ. Рандомизированное контролируемое проспективное исследование включило две группы пациентов (основная и группа сравнения), проходивших стационарное лечение с ППЭ в структуре РШС. Использовались критерии первого психотического эпизода, установленные И.Я. Гуровичем с соавт. (2010).

Критерии включения:

- а) пациенты с психическими расстройствами, классифицируемыми в рубриках F2 Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10);
- б) длительность заболевания, установленная на основе анамнестических данных, не превышала пяти лет от момента манифестного психотического эпизода;
- в) наличие не более трех госпитализаций в психиатрический стационар в анамнезе, включая текущую госпитализацию;
- г) наличие согласия пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения:

- а) наличие органического поражения ЦНС (F00-F09 по МКБ-10);
- б) текущее или предшествующее (в течение 6 месяцев до исследования) злоупотребление психоактивными веществами (ПАВ) (F10-F19 по МКБ-10);
- в) наличие тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- г) интеллектуальный дефицит ($IQ < 70$) (F70-F79 по МКБ-10).

Дизайн исследования. На *первом этапе* была сформирована репрезентативная выборка из числа лиц, госпитализированных с ППЭ в структуре РШС. Общее число участников в соответствии с критериями включения, составило 188 человек. Пациенты были разделены на основную группу ($n = 109$) и группу сравнения ($n = 79$). С целью верификации сопоставимости групп проведен сравнительный анализ социально-демографических, клинко-психопатологических и клинко-динамических показателей.

На *втором этапе* в основной группе ($n = 109$) наряду со стандартной фармакотерапией была реализована комплексная программа психосоциальной реабилитации со 2 недели стационарного лечения после достижения клинической стабилизации и продолжалась на амбулаторном этапе до 12 месяцев. Группа сравнения получала стандартное медикаментозное лечение без дополнительных психосоциальных интервенций. Достижение клинической

стабилизации определялось комплексным критерием, включающим снижение общего балла PANSS $\geq 20\%$ или субшкалы позитивных симптомов PANSS pos. $\geq 25\%$ к концу 2-й недели стационарного лечения в сочетании с отсутствием острого возбуждения и возможностью участия в психосоциальных сессиях, по шкале GAF ≥ 31 баллов (NICE 2016, EPA 2020, Australian Early Psychosis Guidelines 2023) (Kinon B.J., 2010). При невыполнении психометрического порога применялся поэтапный старт программы (психообразовательный модуль, семейная работа в пассивном формате).

Пациенты обеих групп получали психофармакотерапию антипсихотическими препаратами в средних терапевтических дозировках, назначаемых в соответствии с действующими клиническими рекомендациями.

Проведен сравнительный анализ клинико-динамических показателей с использованием валидизированных психометрических инструментов в двух группах (Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS); Краткая шкала оценки негативных симптомов (BNSS); Шкала глобальной оценки функционирования (GAF) в четыре временные точки: исходно (0 день), через 1, 6 и 12 месяцев, а также анализ клинико-динамических признаков (тип ремиссии, частота и причины повторных госпитализаций, показатели социального функционирования и повседневной активности, тип отношения к болезни (ТОБОЛ) на 12 месяц исследования).

На *третьем этапе* было осуществлено внедрение цифрового сопровождения в виде чат-бота в структуру комплексной психосоциальной реабилитации основной группы на амбулаторном этапе. Проводился анализ приверженности пользователей к цифровому инструменту и изучение его влияния на приверженность лечению путем оценки регулярности взаимодействия с платформой и активности по функциональным модулям на 12-ом месяце исследования.

На *четвертом этапе* проведена адаптация и валидизация шкалы оценки восстановления – области и этапы (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages, RAS-DS) и оценка эффективности и результативности терапевтических мероприятий в основной группе и группе сравнения в четыре временные точки: исходно (0 день), через 1, 6 и 12 месяцев.

На *пятом этапе* проведен комплексный анализ отдаленных исходов и прогностическое моделирование. Включало построение модели бинарной логистической регрессии для выявления предикторов неблагоприятного исхода ППЭ, а также определение реабилитационного потенциала с применением двуступенчатого кластерного анализа для выделения клинически релевантных групп пациентов на 12-ом месяце исследования.

Все этапы исследования проводились в соответствии с этическими стандартами (выписка из протокола от 15.02.2021, №1 заседания Этического комитета ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России). Получено информированное согласие всех участников исследования, соблюдены принципы конфиденциальности и защиты данных.

Методологический аппарат исследования включал клинические (клинико-психопатологический, клинико-anamнестический, динамический) и психометрические методы с

применением валидизированных шкал (PANSS, BNSS, GAF, ТОБОЛ) для комплексной оценки психопатологической симптоматики, функционирования и внутренней картины болезни. Личностно-социальное восстановление оценивалось с помощью шкалы RAS-DS, процедура адаптации и валидизации которой предусматривала лингвистическую верификацию, оценку надежности (α -Кронбаха), конструктивной и критериальной валидности, а также чувствительности к динамике состояния. В качестве инструмента цифрового терапевтического сопровождения использовался чат-бот, эффективность которого анализировалась по регулярности и структуре обращений.

Статистическая обработка данных выполнена в программах IBM SPSS Statistics 26 и Microsoft Excel 2016: для количественных переменных вычислялись средние с 95% ДИ и медианы с интерквартильным размахом [Q1; Q3], для качественных – абсолютные и относительные частоты с 95% ДИ; межгрупповые сравнения выполнялись с применением критериев Манна–Уитни и χ^2 Пирсона при уровне значимости $p < 0,05$. Прогностическая значимость клинко-динамических параметров оценивалась методом бинарной логистической регрессии с обратным пошаговым включением предикторов по Вальду, адекватность модели проверялась тестом Хосмера–Лемешоу ($p > 0,05$) с расчётом коэффициента детерминации Nagelkerke R^2 и 95% ДИ для оценки силы и направления связей. Стратификация РП осуществлялась двухступенчатым кластерным анализом; оптимальное число кластеров определялось иерархическим методом Уорда на основе квадрата евклидова расстояния, валидность кластерного распределения подтверждалась силуэтным коэффициентом.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинко-психопатологическая характеристика лиц с первым психотическим эпизодом в структуре расстройств шизофренического спектра. Сравнительный анализ социально-демографических и клинко-anamнестических показателей подтвердил сопоставимость групп по всем основным параметрам ($p > 0,05$). Возраст пациентов варьировал от 18 до 36 лет. Средний возраст в основной группе составил 28,2 года (95 % ДИ 27,5–28,9), в группе сравнения – 27,2 года (95 % ДИ 26,3–28,1), медиана 28 и 27 лет соответственно ($p > 0,05$). Мужчины преобладали в обеих группах: 56,0 % ($n=61$) в основной и 53,2 % ($n=42$) в группе сравнения ($p > 0,05$). Городские жители составили 64,2 % ($n=70$) в основной группе и 67,1 % ($n=53$) в группе сравнения ($p > 0,05$). Структура распределения по уровню образования была сходной: высшее или неоконченное высшее имели 22,0 % пациентов основной группы и 20,3 % группы сравнения. Трудовая деятельность различалась ($p < 0,05$): в основной группе не работали 44,0 % ($n=48$), в группе сравнения – 20,3 % ($n=16$), $AR=3,40$, $p < 0,001$; работали по специальности 20,1 % ($n=22$) и 31,6 % ($n=25$) соответственно.

Наследственная отягощённость по психическим заболеваниям отсутствовала у 49,5 % пациентов основной группы и 50,6 % группы сравнения ($p > 0,05$). Отягощённость

употреблением психоактивных веществ отмечена у 38,5 % и 38,0 % соответственно. Длительность нелеченого психоза в среднем составила 66 суток (95 % ДИ 61–71) в основной группе и 72 суток (95 % ДИ 66–77) в группе сравнения, медиана 61 и 73 суток ($p>0,05$). Стаж заболевания не превышал 5 лет, медиана 2 года в обеих группах. Частота госпитализаций не различалась ($p>0,05$), наиболее часто встречалось две госпитализации (39,4 % и 44,3 %), отсутствие госпитализаций – у 10,1 % и 5,1 %. Хроническая соматическая патология отсутствовала у 89,9 % основной и 94,9 % пациентов группы сравнения ($p>0,05$).

Ведущие психопатологические синдромы характеризовались полиморфизмом без статистически значимых различий в структуре ($p>0,05$): в основной группе чаще регистрировался полиморфный синдром (25,7 %, $n=28$) и галлюцинаторно-параноидный (23,9 %, $n=26$). В группе сравнения преобладали аффективно-бредовый с преобладанием депрессии и галлюцинаторно-параноидный синдром (по 24,1 %, $n=19$ каждый).

Нозологический профиль по МКБ-10 был сходным ($p>0,05$): параноидная шизофрения преобладала в обеих группах (F20.00 – 23,9 % и 24,1 %; F20.01 – 19,3 % и 20,3 %; F20.09 – 11,9 % и 17,7 %), острые полиморфные расстройства (F23.0 – 17,4 % и 10,1 %; F23.1 – 13,8 % и 13,9 %), шизоаффективные расстройства (F25 – 13,8 % и 13,9 %). Продолжительность госпитализации в основной группе была короче ($p<0,05$): средняя 49 суток, медиана 46 суток (Q1–Q3 33–59), в группе сравнения – средняя 56 суток, медиана 54 суток (Q1–Q3 42–73).

Распределение пациентов по возрасту на момент госпитализации и длительности нелеченого психоза в основной и группе сравнения представлено на рисунке 1, клинико-anamnestическая характеристика обследованных групп – в таблице 1.

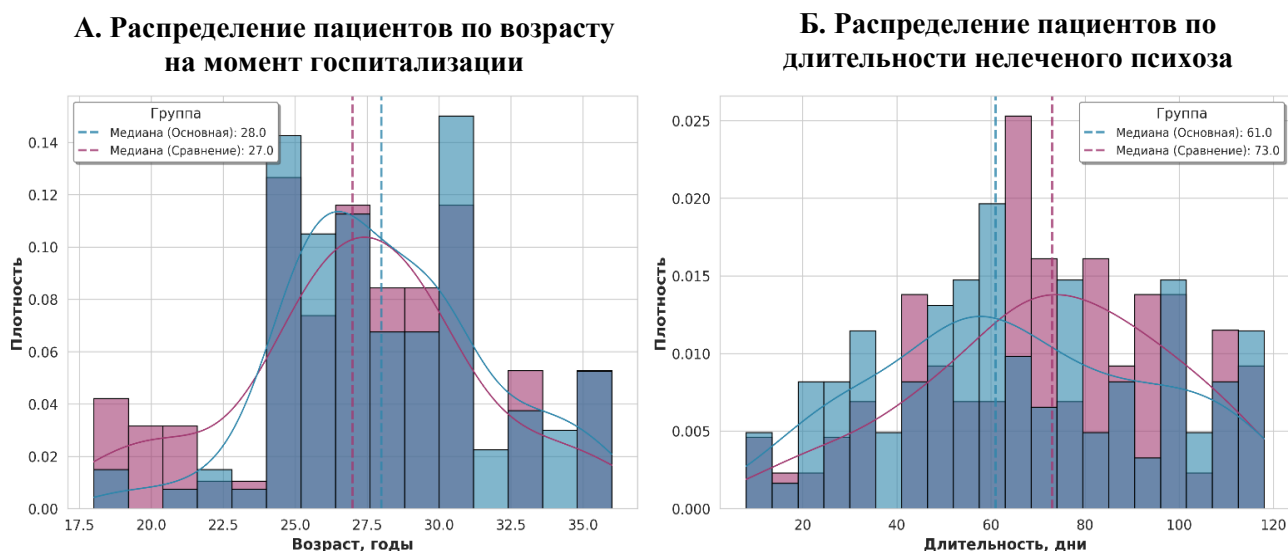


Рисунок 1 – Распределение пациентов с первым психотическим эпизодом основной и группы сравнения по возрасту на момент госпитализации (А), длительности нелеченого психоза (Б)

Сравнительный анализ поддерживающей антипсихотической терапии в основной группе и группе сравнения показал отсутствие достоверных различий между группами по ключевым параметрам лечения ($p>0,05$): средней суточной дозе ($p=0,718$), качественному распределению

препаратов ($p=0,998$), режиму терапии (преобладание монотерапии – 84,4% и 86,1%) и кратности приема. Группы также были сопоставимы по частоте назначения корректоров (холинолитиков) для купирования побочных эффектов ($p=0,865$).

Таблица 1 – Клинико-анамнестическая характеристика пациентов с первым психотическим эпизодом основной группы и группы сравнения

Показатель	Основная группа ($n = 109$)	Группа сравнения ($n=79$)	Всего ($n=188$)
Наследственная отягощенность по психическим заболеваниям: $\chi^2_{(2)}=0,03; p_{MC}=0,987$			
Наследственность не отягощена	54 / 49,5% (40,3; 58,8)	40 / 50,6% (39,8; 61,5)	94 / 50,0% (42,9; 57,1)
Отягощена по психическим заболеваниям	13 / 11,9% (6,9; 19,0)	9 / 11,4 (5,8; 19,8)	22 / 11,7% (7,7; 16,9)
Отягощена употреблением ПАВ	42 / 38,5 (29,8; 47,9)	30 / 38,0% (27,9; 49,0)	72 / 38,3% (31,6; 45,4)
Длительность нелеченого психоза, сут.: $U_{(109; 79)}=3764,5; p=0,142$			
Минимум – максимум	8 – 118	9 – 117	8 – 118
Среднее (95% ДИ)	66 (61; 71)	72 (66; 77)	68 (64; 72)
Медиана ($Q_1 - Q_3$)	61 (47 – 89)	73 (54 – 91)	67 (48 – 91)
Стаж заболевания, полные годы: $U_{(109; 79)}=4008,5; p=0,405$			
Минимум – максимум	0 – 5	0 – 5	0 – 5
Среднее (95% ДИ)	2,2 (2,0; 2,4)	2,4 (2,1; 2,7)	2,3 (2,1; 2,5)
Медиана ($Q_1 - Q_3$)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)	2 (1 – 3)
Стаж заболевания по годам: $\chi^2_{(5)}=4,94; p_{MC}=0,430$			
Менее 1 года	5 / 4,6% (1,8; 9,8)	4 / 5,1% (1,7; 11,6)	9 / 4,8% (2,4; 8,6)
1 год	39 / 35,8% (27,2; 45,1)	22 / 27,8% (18,9; 38,4)	61 / 32,4% (26,1; 39,4)
2 года	18 / 16,5% (10,5; 24,3)	19 / 24,1% (15,7; 34,3)	37 / 19,7% (14,5; 25,8)
3 года	32 / 29,4% (21,4; 38,4)	18 / 22,8% (14,6; 32,9)	50 / 26,6% (20,7; 33,2)
4 года	7 / 6,4% (2,9; 12,2)	5 / 6,3% (2,5; 13,3)	12 / 6,4% (3,5; 10,6)
5 лет	8 / 7,3% (3,5; 13,4)	11 / 13,9% (7,6; 22,8)	19 / 10,1% (6,4; 15,0)
Наличие хронических соматических заболеваний: $\chi^2_{(1)}=1,58; p_{MC}=0,279$			
Отсутствуют	98 / 89,9% (83,2; 94,5)	75 / 94,9% (88,4; 98,3)	173 / 92,0% (87,5; 95,3)
Имеются	11 / 10,1% (5,5; 16,8)	4 / 5,1% (1,7; 11,6)	15 / 8,0% (4,7; 12,5)
Примечание: U- критерий Манна – Уитни, Me – медиана, Q_1 – первый квартиль, Q_3 – третий квартиль, χ^2 – критерий хи-квадрат, * – результаты считаются статистически значимыми при $p<0,05$			

Таким образом, проведенный сравнительный анализ не установил статистически значимых расхождений между исследуемыми группами по основным клинико-динамическим, анамнестическим, синдромальным и нозологическим признакам.

Структура модульной программы комплексной психосоциальной реабилитации лиц с первым психотическим эпизодом при расстройствах шизофренического спектра и

оценка ее эффективности. Модульная программа комплексной психосоциальной реабилитации разработана на основе биопсихосоциальной модели, концепции личностно-социального восстановления, принципов когнитивно-поведенческой терапии и положений отечественной реабилитационной школы. Программа реализовалась в два этапа: стационарный (со 2-й недели лечения после достижения купирования острой) и амбулаторный (в течение 12 месяцев). Занятия проводились еженедельно в закрытых группах по 8–10 человек под руководством мультидисциплинарной бригады (психиатр, психотерапевт, клинический психолог, социальный работник), продолжительность сессии 60–90 минут. Программа включала десять последовательных модулей, интегрирующих групповую, индивидуальную, семейную, когнитивно-поведенческую терапию и арт-терапию. Модули сгруппированы по трём направлениям:

Направление 1. Формирование терапевтического альянса и психообразование – включает модули рационального применения психофармакологических средств (4 сеанса) для персонализации лечения и повышения приверженности, определения вектора личностно-социального восстановления (3–4 сеанса) для активизации пациента и планирования шагов, а также системное понимание расстройств шизофренического спектра (12 тем), охватывающее этиологию, патогенез, симптоматику, терапию и профилактику рецидивов.

Направление 2. Развитие социальных навыков и социальной поддержки – объединяет модули формирования сети социальной поддержки, мобилизации семейного ресурса и освоения техник регуляции стресса (каждый по 3–4 сеанса), направленные на создание межличностных связей, нормализацию внутрисемейного климата, развитие навыков общения и обучение релаксации.

Направление 3. Профилактика рецидивов и профессиональная реинтеграция – состоит из модулей предупреждения обострений с работой над резидуальной симптоматикой, анализа взаимосвязи употребления ПАВ и течения заболевания, обеспечения непрерывности помощи и содействия профессиональной реализации, а также арт-терапевтического подхода (все по 3–4 сеанса), что в совокупности формирует копинг-стратегии, осознанное отношение к болезни, условия для социально-трудовой адаптации и самовыражения. Цифровая поддержка реализована с применением чат-бота, который обеспечивал напоминания о приёме препаратов, мониторинг симптомов и уровня стресса через дневник самонаблюдения, доступ к психообразовательным материалам, функцию экстренной связи с специалистом.

При проведении сравнительной оценки по шкале PANSS к 12 месяцам в основной группе отмечено снижение на 55,4 % (до 68,18 балла), в группе сравнения – на 41,9 % (до 89,96 балла). Межгрупповые различия статистически значимы с 1 месяца ($p < 0,05$), величина эффекта $> 0,8$ начиная с 6 месяца. По шкале BNSS исходные показатели составили 30,32 и 30,54 балла ($p > 0,05$). К 12 месяцам в основной группе снижение на 56,6 % (до 13,15), в группе сравнения – на 42,1 % (до 17,66). Различия между группами статистически значимы с 1 месяца ($p < 0,05$), максимум – на 12-м месяце ($p < 0,05$). По шкале GAF исходные значения и через 1 месяц не различались

($p > 0,05$). С 6 месяца выявлено устойчивое преимущество основной группы ($p < 0,05$), сохраняющееся к 12 месяцам ($p < 0,05$).

Сравнительная динамика психопатологической симптоматики по шкалам PANSS (общий балл), BNSS и GAF в основной группе и группе сравнения на этапах наблюдения (0 день, 1 месяц, 6 месяцев, 12 месяцев) представлена на рисунке 2.

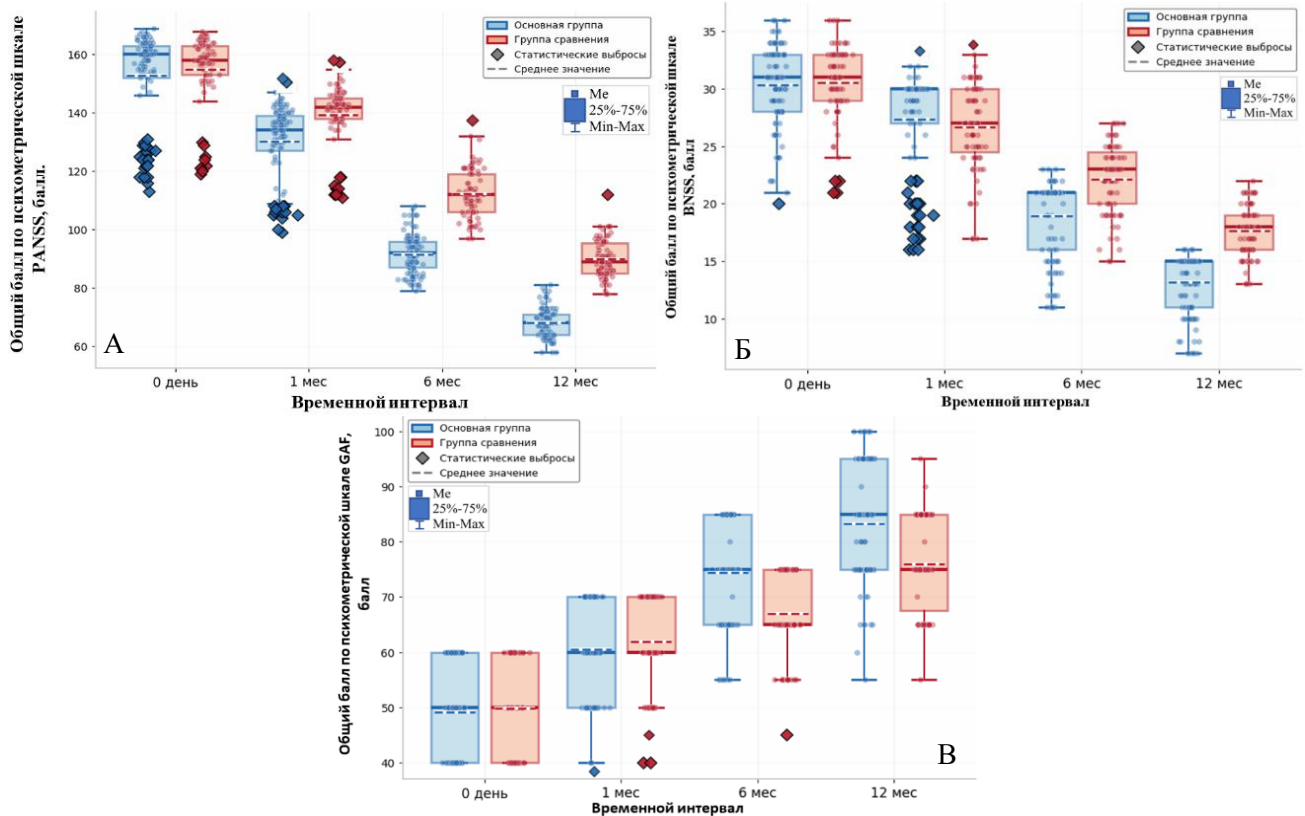


Рисунок 2 – Сравнительная оценка динамики психопатологической симптоматики, глобального функционирования пациентов с первым психотическим эпизодом основной группы и группы сравнения по психометрическим шкалам: PANSS (А), BNSS (Б), GAF (В)

Частота повторных госпитализаций составила 8,3 % в основной группе (9 пациентов) и 24,1 % в группе сравнения (19 пациентов). По методике ТОБОЛ в основной группе преобладали адаптивные типы реагирования: эргопатический (23,9 %) и эгоцентрический (19,3 %); в группе сравнения – дезадаптивные: анозогнозический (20,3 %) и неврастенический (11,4 %) ($p < 0,05$). Распределение типов ремиссии различалось ($p < 0,05$): в основной группе чаще стенический тип (16,5 %), в группе сравнения – параноидный (22,8 %) и апатический (13,9 %).

Оценка социального функционирования и повседневной активности проводилась через 12 месяцев наблюдения. В отношении дневной активности статистически значимых различий между группами не выявлено ($p > 0,05$). В основной группе преобладали оценки «удовлетворительная» (37,6 %) и «хорошая» (33,0 %), в группе сравнения – «удовлетворительная» (48,1 %) и «плохая» (16,5 %).

По уровню домашней активности зафиксированы статистически значимые различия ($p < 0,05$). В основной группе преобладали пациенты, полностью обслуживающие себя (37,6 %), в группе сравнения – лица, требующие помощи родственников (31,6 %). Самооценка

продуктивности также показала статистически значимые межгрупповые различия ($p < 0,05$). В основной группе восстановленная продуктивность отмечена у 46,8 % пациентов, в группе сравнения – у 20,3 %; выраженные ограничения продуктивности преобладали в группе сравнения (49,4 % против 37,5 %). Социальная вовлеченность различалась статистически значимо ($p < 0,05$). В основной группе чаще регистрировался разнообразный круг общения (14,7% против 3,8 %), в группе сравнения – выраженная социальная изоляция (30,4 % против 15,6 %). По источникам социальной поддержки различий не установлено ($p > 0,05$). В обеих группах преобладала поддержка родителей (41,3 % и 44,3 %) и семьи (33,0 % и 26,6 %); отсутствие поддержки отмечено у 25,7 % основной и 29,1 % пациентов группы сравнения.

Таким образом, применение комплексной программы психосоциальной реабилитации сопровождалось статистически значимой благоприятной динамикой всех клинико-динамических показателей по сравнению с изолированной фармакотерапией.

Эффективность цифровых технологий в реабилитационном процессе. Для пациентов основной группы применялась цифровая платформа в виде чат-бота. Платформа включала модули психообразования, дневника самонаблюдения, медикаментозных напоминаний, экстренной связи и самооценки. Модульная структура разработанного чат-бота не привязана к исходной коммуникационной среде: каждый из реализованных компонентов может быть перенесён на альтернативную программную платформу либо оформлен в виде самостоятельного мобильного приложения.

Приверженность платформе была высокой: 94 % пациентов ($n=103$) взаимодействовали с ботом не реже трёх раз в неделю. Наиболее востребованными оказались модуль психообразования (91 %, $n=99$) и мотивационные сообщения (83 %, $n=91$). Регулярное ведение дневника (≥ 5 записей в неделю) осуществлялось 79 % участников ($n=86$). Функция напоминаний о приёме препаратов использовалась 76 % пациентов ($n=83$).

Двухфакторный дисперсионный анализ подтвердил статистически значимое влияние групповой принадлежности на все показатели приверженности цифровой платформы ($p < 0,05$). Высокая частота использования платформы свидетельствует о ее приемлемости для целевой аудитории. Оценка непосредственного вклада цифрового компонента в клинические исходы требует дальнейшего изучения с применением дизайна, позволяющего выделить его специфический эффект.

Психометрические свойства русскоязычной версии шкалы оценки восстановления – области и этапы (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages, RAS-DS). Проведена культурально-лингвистическая адаптация и валидизация психометрической шкалы RAS-DS (38 вопросов, 5-балльная оценка) на общей выборке ($n=188$). Коэффициент α -Кронбаха для общей шкалы составил 0,90, что указывает на внутреннюю согласованность. Эксплораторный факторный анализ выявил четырёхфакторную структуру, объясняющую 51,2 % дисперсии (КМО=0,926; p Бартлетта $< 0,001$), с факторными нагрузками от 0,57 до 0,87.

Конфирматорный анализ: RMSEA=0,0474, CFI=0,969, TLI=0,945. Критериальная валидность подтверждена корреляциями: с PANSS $r=-0,71$ ($p<0,05$), с GAF $r=0,93$ ($p<0,001$), с PSP $r=0,84$, с SFS $r=0,91$, с BHS $r=-0,83$ ($p<0,05$).

Структура шкалы: первые две области шкалы измеряют внутренние, личностные аспекты восстановления. *1-я область* «Делаю то, что ценю» (пункты 1–6) оценивает способность пациента заниматься значимой для него деятельностью, наличие интересов, ощущение собственной полезности и удовлетворенность от повседневной активности. *2-я область* «Жду с нетерпением» (пункты 7–24) определяет наличие жизненных целей, веру в их достижимость, оптимизм в отношении будущего, мотивацию к достижению успеха и принятие личной ответственности за собственное развитие. Следующие две области отражают взаимодействие с болезнью и обществом. *3-я область* «Преодолеваю свою болезнь» (пункты 25–31) оценивает, насколько пациент осознаёт свой болезненный опыт, способен распознавать ранние признаки ухудшения, знает стратегии совладания с симптомами и понимает, какие службы психического здоровья могут ему помочь. *4-я область* «Быть частью сообщества» (пункты 32–38) определяет наличие доверительных отношений, ощущение поддержки со стороны окружающих (включая друзей с опытом психических расстройств и без него), а также способность самому быть опорой для других.

Динамика показателей по шкале RAS-DS в основной группе показала статистически значимое увеличение во всех временных точках ($p<0,05$), все 109 пациентов продемонстрировали положительную динамику. В группе сравнения у 26,6 % пациентов на 6–12-м месяцах отмечено снижение показателей ($p<0,05$).

Детерминанты исходов первого психотического эпизода и групповое распределение реабилитационного потенциала. Для построения прогностической модели исхода первого психотического эпизода через 12 месяцев наблюдения применена бинарная логистическая регрессия (метод обратного пошагового отбора по критерию Вальда). Зависимая переменная дихотомизирована как «благоприятный исход» (полная или удовлетворительная ремиссия с восстановлением функционального уровня, определяемого по $GAF \geq 65$, отсутствие рецидивов, успешная социальная интеграция) либо «неблагоприятный исход» (частичная ремиссия с резидуальной симптоматикой, рецидив, требующий госпитализации, либо отсутствие ремиссии, выраженная социальная дезадаптация). Модель характеризуется высокой объяснительной силой: Nagelkerke $R^2 = 0,766$; Cox & Snell $R^2 = 0,574$ (Omnibus-тест $p < 0,001$). Общая точность классификации при отсечке 0,5 составляет 87,8 % (чувствительность 87,0 %, специфичность 88,5 %). Внутренняя валидация подтвердила надёжность и устойчивость модели. Тест Хосмера-Лемешева показал калибровку ($\chi^2 = 7,728$, $df=8$, $p = 0,461$). Площадь под ROC-кривой (AUC) составила 0,957 (95% ДИ: 0,929–0,984). Отсутствие мультиколлинеарности подтверждено матрицей парных корреляций (максимальный $|r| = 0,438$; все $VIF < 2,0$).

Статистически значимыми независимыми предикторами благоприятного исхода стали: общий балл PANSS на 0-й день ($p = 0,012$), длительность нелеченого психоза ($p = 0,001$), тип

отношения к болезни по ТОБОЛ (общий Wald = 28,354, $p = 0,001$): апатический ($p = 0,009$), меланхолический ($p = 0,005$), неврастенический ($p = 0,013$), сенситивный ($p = 0,025$), тревожный ($p = 0,002$), гармоничный ($p = 0,016$).

Общее уравнение логистической регрессии для прогнозирования вероятности благоприятного исхода имеет вид:

$$\text{Logit}(P) = 21,594 - 0,104 \times \text{PANSS (общ. балл на 0 день)} - 0,055 \times \text{ДНП} + \beta \text{ТОБОЛ},$$

где p – вероятность благоприятного исхода, ДНП – длительность нелеченого психоза, β ТОБОЛ – вклад типа отношения к болезни.

Кривая ROC-анализа, иллюстрирующая дискриминационную способность модели, представлена на рисунке 3.

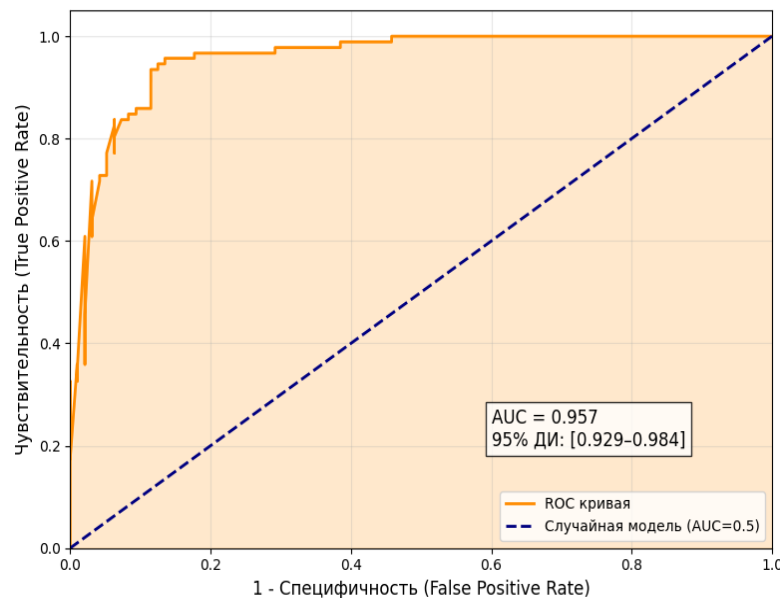


Рисунок 3 – ROC-кривая прогностической модели неблагоприятного исхода (логистическая регрессия, 12 месяцев наблюдения)

Негативный вклад в прогноз внесли высокая тяжесть симптомов в дебюте заболевания, длительный период нелеченого психоза и дезадаптивные типы отношения к болезни. Полученные данные подчёркивают необходимость раннего начала терапии и психообразовательного воздействия на отношении к заболеванию в течение первого года после манифестации ППЭ.

Двухступенчатый кластерный анализ проведён на 12 месяце исследования на основе следующих параметров: ДНП, PANSS (общий балл, позитивная, негативная и общая субшкалы), BNSS, GAF, RAS-DS (исходно), ТОБОЛ, типа ремиссии, ведущего синдрома и диагноза по МКБ-10. Выборка ($n = 188$) стратифицирована на три уровня реабилитационного потенциала: низкий ($n = 96$), умеренный ($n = 61$), высокий ($n = 31$).

Распределение по группам статистически значимо различалось ($p < 0,05$). В группе сравнения преобладал низкий уровень (88,6 %), в основной группе – умеренный (56,0 %) и высокий (20,2 %); доля умеренного и высокого потенциала составила 76,1 % в основной и 11,4% в группе сравнения. Низкий уровень характеризовался длительным ДНП (медиана 85,2 сут.),

высокой остаточной негативной симптоматикой, низкими значениями GAF и RAS-DS, анозогнозией (по ТОБОЛ), апатической/астенической ремиссией. Умеренный уровень – умеренным ДНП, эгоцентрическим/эргопатическим отношением к болезни, значимым улучшением симптомов и функционирования при комплексном вмешательстве. Высокий уровень – коротким ДНП, низкой исходной тяжестью психопатологической симптоматики, быстрым восстановлением, гармоничным типом отношением к болезни. Комплексная психосоциальная реабилитация статистически значимо смещала пациентов в сторону умеренного и высокого уровня реабилитационного потенциала по сравнению с изолированной фармакотерапией.

Таким образом, построенная модель бинарной логистической регрессии позволяет прогнозировать исход первого психотического эпизода на основании трёх независимых предикторов: исходной тяжести симптомов (PANSS), длительности нелеченого психоза и типа отношения к болезни (ТОБОЛ). Двухступенчатый кластерный анализ выделил три уровня реабилитационного потенциала; комплексная психосоциальная реабилитация статистически значимо смещала пациентов в сторону умеренного и высокого уровня по сравнению с изолированной фармакотерапией (76,1 % против 11,4 %, $p < 0,05$).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В ходе выполненного исследования установлена характерная структура клинко-психопатологических и социально-демографических признаков у лиц с ППЭ в рамках РШС. Выявлено преобладание мужчин, средний возраст манифестации составляет 27,8 года. Медиана длительности нелеченого психоза составила 67 суток. Отсутствие своевременной помощи коррелирует с утяжелением прогноза, поэтому сокращение периода без специализированного вмешательства выступает ключевой задачей.

Реабилитационный потенциал у лиц с первым психотическим эпизодом определяется как динамическая интегративная характеристика, представляющая собой совокупность трех компонентов (рисунок 4). Клинко-динамический компонент включает длительность нелеченого психоза, исходную тяжесть психопатологической симптоматики (BNSS, PANSS), синдромальную и нозологическую представленность, а также тип формирующейся ремиссии. Функционально-адаптивный компонент определяется показателями глобального функционирования по шкале GAF в динамике и параметрами социальной активности, включающие оценку повседневной автономности, продуктивности, социальной вовлеченности. Личностно-смысловой компонент объединяет типы отношения к болезни по методике ТОБОЛ и субъективное восприятие процесса восстановления по шкале RAS-DS, характеризующееся субъективной значимостью повседневной активности, внутренними психологическими ресурсами, надеждой на будущее, осознанием болезненного опыта и вовлеченностью в социальную среду.

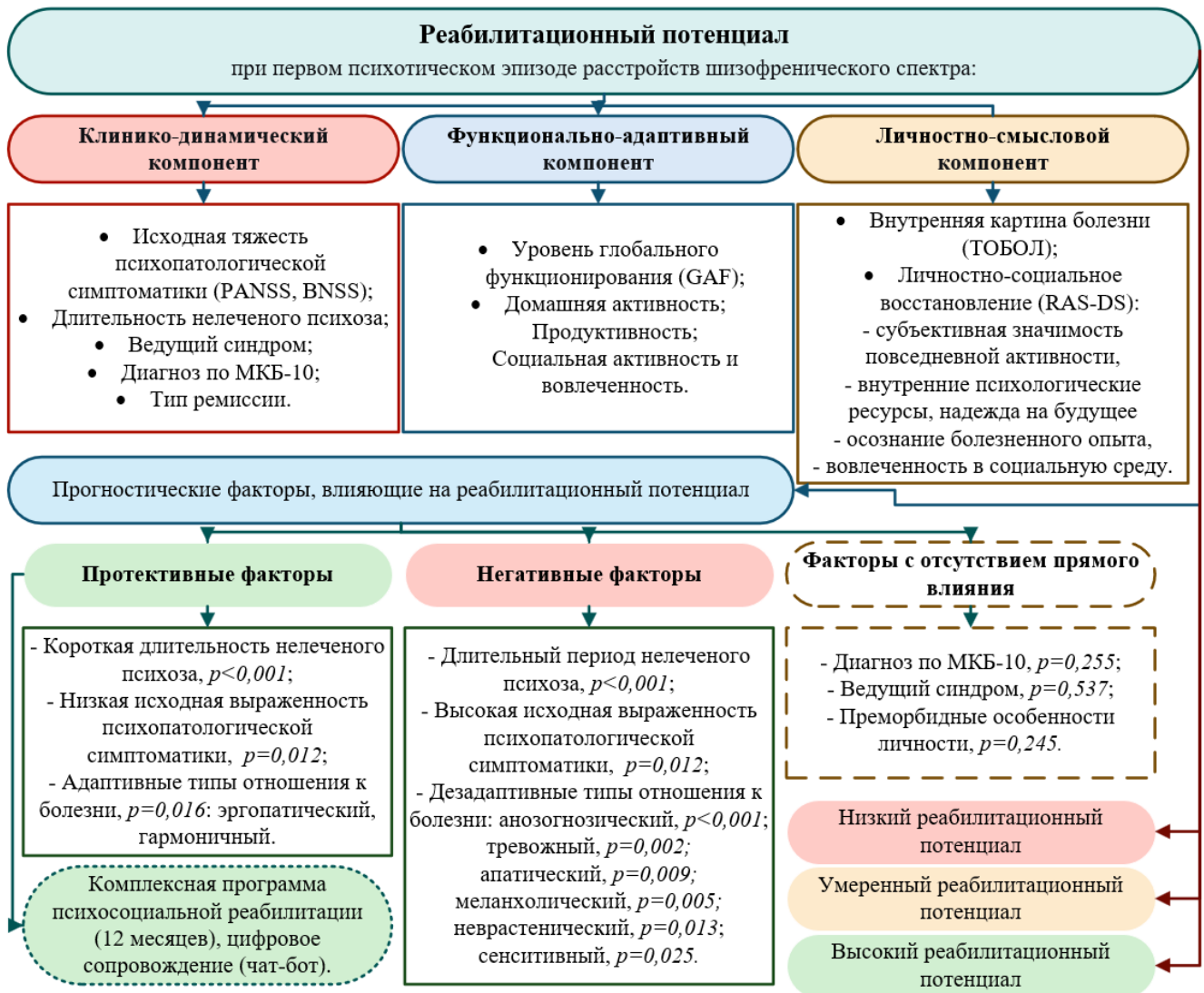


Рисунок 4 – Структура реабилитационного потенциала при первом психотическом эпизоде расстройств шизофренического спектра

Интеграция трех компонентов определяет степень возможной компенсации психопатологических нарушений, восстановления социального функционирования и достижения личностно-социального восстановления.

ВЫВОДЫ

1. У пациентов с первым психотическим эпизодом в структуре расстройств шизофренического спектра установлена характерная клинико-психопатологическая и социально-демографическая структура: преобладание мужского пола (54,8 %), средний возраст дебюта $27,8 \pm 5,1$ года, медиана длительности нелеченого психоза 67 суток, относительно низкая наследственная отягощённость эндогенными психозами (11,7 %), полиморфизм симптоматики с ранним присоединением негативных симптомов, что определяет необходимость ранней комплексной оценки реабилитационных возможностей.

2. Модульная программа комплексной психосоциальной реабилитации, включающая психофармакотерапию, психообразование, когнитивно-поведенческие интервенции, тренинги

социальных навыков, семейную работу и цифровую поддержку (чат-бот), показала свою терапевтическую эффективность: к 12-му месяцу достигнуто снижение общего балла по шкале PANSS на 55,4 % (и 41,9 % в группе сравнения), негативных симптомов по шкале BNSS – на 56,6 % (и 42,1 %), улучшение глобального функционирования по шкале GAF (медиана 85 и 75 баллов) и преобладание благоприятных типов ремиссии и адаптивных типов отношения к болезни ($p < 0,05$).

3. Для оценки восстановления у пациентов с первым психотическим эпизодом использовалась валидизированная русскоязычная версия шкалы оценки восстановления – области и этапы (RAS-DS), которая продемонстрировала внутреннюю согласованность (α -Кронбаха = 0,90), четырёхфакторную структуру, объясняющую 51,2 % дисперсии, и критериальную валидность (корреляция с GAF $r = 0,93$, с PANSS $r = -0,71$); при этом в основной группе отмечена статистически значимая положительная динамика показателей RAS-DS во всех временных точках ($p < 0,001$), в то время как в группе сравнения у 26,6 % пациентов на 6–12-м месяцах наблюдалось снижение баллов ($p < 0,05$).

4. Независимыми предикторами, статистически значимо снижающими вероятность благоприятного исхода через 12 месяцев, по данным бинарной логистической регрессии (Nagelkerke $R^2 = 0,766$; AUC = 0,957), стали высокий исходный общий балл по шкале PANSS, большая длительность нелеченого психоза, а также такие типы отношения к болезни по методике ТОБОЛ, как апатический, тревожный, меланхолический, неврастенический и сенситивный ($p < 0,05$).

5. На основании двухступенчатого кластерного анализа клинико-динамических и психометрических показателей выделены три уровня реабилитационного потенциала. Применение разработанной комплексной программы психосоциальной реабилитации статистически значимо повышает долю пациентов с умеренным и высоким реабилитационным потенциалом (76,1 % в основной группе и 11,4 % в группе сравнения, $p < 0,05$).

а) Низкий реабилитационный потенциал характеризуется длительным периодом нелеченого психоза (медиана более 85 суток), высокой исходной тяжестью психопатологической симптоматики (общий балл PANSS, субшкалы позитивных и негативных симптомов, BNSS), исходно низкими показателями функционирования (GAF) и субъективного восстановления (RAS-DS), анозогностического типа отношения к болезни, апатического и астенического типов ремиссии, галлюцинаторно-параноидной симптоматикой и непрерывным типом течения параноидной шизофрении.

б) Умеренный реабилитационный потенциал характеризуется промежуточными значениями длительности нелеченого психоза, умеренной исходной тяжестью симптоматики (общий балл PANSS, BNSS), умеренным снижением функциональных показателей (GAF) и промежуточным уровнем субъективного восстановления (RAS-DS); характерно преобладание эгоцентрического и эргопатического типов отношения к болезни, стенического типа ремиссии, полиморфной и аффективно-бредовой структуры синдрома, с равномерным нозологическим

распределением эпизодических форм параноидной шизофрении и острых психотических расстройств.

в) Высокий реабилитационный потенциал ассоциирован с минимальной длительностью нелеченого психоза (менее 25 суток), меньшей исходной тяжестью симптоматики, в частности негативной (общий балл PANSS, субшкалы негативной симптоматики, BNSS), высокими исходными показателями функционирования (GAF) и восстановления (RAS-DS); характерно преобладание гармоничного типа отношения к болезни, стенического типа ремиссии, ведущего аффективно-бредового синдрома в структуре острых полиморфных психотических расстройств.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Рекомендуется внедрение в клиническую практику валидизированную русскоязычную версию шкалы оценки восстановления RAS-DS (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages) для динамической оценки процесса личностно-социального восстановления пациентов. Инструмент может применяться для первичной оценки субъективного восприятия пациентом процесса восстановления и его готовности к активному участию в реабилитации, объективизации динамики состояния в ходе проведения реабилитационных мероприятий с интервалами в 1, 6 и 12 месяцев, а также для оценки эффективности применяемых терапевтических подходов и повышения приверженности лечению за счет визуализации прогресса.

2. Пациентам после купирования острой психотической симптоматики, при снижении общего балла по шкале PANSS $\geq 20\%$ или субшкалы позитивных симптомов PANSS pos. $\geq 25\%$ к концу 2-й недели стационарного лечения, рекомендуется применение разработанной модульной программы комплексной психосоциальной реабилитации. Программа должна реализовываться мультидисциплинарной бригадой специалистов и включать психофармакотерапию в соответствии с клиническими рекомендациями, психообразовательные модули для пациента и его семьи, тренинги социальных навыков и когнитивно-поведенческие техники, а также мероприятия по мобилизации семейного ресурса и социальной поддержки.

3. Для повышения приверженности терапии и обеспечения непрерывности наблюдения на амбулаторном этапе целесообразно использовать цифровые платформы поддержки, например чат-бот, включающие модули напоминаний о приеме препаратов, дневник самонаблюдения для мониторинга симптомов и уровня стресса, доступ к психообразовательным материалам и функцию экстренной связи, что способствует снижению частоты пропусков терапии и стигматизации.

4. При построении индивидуального плана ведения пациента с первым психотическим эпизодом необходимо учитывать выявленные предикторы неблагоприятного исхода. К группе высокого риска следует относить пациентов с длительностью нелеченого психоза более 60 суток, исходно высоким общим баллом по шкале PANSS, а также формированием таких типов отношения к болезни по методике ТОБОЛ, как апатический, тревожный, меланхолический,

неврастенический и сенситивный, что требует наиболее пристального динамического наблюдения.

5. Выделенные кластерным анализом уровни реабилитационного потенциала могут служить основой для планирования индивидуальных реабилитационных мероприятий. Для пациентов с низким уровнем рекомендуется рассмотреть возможность расширенной поддержки, включающей базовые тренинги социальных навыков и семейную терапию. Для пациентов с умеренным уровнем – психосоциальные интервенции с акцентом на восстановление профессиональной активности. Для пациентов с высоким уровнем – фокус на профилактике рецидивов и содействии в профессиональной реализации. Данные направления подлежат дальнейшей проверки в проспективных исследованиях со сравнительной оценкой эффективности различных программ в соответствующих кластерах.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Научные публикации в рецензируемых журналах, входящих в перечень ВАК

1. **Чинарев, В.А.** Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Доктор.Ру. – 2024. – Т. 23, № 7. – С. 102–112. **К2**
2. **Чинарев, В.А.** Нелеченный психоз в анамнезе: влияние на прогноз параноидной шизофрении. Клинический случай / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М. Д. Обухова // Психиатрия. – 2024. – Т. 22, № 6. – С. 72–81. **К1**
3. **Чинарев, В.А.** Клиническая и психометрическая оценка критериев ремиссии при первом психотическом эпизоде / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2024. – Т. 34, № 4. – С. 26–34. **К1**
4. **Чинарев, В.А.** Роль приверженности к терапии в лечебно-реабилитационном потенциале у пациентов с манифестными формами шизофрении / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2025. – Т. 18, № 6(185). – С. 772–783. **К2**
5. **Чинарев, В.А.** Влияние длительности нелеченого психоза на вероятность недобровольной госпитализации с первым психотическим эпизодом / В.А. Чинарев, Е.В.Малинина // Медицинский вестник Юга России. – 2025. – Т. 16, № 2. – С. 65–74. **К2**
6. **Чинарев, В.А.** Методологические аспекты формирования критериев оценки и понимания цифровизации в психиатрии / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2025. – Т. 36, № 2. – С. 54–69. **К1**
7. **Чинарев, В.А.** Возможности и ограничения использования мобильных приложений в комплексной терапии первого психотического эпизода / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Медицинский алфавит. – 2025. – № 21. – С. 33-38. **К2**
8. **Чинарев, В.А.** Персонализированная модель психосоциальной реабилитации пациентов с первым психотическим эпизодом: от симптоматической ремиссии к личностному восстановлению / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2025. – № 4(154). **К1**
9. **Чинарев, В.А.** Многомерный предиктивный анализ реабилитационного потенциала у пациентов с первым психотическим эпизодом: роль терапевтической стратегии, клинико-функциональных показателей и типа отношения к болезни / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Современная терапия психических расстройств. – 2025. – № 4. – С. 9-19. **К1**

10. **Чинарев, В.А.** Клинико-психосоциальные детерминанты реабилитационного потенциала манифестных форм шизофрении: роль систематизированной оценки функционирования / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2025. – Т. 16, № 4. – С. 460-472. **К1**

11. **Чинарев, В.А.** Валидизация русскоязычной версии шкалы Recovery Assessment Scale – Domains and Stages (RAS-DS) для оценки восстановления после первого психотического эпизода / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, М.Д. Обухова // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2026. – Т. 12, № 1. – С. 154–171. **К1**

Статьи и тезисы в других периодических изданиях

1. **Чинарев, В.А.** Прогностически адверсные клинико-психопатологические факторы в развитии первого психотического эпизода / В.А. Чинарев, М.Д. Обухова // Психология. Психофизиология. – 2025. – Т. 18, № 2. – С. 74–86.

2. **Чинарев, В.А.** Дименсиональные детерминанты в улучшении исходов дебюта при шизофрении: личностно-ориентированный подход / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Вестник Уральской медицинской академической науки. – 2025. – Т. 23, № 3.

3. **Чинарев, В.А.** Функциональный диагноз как ключевой компонент персонализированной помощи после первого психотического эпизода / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, В.П. Шумакова // VI съезд психиатров, наркологов и психотерапевтов Чувашской Республики: Материалы съезда, Чебоксары, 20–21 ноября 2025 года. – Чебоксары: Институт усовершенствования врачей Чувашской Республики, 2025. – С. 104-107.

4. **Чинарев, В.А.** Прогностически значимые факторы, определяющие исход первого психотического эпизода / В.А. Чинарев // Личность в норме и патологии: Материалы IV Международной научно-практической конференции, Челябинск, 13–14 февраля 2025 года. – Челябинск: Челябинский государственный университет, 2025. – С. 144-145.

5. **Чинарев, В.А.** Феноменологический подход в изучении клинических и социальных предикторов дебюта шизофрении / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Week of Russian science (WeRuS-2025): Сборник материалов XIV Всероссийской недели науки с международным участием, посвященной Международному дню ДНК, Саратов, 22–25 апреля 2025 года. – Саратов: Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского, 2025. – С. 18-19.

6. **Чинарев, В.А.** Эффективность психосоциальных вмешательств в повышении реабилитационного потенциала при расстройствах шизофренического спектра / В.А. Чинарев, В.П. Шумакова // Эйхвальдские чтения-2025: Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции совета молодых ученых с международным участием, Санкт-Петербург, 27 мая 2025 года. – Санкт-Петербург: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова" Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2025. – С. 20-21.

7. **Чинарев, В.А.** Биопсихосоциальная модель как инструмент для понимания адаптационно-компенсаторных механизмов в развитии психических расстройств / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Актуальные проблемы науки и образования в условиях современных вызовов: сборник материалов XXXVII международной научно-практической конференции, Москва, 03 февраля 2025 года. – Москва: Издательство "Знание-М", 2025. – С. 238–245.

8. **Чинарев, В.А.** Факторный анализ предикторов низкого лечебно-реабилитационного потенциала у пациентов с первым психотическим эпизодом при шизофрении / В.А. Чинарев // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье: материалы XXVIII

Международной медико-биологической конференции молодых исследователей, Санкт-Петербург, 26 апреля 2025 года. – Санкт-Петербург: ООО Издательский дом "Сциентиа", 2025. – С. 643–644.

9. **Чинарев, В.А.** Комплексная модель реабилитации при манифестных формах шизофрении: интеграция клинических и социальных аспектов на стационарном этапе / В.А.Чинарев, Е.В. Малинина // Психология в меняющемся мире: проблемы, гипотезы, перспективы: сборник материалов X юбилейной всероссийской научной конференции с международным участием, Челябинск, 14 мая 2025 года. – Челябинск: Южно-Уральский государственный университет, 2025. – С. 360-363.

10. **Чинарев, В.А.** Информационно-коммуникационная среда как ресурс повышения эффективности междисциплинарного подхода к лечению и ресоциализации пациентов с шизофренией / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Интеграция наук: междисциплинарность в медицине. ВКМиФ-2025: Сборник тезисов II Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Якутск, 25–26 июня 2025 года. – Якутск: Издательский дом СВФУ, 2025. – С. 40-41.

11. **Чинарев, В.А.** Барьеры на пути терапии: анализ причин отказа от лечения при первом психотическом эпизоде в контексте персонализированной медицины / В.А. Чинарев, Е.В.Малинина // Мечниковские чтения-2025: материалы 98-й Всероссийской научно-практической конференции студенческого научного общества с международным участием, Санкт-Петербург, 24–25 апреля 2025 года. – Санкт-Петербург: Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, 2025. – С. 433.

12. **Чинарев, В.А.** Дифференцированный подход к психосоциальной реабилитации у пациентов с низким лечебно-реабилитационным потенциалом при первом психотическом эпизоде / В.А. Чинарев // Фундаментальная наука и клиническая медицина - человек и его здоровье: материалы XXVIII Международной медико-биологической конференции молодых исследователей, Санкт-Петербург, 26 апреля 2025 года. – Санкт-Петербург: ООО Издательский дом "Сциентиа", 2025. – С. 589–590.

13. Обухова, М.Д. Методологические аспекты внедрения цифровых медицинских сервисов в психиатрию / М.Д. Обухова, **В.А. Чинарев** // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2025. – Т. 24, № S6. – С. 221.

14. **Чинарев, В.А.** Нейровизуализационные маркеры первого психотического эпизода: сравнительный анализ магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии при исследовании головного мозга / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина, Н.В. Белоусова // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2025. – Т. 24, № S6. – С. 48–49.

15. **Чинарев, В.А.** Биопсихосоциальная модель в понимании предикции и профилактики первого психотического эпизода / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2025. – Т. 17, № S. – С. 34–36.

16. Обухова, М.Д. Эффективность современных подходов в реабилитации пациентов с манифестными формами шизофрении в рамках биопсихосоциальной модели / М.Д. Обухова, **В.А. Чинарев**, Е.В. Малинина // Российский нейрохирургический журнал имени профессора А.Л. Поленова. – 2025. – Т. 17, № S. – С. 197-199.

17. **Чинарев, В.А.** Мониторинг приверженности к психофармакотерапии при первом эпизоде психоза на стационарном и амбулаторном этапах / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина // Молодежный инновационный вестник. – 2025. – Т. 14, № 2. – С. 145-147.

18. **Чинарев, В.А.** Влияние преморбидных особенностей личности на клинические проявления и динамику психотического расстройства / В.А. Чинарев, Е.В. Малинина //

Современные проблемы здравоохранения глазами молодых ученых : сборник материалов IV Международной научно-практической конференции, посвященной 150-летию со дня рождения выдающегося организатора здравоохранения академика Н.А. Семашко, Саратов, 18–19 декабря 2024 года. – Саратов: ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2024. – С. 48–50.

19. **Чинарев, В.А.** Цифровые технологии в психиатрической практике: анализ эффективности Telegram-бота для поддержки пациентов с психотическими расстройствами / В.А. Чинарев // Цифровой регион: опыт, компетенции, проекты : Сборник статей VII Международной научно-практической конференции, посвященной 95-летию Юбилею Брянского государственного инженерно-технологического университета, Брянск, 29–30 мая 2025 года. – Брянск: Брянский государственный инженерно-технологический университет, ООО "Новый проект", 2025. – С. 922-928.

Объекты интеллектуальной собственности

1. Патент № 2851667 С1 Российская Федерация, МПК А61М 21/00. Способ комплексного лечения первого психотического эпизода: заявл. 06.03.2025: опубл. 26.11.2025 / **В.А. Чинарев, Е.В. Малинина.**

2. Свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2025621161 Российская Федерация. Регистр случаев первого психотического эпизода в структуре эндогенных психических расстройств: заявл. 01.03.2025: опубл. 13.03.2025 / **В.А. Чинарев, Е.В. Малинина.**

3. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2025614613 Российская Федерация. Программа для определения лечебно-реабилитационного потенциала у пациентов с первым психотическим эпизодом: заявл. 11.02.2025: опубл. 24.02.2025 / **В.А. Чинарев, Е.В. Малинина.**

4. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2025615920 Российская Федерация. Цифровая платформа персонализированной психолого-психиатрической помощи пациентам с первым психотическим эпизодом. Чат-бот в Telegram: заявл. 02.03.2025: опубл. 11.03.2025 / **В.А. Чинарев, Е.В. Малинина.**

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

- ДИ – доверительный интервал
- ДНП – длительность нелеченого психоза
- МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра
- ПАВ – психоактивные вещества
- ППЭ – первый психотический эпизод
- РП – реабилитационный потенциал
- РШС – расстройства шизофренического спектра
- ТОБОЛ – тип отношения к болезни
- BNSS – краткая шкала оценки негативных симптомов (Brief Negative Symptom Scale)
- DSM-5 – диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам, 5-е издание (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)
- GAF – шкала глобальной оценки функционирования (Global Assessment of Functioning)
- PANSS – шкала позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale)
- PSP – шкала личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance)
- RAS-DS – шкала оценки восстановления – домены и стадии (Recovery Assessment Scale – Domains and Stages)
- SAPS – шкала оценки позитивных симптомов (Scale for the Assessment of Positive Symptoms)
- VR – виртуальная реальность (Virtual reality)