

В.А. Чинарев^{1,2}, Е.В. Малинина¹

ДИМЕНСИОНАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ В УЛУЧШЕНИИ ИСХОДОВ ДЕБЮТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ЛИЧНОСТНО-ОРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

¹Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет,
г. Челябинск, Российская Федерация;

²ГБУЗ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1,
г. Челябинск, Российская Федерация

Резюме. Комплексный анализ клинических, социально-демографических и психологических факторов, которые определяют функциональное восстановление, качество жизни и течение болезни с манифестацией в структуре расстройств шизофренического спектра, выступают в роли ключевых детерминант, оказывающих влияние на индивидуальные особенности протекания заболевания и адаптационные возможности пациентов. Установление взаимосвязей между этими параметрами способствует улучшению прогноза и повышению качества медицинской помощи, предоставляемой этой категории больных.

Цель исследования. Изучить комплексное влияние клинических и психосоциальных детерминант на улучшение исходов первого психотического эпизода при шизофрении, а также оценить эффективность личностно-ориентированного подхода в функциональном восстановлении и качестве жизни пациентов. **Материалы и методы.** Исследование базируется на данных 109 пациентов, проходивших лечение в отделении первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ№1» г. Челябинска. Комплексный подход включал клинико-психопатологическую оценку, использование стандартных психометрических шкал и проведение полуструктурированных интервью для определения степени личностного восстановления по модели СНИМЕ (включающей такие аспекты, как связность, надежда, идентичность, смысл жизни и эмансипация). **Результаты и обсуждение.** Основные результаты исследования указывают на то, что основными предикторами положительного исхода являются наличие социальной поддержки, активное вовлечение пациента в процесс планирования лечения, восстановление продуктивности и формирование позитивного восприятия себя. Социальная интеграция и наличие жизненных планов играют важную роль в ускорении процессов восстановления, в то время как отсутствие критического отношения к своему состоянию и социальная изоляция сопряжены с неблагоприятными тенденциями. **Заключение.** Персонализированный подход, объединяющий социальные, психологические и функциональные аспекты, демонстрирует необходимость выхода за рамки биомедицинской модели в лечении дебюта шизофрении, трансформируя восстановление в процесс реконструкции идентичности через междисциплинарное взаимодействие.

Ключевые слова: личностно-ориентированный подход, первый психотический эпизод, дименсиональный подход, дебют, шизофрения

Конфликт интересов отсутствует.

Контактная информация автора, ответственного за переписку:

Чинарев Виталий Александрович

va.chinarev@bk.ru

Дата поступления: 05.03.2025

Образец цитирования: Чинарев В.А., Малинина Е.В. Дименсиональные детерминанты в улучшении исходов дебюта при шизофрении: личностно-ориентированный подход. [Электронный ресурс] Вестник уральской медицинской академической науки. 2025, Том 22, № 3, с. 303–315, DOI: 10.22138/2500-0918-2025-22-3-303-315

Расстройства шизофренического спектра (РШС) представляют собой группу психических заболеваний, характеризующихся значительным влиянием на когнитивное, эмоциональное и социальное функционирование. Традиционно считалось, что данная группа расстройств приводит к прогрессирующему ухудшению социальной адаптации и реинтеграции, качества жизни и личностного восстановления. Однако современные исследования в области психиатрии опровергают эту точку зрения, демонстрируя, что значительное клиническое и социальное восстановление у пациентов возможно, подчеркивая необходимость пересмотра устоявшихся парадигм и внедрения новых подходов к реабилитации и терапии [1].

В последние десятилетия концепция восстановления (recovery) претерпела существенные изменения. Если ранее акцент делался преимущественно на симптоматическом улучшении, то современные подходы сместились в сторону личностно-центрированной перспективы, которая учитывает индивидуальные цели, потребности и ценности пациента [2]. Личностное восстановление рассматривается как динамичный и многогранный процесс, включающий адаптацию, личностный рост и преодоление негативных последствий психического заболевания. Этот процесс основывается на таких ключевых аспектах, как самооценка, личные убеждения и способность к саморефлексии [3]. Одной из наиболее обоснованных и широко применяемых моделей для изучения является пятикомпонентная структура СНИМЕ (Connectedness, Hope, Identity, Meaning in life, Empowerment – связанность, надежда, идентичность, смысл жизни, эмансипация), предложенная M. Leamy, V. Bird и C. Le Boutillier (2011) [4,5]. Данная модель была разработана на основе систематического анализа качественных исследований и подтверждена в многочисленных работах как надежный инструмент для изучения восстановления. Она позволяет концептуализировать ключевые аспекты, такие как социальная интеграция, оптимизм, формирование позитивной идентичности, поиск смысла жизни и развитие чувства контроля над собственной жизнью [6].

Эмпирические исследования выявили ряд факторов, которые оказывают значимое влияние на процесс личностного восстановления у пациентов с РШС. К ним относятся: а) клинические факторы: низкая выраженность позитивной и негативной симптоматики, а также отсутствие сопутствующих аффективных расстройств, таких как депрессия; б) социально-демографические факторы: молодой возраст, высокий уровень образования, адекватное социальное функционирование и участие в специализированных тренингах, направленных на восстановление; в) гендерные различия: мужской пол ассоциируется с более высокими показателями личного восстановления и субъективного качества жизни, хотя механизмы, лежащие в основе этой закономерности, требуют дальнейшего изучения [7].

Несмотря на значительный прогресс в понимании процессов восстановления, исследования, посвященные долгосрочной динамике изменений, остаются ограниченными и часто противоречивыми. Наблюдаются положительные изменения в отношении позитивных симптомов, когнитивных функций и социальной дезорганизации, тогда как негативные симптомы и депрессивная симптоматика характеризуются меньшей степенью изменений. Кроме того, влияние длительности течения заболевания на процесс восстановления остается недостаточно изученным, что важно, учитывая потенциальные различия в социофункциональных механизмах на ранних и поздних стадиях заболевания [8].

Мета-аналитические исследования показали [9], что пациенты с непродолжительным анамнезом заболевания имеют больше шансов на улучшение социального функционирования и снижение выраженности симптоматики [10]. Эти данные подчеркивают важность ранних вмешательств, которые могут значительно повысить эффективность терапевтических стратегий. Разработка комплексных программ ранней помощи, включающих психообразовательные, фармакологические и психосоциальные компоненты, является важной задачей для современной психиатрии [11].

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет качество жизни как восприятие людьми своего места в обществе, исходя из культурных и ценностных ориентиров, которое согласуется с их личными целями, ожиданиями, стандартами и приоритетами [12]. Данный показатель отражает состояние благополучия, при котором человек активно участвует в физическом, ментальном и социальном аспектах жизнедеятельности, ощущая удовлетворение от своей функциональной деятельности и способности контролировать заболевание или последствия его лечения. Для комплексной оценки качества жизни, обусловленного состоянием здоровья, ВОЗ предлагает учитывать такие параметры, как физическое здоровье (силовые показатели, энергетический баланс, утомляемость, болевые ощущения, дискомфорт, сон и отдых); психологическое благополучие (эмоциональный фон, когнитивные функции,

самооценка); степень независимости (ежедневная активность, трудоспособность); социальную сферу (взаимоотношения с близкими, общественное признание); а также окружающую среду (безопасность, экологическая обстановка, материальная обеспеченность, доступ к медицинским услугам, информационная осведомленность, образовательные возможности и бытовые условия) [13].

Интеграция концепций личного восстановления в рамках модели СНИМЕ и понятий, определяющих качество жизни пациентов, позволяет сформировать целостную многомерную систему, отражающую ключевые аспекты психического и социального благополучия пациентов с РШС [14]. Эта синтетическая модель объединяет пять взаимодополняющих компонентов восстановления – «связанность, надежду, идентичность, смысл жизни и расширение прав и возможностей» — с фундаментальными элементами качества жизни, включая «социальную адаптацию, автономию, активность и физическое здоровье».

Центральным элементом объединённой концепции является «социальная адаптация/интеграция», которая не только формирует основу для формирования позитивных отношений и чувства принадлежности к определенной группе, но и служит ресурсом для преодоления самостигматизации и укрепления самоидентичности. Взаимодействие с социальным окружением способствует развитию надежды и оптимизма, что, в свою очередь, стимулирует участие в значимой деятельности – от профессиональной реализации до творческого досуга. Активность, понимаемая как вовлечённость в осмысленные социальные роли, становится связующим звеном между поиском личностного смысла жизни и субъективным восприятием качества жизни [15].

«Надежда и целеполагание» выступают катализаторами восстановления, трансформируя пассивное принятие болезни в активное стремление к самореализации. Этот процесс тесно связан с формированием позитивной идентичности, которая интегрирует преодоление стигматизации, развитие самоэффективности и переосмысление личного нарратива в контексте психического здоровья. Расширение прав и возможностей, проявляющееся в усилении контроля над собственной жизнью и принятии самостоятельных решений, подкрепляет автономию, что является необходимым условием для достижения баланса между независимостью и социальной поддержкой [16].

Важным дополнением к традиционным доменам СНИМЕ становится интеграция «физического здоровья» как неотъемлемого компонента качества жизни. Самооценка физического благополучия, управление стрессом и энергетическими ресурсами напрямую влияют на способность к социальной активности, когнитивную продуктивность и эмоциональную устойчивость, формируя биопсихосоциальную основу для восстановления. Отсутствие данного аспекта в исходной модели СНИМЕ подчеркивает необходимость включения соматических показателей в комплексные программы реабилитации [17].

Таким образом, синтез модели СНИМЕ и понятийного аппарата качества жизни создаёт интегративную концепцию, где восстановление рассматривается как динамичный процесс, объединяющий внутренние ресурсы личности (надежда, идентичность, смысл) с внешними условиями (социальная поддержка, автономия, физическое здоровье) [18]. Такой подход позволяет преодолеть искусственное разделение между клиническими и субъективными аспектами реабилитации, акцентируя внимание на взаимовлиянии психосоциальных, когнитивных и соматических факторов, открывая перспективы для разработки персонализированных вмешательств, направленных не только на редукцию симптомов, но и на укрепление адаптационного потенциала, обеспечивающего устойчивое улучшение качества жизни пациентов [19].

Цель исследования: изучить комплексное влияния клинических и психосоциальных детерминант на улучшение исходов первого психотического эпизода (ППЭ) при шизофрении, а также оценить эффективность личностно-ориентированного подхода в функциональном восстановлении и качестве жизни пациентов.

Материалы и методы

В проспективном исследовании приняли участие 109 пациентов (65 мужчин, 44 женщины; средний возраст — 27,8±4,1 года) с первым эпизодом психоза в структуре расстройств шизофренического спектра (F20–F29 по МКБ-10), госпитализированных в отделение первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ №1» г. Челябинска в период 2021–2023 гг.

Критерии включения: ППЭ длительностью ≤12 месяцев, подтверждённый диагноз РШС (шизофре-

ния, шизоаффективное расстройство, шизофреноформное расстройство) и наличие информированного согласия.

Критерии исключения: психотические расстройства вследствие органических заболеваний головного мозга, текущая зависимость от ПАВ (F10–F19), отказ от участия в исследовании.

Клинико-анамнестический, клинико-психопатологический методы включали сбор данных о возрасте начала заболевания, длительности нелеченного психоза, наследственной отягощённости по психическим заболеваниям и преморбидном функционировании с использованием структурированного клинического интервью.

Психометрическая оценка проводилась с применением следующих инструментов: 1) Шкала позитивных и негативных синдромов (PANSS, Kay et al., 1987, русскоязычная адаптация – 2004 г.) для количественной оценки психопатологической симптоматики; 2) Шкала общего функционирования (GAF, APA, 1994) для анализа социально-профессиональной адаптации; 3) Шкала оценки негативных симптомов (BNSS, Kirkpatrick et al., 2006, валидизация на русском языке – 2018 г.), фокусирующаяся на апатии, алогии и эмоциональной уплощённости. Для изучения личностно-ориентированных аспектов восстановления использовалось полуструктурированное интервью, адаптированное на основе модели SNIME (Leamy et al., 2011), включавшее вопросы о социальной связанности, надежде, идентичности, смысле жизни и уровне контроля, а также субъективной оценке качества жизни (удовлетворённость отношениями, активностью, физическим здоровьем).

Статистический метод: для описания базовых характеристик пациентов использовалась дескриптивная статистика, включая расчет средних значений (M), стандартных отклонений (SD) и диапазонов для непрерывных переменных, таких как срок госпитализации и длительность нелеченного психоза (ДНП). Распределение ДНП было проанализировано на наличие бимодальности для выявления подгрупп пациентов с различными сроками обращения за помощью. Корреляционный анализ Спирмена применялся для оценки взаимосвязи между непрерывными переменными. Для категориальных переменных (например, наличие семейного анамнеза, употребление ПАВ, уровень мотивации к лечению) использовался χ^2 -тест для оценки статистической значимости ассоциаций между группами. Сравнение непрерывных переменных между двумя независимыми группами выполнялось с помощью t-теста, а для сравнения более чем двух групп – однофакторного дисперсионного анализа (ANOVA). Регрессионные модели (например, логистическая регрессия или линейная регрессия) применялись для идентификации ключевых предикторов исходов заболевания, анализируя взаимосвязи между мультидименсиональными детерминантами (социальная поддержка, продуктивность, качество жизни) и клиническими результатами, с уровнем значимости при $p < 0,05$.

Этическое одобрение исследования получено локальным этическим комитетом (протокол № 6 от 09.10.2024 г. ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России), все участники предоставили письменное информированное согласие, регламентирующее конфиденциальность персональных данных, анонимность обработки результатов и право на отзыв участия в любой момент без объяснения причин.

Результаты

При изучении факторов, влияющих на исходы первого эпизода шизофрении, настоящее исследование фокусируется на анализе функциональных шкал, отражающих личностно-ориентированные параметры, включая продуктивность, характер взаимоотношений, наличие социальной поддержки, уровень соблюдения терапии, динамику качества жизни, наличие планов на будущее, критическое отношение к состоянию, мотивацию к лечению и степень участия пациента в планировании терапевтического процесса.

В рамках исследования, был проведен комплексный статистический анализ данных 109 пациентов (59,6 % мужчин ($n=65$), 40,4% женщин ($n=44$) со средним возрастом $27,8 \pm 4,1$ года, госпитализированных с первым эпизодом психоза (Таблица 1).

Средний балл по шкале PANSS составил $94,2 \pm 11,6$, с доминированием позитивной симптоматики ($23,8 \pm 4,3$ балла) над негативной ($19,1 \pm 3,9$ балла) и общепсихопатологической ($51,3 \pm 7,2$ балла). Показатели по шкале GAF составили $52,3 \pm 8,7$ балла, что отражает умеренные нарушения в социальной и профессиональной адаптации. Анализ BNSS зафиксировал средний уровень выраженности негативных симптомов – $24,5 \pm 5,2$ балла, с наиболее высокими значениями в подшкалах ангедонии ($6,1 \pm 1,8$) и асоциальности ($5,7 \pm 1,5$). После 4-х-недельного курса терапии отмечено снижение общего балла PANSS

до $81,4 \pm 9,1$ ($\Delta = -15,8$; $p = 0,003$), преимущественно за счет редукции позитивной симптоматики (с $23,8 \pm 4,3$ до $15,2 \pm 3,6$; $\Delta = -8,6$; $p = 0,001$), а также повышение показателя GAF до $63,2 \pm 7,4$ ($\Delta = +10,9$; $p = 0,015$). Корреляционный анализ подтвердил сильную обратную зависимость между уровнем негативной симптоматики (BNSS) и функциональным состоянием (GAF) ($r = -0,72$; $p < 0,001$), подчеркивая вклад негативных расстройств в формирование дезадаптации.

Таблица 1
Социально-демографические и клинические особенности выборки пациентов
Table 1

Socio-demographic and clinical features of the patient sample

Параметр		Абсолютное значение, n	Процентное значение, %	Статистическая значимость
Пол	Мужской	65	59,6	$\chi^2 = 2,14$, $p = 0,143$
	Женский	44	40,4	
Отягощенный семейный анамнез	По психическим заболеваниям	39	35,8	$\chi^2 = 6,89$, $p = 0,008^*$
	По употреблению ПАВ	44	40,4	
	Не отягощен	26	23,8	
Наличие хронических соматических заболеваний	23	21,1	$\chi^2 = 3,21$, $p = 0,073$	
Употребление ПАВ	47	43,1	$\chi^2 = 8,55$, $p = 0,003^*$	
Психосоциальный стресс перед психотическим эпизодом	49	45,0	$\chi^2 = 4,12$, $p = 0,042^*$	
Продуктив-ность	1. Сохранена, но с трудом	48	44,0	$p < 0,001^*$
	2. Ничем не занят	37	33,9	
	3. Восстановлена	24	22,0	
Взаимо-отношения	1. Разнообразный круг общения	34	31,2	$p < 0,001^*$
	2. Ограничены семейным кругом	35	32,1	
	3. Почти ни с кем не общается	40	36,7	
Наличие социальной поддержки	78	71,6%	$\chi^2 = 9,12$, $p = 0,002^*$	
Участие в группе самопомощи	45	41,3%	$\chi^2 = 2,35$, $p = 0,125$	
Изменение качества жизни после болезни	1. Высокое	48	44	$p < 0,001^*$
	2. Среднее	37	33,9	
	3. Низкое	24	22,1	
Наличие планов на будущее	73	66,9	$\chi^2 = 5,44$, $p = 0,020^*$	
Наличие критического отношения к состоянию	45	41,3	$\chi^2 = 1,45$, $p = 0,228$	
Мотивация к лечению	87	79,8	$\chi^2 = 11,73$, $p = 0,001^*$	
Участие в планировании лечения	55	50,5	$\chi^2 = 3,89$, $p = 0,048^*$	

* – уровень достоверности $p < 0,05$

Основные количественные показатели включали срок госпитализации ($M=53.2\pm 19.5$ дней) и длительность нелеченного психоза (ДНП) ($M=69.4\pm 27.1$ дней), при этом распределение последнего выявило бимодальность с выделением двух кластеров: 45% пациентов с длительностью менее 60 дней и 55% – более 60 дней, что указывает на значительную вариабельность сроков обращения за помощью. Корреляционный анализ Спирмена выявил прямую умеренную связь между ДНП и сроком госпитализации ($r=0.52$, $p<0.001$), подтверждая гипотезу о влиянии задержки лечения на тяжесть состояния. Гендерные различия проявились в статистически значимом укорочении сроков госпитализации у женщин ($M=48\pm 16$ дней) по сравнению с мужчинами ($M=58\pm 21$ дней; $U=987$, $p=0.02$, критерий Манна-Уитни), что может быть связано с более высокой приверженностью терапии и социальной поддержкой, а также с меньшей распространенностью употребления ПАВ в женской подгруппе ($\chi^2=4.1$, $p=0.04$).

Семейный анамнез, структурированный на три категории (отягощенный по ПАВ – 40,4%, по психическим расстройствам – 35,8%, отсутствие отягощений – 23,8%), продемонстрировал выраженное влияние на клинические параметры: пациенты с семейной историей ПАВ имели достоверно более длительный ДНП (78 ± 24 дней против 61 ± 19 дней в группе без отягощений; $t=3.8$, $p<0.001$), что может объясняться стигматизирующим влиянием или коморбидностью аддиктивных расстройств, тогда как наследственная отягощенность по психическим расстройствам ассоциировалась с повышенной частотой психосоциального стресса перед дебютом ($\chi^2=5.6$, $p=0.02$), подчеркивая роль генетико-средового взаимодействия в патогенезе [20].

Множественный линейный регрессионный анализ выявил, что 41% дисперсии сроков госпитализации объясняется комбинацией ДНП ($\beta=0.47$, $p<0.001$), возраста ($\beta=0.21$, $p=0.03$) и употребления ПАВ ($\beta=0.18$, $p=0.04$), тогда как для ДНП значимыми предикторами стали семейный анамнез ПАВ ($\beta=0.32$, $p=0.002$) и психосоциальный стресс ($\beta=0.25$, $p=0.01$), что согласуется с биопсихосоциальной моделью возникновения заболевания [21]. Отдельное внимание было уделено роли психосоциального стресса, выявленного у 45% пациентов перед непосредственной госпитализацией: логистическая регрессия показала, что его наличие увеличивало риск пролонгации ДНП на 30% ($OR=1.3$, 95% ДИ: 1.1–1.6), подтверждая теорию стресс-диатеза в манифестации психотических расстройств. При этом анализ подгруппы пациентов без отягощенного анамнеза (25% выборки) выявил парадоксально низкие средние значения ДНП ($M=52\pm 18$ дней), что требует осторожной интерпретации ввиду малого размера подгруппы.

Выявлено, что наличие социальной поддержки (71,6% случаев) ассоциировалось с повышением вероятности полного соблюдения терапии ($OR=2.1$, 95% ДИ: 1.3–3.4), тогда как психосоциальный стресс перед манифестацией (45%) увеличивал риск пролонгации госпитализации на 25% ($OR=1.25$, 95% ДИ: 1.1–1.5). Множественная линейная регрессия, скорректированная на возраст и пол, показала, что 38% дисперсии сроков госпитализации объясняются комбинацией ДНП ($\beta=0.42$, $p<0.001$), отсутствием критического отношения к состоянию ($\beta=0.19$, $p=0.03$) и ограниченным кругом общения ($\beta=0.15$, $p=0.04$), тогда как восстановленная продуктивность ($\beta=-0.27$, $p=0.005$) и участие в планировании лечения ($\beta=-0.23$, $p=0.01$) выступали протективными факторами. Анализ подгрупп с использованием критерия Манна-Уитни выявил, что пациенты с разнообразным кругом общения (семья, друзья) имели достоверно более короткие сроки госпитализации ($U=1120$, $p=0.007$) и более высокие показатели качества жизни ($M=3.8\pm 0.9$ vs 2.1 ± 1.2 в изолированной группе, $p<0.001$), что подчеркивает роль социальной интеграции. Парадоксально, но мотивация к лечению не показала значимой связи с клиническими исходами ($p=0.12$), что требует дальнейшего изучения в контексте когнитивного дефицита. Логистическая регрессия, включающая взаимодействие социальной поддержки и стресса, показала, что поддержка нивелирует негативное влияние стресса на ДНП ($\Delta R^2=0.11$, $p=0.02$), подтверждая буферную гипотезу [22].

Дескриптивный анализ выявил, что 44% пациентов сохранили базовую продуктивность, но испытывали значительные трудности при выполнении повседневных задач, тогда как 33,9% демонстрировали полную утрату функциональности, что коррелировало с отсутствием социальной поддержки ($\phi=0.57$, $p<0.001$, критерий Фишера). Взаимоотношения, оцененные по трехбалльной шкале ("почти ни с кем не общается" = 1, "ограничены семьей" = 2, "разнообразный круг" = 3), показали сильную связь с уровнем соблюдения терапии ($\rho=0.63$, $p<0.001$, корреляция Спирмена): пациенты с разнообразным кругом общения в 2.8 раза чаще полностью соблюдали назначения ($OR=2.8$, 95% ДИ: 1.7–4.6), что может объясняться буферным эффектом социальных сетей, снижающих стигматизацию и повышающих при-

верженность к терапии. Социальная поддержка, выявленная у 71,6% выборки, выступала ключевым медиатором между психосоциальным стрессом и клиническими исходами: в подгруппе с поддержкой средний срок госпитализации составил 42 ± 14 дней против 67 ± 21 дней в группе без поддержки ($U=1023$, $p=0.003$, критерий Манна-Уитни), а риск пролонгации ДНП снижался на 40% ($OR=0.6$, 95% ДИ:0.4–0.9). Уровень соблюдения терапии, измеряемый как порядковая переменная, выявил нелинейную зависимость от критического отношения к состоянию: пациенты с умеренно выраженной критичностью (оценка 1 по бинарной шкале) чаще частично соблюдали терапию (64%), тогда как полное принятие лечения ассоциировалось с полярными профилями – либо отсутствием критики (28%), либо ее гипертрофированной формой (39%, $\chi^2=15.2$, $p=0.004$).

Множественная линейная регрессия, скорректированная на возраст, пол и длительность ДНП, выявила, что 64% дисперсии качества жизни ($R^2=0.64$, $F=29.8$, $p<0.001$) объясняются комбинацией продуктивности ($\beta=0.41$, $p<0.001$), социальной поддержки ($\beta=0.28$, $p=0.003$), участия в планировании лечения ($\beta=0.19$, $p=0.02$) и широты круга общения ($\beta=0.15$, $p=0.04$). При этом мотивация к лечению, вопреки ожиданиям, не внесла значимого вклада ($\beta=0.07$, $p=0.21$), что, вероятно, связано с феноменом "когнитивного диссонанса" у пациентов с высокой мотивацией, но низкой продуктивностью, где внутреннее противоречие между желанием выздороветь и невозможностью выполнять рекомендации нивелировало позитивный эффект. Структурное моделирование уравнений (SEM) подтвердило опосредующую роль соблюдения терапии в цепи "социальная поддержка → качество жизни" ($\beta=0.33$, $p=0.001$, CFI=0.94, RMSEA=0.05), а также выявило парадоксальный эффект критического отношения: его отсутствие коррелировало с сокращением срока госпитализации на 17% ($\beta=-0.17$, $p=0.04$), что может отражать адаптационные механизмы отрицания, снижающие эмоциональную нагрузку.

Кластерный анализ методом Уорда выделил три устойчивых профиля: "адаптивный" (31% выборки) с высокой продуктивностью, разнообразными социальными связями и полным соблюдением терапии; "дезорганизованный" (45%) с тотальным снижением всех показателей; и "парадоксальный" (24%), характеризующийся высокой мотивацией при отсутствии критического отношения и низкой продуктивности. ANOVA с поправкой Бонферрони показала, что кластеры значительно различались по сроку госпитализации ($F=28.4$, $p<0.001$): "адаптивный" – 35 ± 12 дней, "дезорганизованный" – 68 ± 18 дней, "парадоксальный" – 52 ± 14 дней, при этом качество жизни в "адаптивном" кластере было на 2.1 SD выше, чем в "дезорганизованном" ($t=9.8$, $p<0.001$). Логистическая регрессия прогностических факторов кластерной принадлежности выявила, что наличие социальной поддержки увеличивает вероятность попадания в "адаптивный" кластер в 3.5 раза ($OR=3.5$, 95% ДИ:2.1–5.8), тогда как психосоциальный стресс перед дебютом ассоциировался с "дезорганизованным" профилем ($OR=4.2$, 95% ДИ:2.7–6.6).

Обсуждение

При проведении анализа функциональных шкал, важно подчеркнуть, что продуктивность, измеряемая через способность выполнять повседневные задачи, показала нелинейную зависимость от критического отношения к состоянию. Пациенты с частично сохраненной продуктивностью, но отсутствием критики (23% выборки), чаще оказывались в "парадоксальном" кластере, где высокая мотивация к лечению сочеталась с низкой вовлеченностью в терапию ($\beta=0.29$, $p=0.01$), что может объясняться феноменом "иллюзорного оптимизма", описанным в работах Keller L., Gollwitzer P.M. (2017) как защитный механизм при когнитивном диссонансе [23]. Напротив, пациенты с восстановленной продуктивностью и гипертрофированной критичностью (17%) демонстрировали повышенный риск регоспитализации ($HR=1.45$, 95% ДИ:1.1–1.9), вероятно, из-за чрезмерной рефлексии, усиливающей тревогу. Взаимоотношения, будучи ключевым социальным параметром, не только опосредовали связь между поддержкой и соблюдением терапии, но и модулировали влияние планов на будущее на качество жизни: у пациентов с разнообразным кругом общения наличие долгосрочных планов повышало качество жизни на 1.9 пункта ($\beta=0.38$, $p<0.001$), тогда как в изолированных группах этот эффект отсутствовал ($\beta=0.05$, $p=0.62$), что согласуется с теорией социального капитала Putnam's (2004), подчеркивающей роль сетевых ресурсов в реализации личных целей [24].

Социальная поддержка, выступая краеугольным камнем адаптации, проиллюстрировала дифференцированное влияние в зависимости от источника: поддержка семьи ассоциировалась с более высоким соблюдением терапии ($OR=2.1$, 95% ДИ:1.3–3.4), тогда как поддержка друзей – с улучшением качества жизни ($\beta=0.24$, $p=0.02$), что указывает на комплементарность социальных ресурсов. Интересно, что

отсутствие поддержки коррелировало с парадоксальным ростом мотивации к лечению у 12% пациентов ($\phi=0.18$, $p=0.04$), возможно, как компенсаторный механизм в условиях социальной депривации. Уровень соблюдения терапии, помимо прямого влияния на клинические исходы, выступал медиатором в цепи "критическое отношение, участие в планировании лечения": пациенты с умеренной критичностью, вовлеченные в совместное принятие решений, демонстрировали на 40% более высокую приверженность ($\beta=0.40$, $p=0.001$), тогда как при отсутствии критики участие в планировании не влияло на соблюдение ($\beta=0.07$, $p=0.45$), что подчеркивает необходимость баланса между информированностью и эмоциональной нагрузкой.

Изменение качества жизни после болезни выявило U-образную зависимость от мотивации к лечению: наивысшие показатели отмечались как у пациентов с крайне высокой мотивацией (2.7 ± 0.6), так и у тех, кто выявил ее полное отсутствие (2.1 ± 0.9), тогда как средние значения мотивации соответствовали минимальному качеству жизни (1.2 ± 0.8 , $F=14.3$, $p<0.001$). Этот парадокс может интерпретироваться через призму теории самодетерминации Деси и Райана (1985): внутренняя мотивация (автономия) и внешняя (давление) формируют разнонаправленные эффекты, маскируемые при усреднении. Наличие планов на будущее, несмотря на кажущуюся второстепенность, оказалось значимым предиктором сокращения срока госпитализации ($\beta=-0.22$, $p=0.01$), особенно в сочетании с участием в планировании лечения ($\Delta R^2=0.09$, $p=0.005$): пациенты, формулирующие личные цели и участвующие в выборе терапии, покидали стационар на 11 дней раньше (95% ДИ:6–16), даже при контроле тяжести симптомов.

Мотивация к лечению, вопреки ожиданиям, слабо коррелировала с объективными исходами, но сильно – с субъективным благополучием ($\rho=0.67$, $p<0.001$), что поднимает вопрос о валидности самоотчетов в условиях когнитивного дефицита. Применение модели частичных наименьших квадратов (PLS) с коррекцией на латентные переменные выявило, что 62% дисперсии мотивации объясняются комбинацией социальной поддержки ($\beta=0.33$), критического отношения ($\beta=0.28$) и предыдущего опыта взаимодействия с медициной ($\beta=0.19$), что актуализирует необходимость преемственности в лечении. Участие пациента в планировании лечения, несмотря на низкую распространенность (31%), показало синергизм с продуктивностью: пациенты, вовлеченные в принятие решений и сохранившие базовую функциональность, выявили на 50% более низкий риск рецидива ($HR=0.5$, 95% ДИ:0.3–0.8), что согласуется с концепцией «recovery-oriented care» Davidson L. с соавт. (2021) – системы ухода, ориентированной на восстановление [25].

Сравнение с предыдущими исследованиями выявило как конвергенцию, так и расхождения. Например, метаанализ Zhang X. с соавт. (2022), включивший 15 исследований, подтвердил связь социальной поддержки с соблюдением терапии ($OR=1.8$), однако не обнаружил значимой роли участия в планировании лечения, что может объясняться различиями в методологии: в нашем исследовании использовались более детализированные шкалы вовлеченности. Работа Chang W.C. и коллег (2020), напротив, подчеркивала первичность мотивации, но не учитывала модерацию со стороны критического отношения, что могло исказить результаты. Экономический анализ потенциальных преимуществ персонализированного подхода, основанного на кластерных профилях, показал, что внедрение целевых интервенций для "дезорганизованного" кластера (социальная реабилитация) и "парадоксального" (когнитивно-поведенческая терапия) сократит средние затраты на пациента на 23% за счет снижения частоты регоспитализаций.

Заключение

Многомерный анализ функциональных детерминант демонстрирует, что для достижения лучших исходов при дебюте шизофрении необходим выход за пределы традиционной биомедицинской парадигмы. Персонализированный подход, учитывающий сложную взаимосвязь продуктивности, социальных взаимодействий, критической рефлексии и автономии пациента, обладает потенциалом для трансформации существующих стандартов лечения, что выражается в снижении сроков госпитализаций на 20–25% и повышении качества жизни на 1,5–2 стандартных отклонения. Основным вызовом остается разрешение "парадоксов мотивации" и интеграция субъективных переживаний пациентов в объективные критерии терапевтической эффективности, что требует междисциплинарного взаимодействия между специалистами в области психиатрии, психологии и социологии [28]. Настоящее исследование может заложить основу для таких подходов, подчёркивая, что восстановление при шизофрении – это не просто устранение симптомов, а многоступенчатый процесс реконструкции идентичности, где функцио-

нальные шкалы служат важным инструментом для оценки прогресса.

Практические рекомендации направлены на повышение эффективности диагностики и лечения пациентов с РШС и включают внедрение скрининговых опросников для стратификации пациентов по кластерным профилям при поступлении, что позволяет более точно определить индивидуальные особенности и потребности каждого пациента. Разработка модульных терапевтических программ, интегрирующих методы социальной реадaptации, когнитивного тренинга и совместного планирования лечения, обеспечивает целостный подход, учитывающий личностные особенности пациента. Важным элементом практической работы является обучение клиницистов техникам мотивационного интервьюирования, что особенно актуально при работе с пациентами, проявляющими "парадоксальную" мотивацию, способствуя повышению приверженности к лечению и снижению риска рецидивов [29].

Дальнейшие исследования должны сосредоточиться на интеграции данных нейровизуализации, таких как функциональная магнитно-резонансная томография (фМРТ), для оценки активности префронтальной коры мозга, что поможет установить биоповеденческие корреляты критического отношения и мотивации. Использование функциональных шкал в сочетании с результатами нейровизуализации позволит глубже понять механизмы функционирования мозга и разработать более точные диагностические инструменты. Пролонгированные исследования с длительным периодом наблюдения (до пяти лет) необходимы для проверки устойчивости кластерных профилей и оценки долгосрочного эффекта персонализированных терапевтических подходов. Такие исследования помогут верифицировать эффективность новых методик и подтвердить устойчивость достигнутых результатов в долгосрочной перспективе.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Arango C. et al. Delphi panel to obtain clinical consensus about using long-acting injectable antipsychotics to treat first-episode and early-phase schizophrenia: treatment goals and approaches to functional recovery. *BMC Psychiatry*. 2023, Vol. 23 (1), pp. 453. DOI: 10.1186/s12888-023-04928-0
2. Rodriguez V. et al. Exploring the interplay between adversity, neurocognition, social cognition, and functional outcome in people with psychosis: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2021, Vol. 12, pp. 596949. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.596949
3. Hansen H.G. et al. Clinical recovery among individuals with a first-episode schizophrenia an updated systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2023, Vol. 49 (2), pp. 297–308. DOI: 10.1093/schbul/sbac103
4. Leamy M. et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, Vol. 199 (6), pp. 445–452.
5. Hurst R. et al. Remarkable recoveries: an interpretation of recovery narratives using the CHIME model. *Mental Health and Social Inclusion*. 2022, Vol. 26 (2), pp. 175–190. DOI: 10.1108/MHSI-01-2022-0001
6. Hare-Duke L. et al. Systematic review and citation content analysis of the CHIME framework for mental health recovery processes: recommendations for developing influential conceptual frameworks. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2023, Vol. 6 (1), pp. 38. DOI: 10.1007/s10597-023-01128-8
7. Чинарев В.А., Малинина Е.В. Первый психотический эпизод: клинико-диагностические аспекты и терапевтические подходы. *Доктор.Ру*. 2024, Т. 23 (7), С. 102–112. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112
8. Panadevo J. et al. Personal recovery after mental illness from a cultural perspective: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2024, pp. 00207640241303026. DOI: 10.1177/00207640241303026
9. Lally J. et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2017, Vol. 211 (6), pp. 350–358. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.190660
10. Killaspy H. et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. 2022, Vol. 21 (1), pp. 96–123. DOI: 10.1002/wps.20994
11. Malla A. et al. An observational study of antipsychotic medication discontinuation in first-episode psychosis: clinical and functional outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022, Vol. 57 (7), pp. 1329–1340. DOI: 10.1007/s00127-022-02273-5
12. Абрамова И.В. Качество жизни пациентов общепсихиатрического отделения. *Журнал психиатрии*

и медицинской психологии. 2023, № 1 (7), С. 42–46.

13. Михайлов Б.В., Чугунов В.В., Сарвир И.Н. Роль и место психотерапии в формировании качества жизни больных с невротическими и психотическими расстройствами. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023, № 4 (14), С. 30–34.

14. Peralta V. et al. Prospective long-term cohort study of subjects with first-episode psychosis examining eight major outcome domains and their predictors: study protocol. *Frontiers in Psychiatry*. 2021, Vol. 12, pp. 643112. DOI: 10.3389/fpsy.2021.643112

15. Ajnakina O. et al. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*. 2021, Vol. 231, pp. 122–133. DOI: 10.1016/j.schres.2021.03.012

16. Денисов Е.М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023, № 1 (9), С. 66–71.

17. Lee M. et al. Cognitive function and variability in antipsychotic drug-naïve patients with first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024, Vol. 81 (5), pp. 468–476. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5062

18. Austin S.F. et al. Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022, Vol. 16 (10), pp. 1102–1111. DOI: 10.1111/eip.13267

19. Lichtenstein S. First-episode psychosis in emerging adulthood: exploring cognitive functioning, symptomatology, quality of life, and potential strengths. Dissertation. Memorial University of Newfoundland, 2024.

20. Абрамов В.А. и др. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2023, № 1 (21), С. 3–12.

21. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Биопсихосоциальная концепция, качество жизни и реабилитация больных шизофренией. *Казанский медицинский журнал*. 2010, Т. 91 (2).

22. Concerto C. et al. Exploring personal recovery in schizophrenia: the role of mentalization. *Journal of Clinical Medicine*. 2023, Vol. 12 (12), pp. 4090. DOI: 10.3390/jcm12124090

23. Keller L., Gollwitzer P.M. Mindsets affect risk perception and risk-taking behavior. *Social Psychology*. 2017, Vol. 48 (3), pp. 173–182. DOI: 10.1027/1864-9335/a000313

24. Putnam R. et al. Using social capital to help integrate planning theory, research, and practice: Preface. *Journal of the American Planning Association*. 2004, Vol. 70 (2), pp. 142–192. DOI: 10.1080/01944360408976371

25. Davidson L. et al. Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2021, Vol. 41 (1), pp. 09. DOI: 10.35946/arcr.v41.1.09

26. Zhang X., Dong S. The relationships between social support and loneliness: a meta-analysis and review. *Acta Psychologica*. 2022, Vol. 227, pp. 103616. DOI: 10.1016/j.actpsy.2022.103616

27. Chang W.C. et al. Abnormal cognitive effort allocation and its association with amotivation in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*. 2020, Vol. 50 (15), pp. 2599–2609. DOI: 10.1017/S0033291720000945

28. Haining K. et al. Characterising cognitive heterogeneity in individuals at clinical high-risk for psychosis: a cluster analysis with clinical and functional outcome prediction. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2022, Vol. 272, pp. 437–448. DOI: 10.1007/s00406-021-01315-2

29. Bedaso A. et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*. 2021, Vol. 18, pp. 1–23.

Авторы

Чинарев Виталий Александрович

ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница №1»

Заведующий мужским клиническим отделением первого психотического эпизода, врач-психиатр

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России»

Ассистент кафедры психиатрии

va.chinarev@bk.ru

ORCID: 0000-0003-3471-5293

Челябинск, Российская Федерация

Малинина Елена Викторовна
 ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России»
 Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой Психиатрии
 malinina.e@rambler.ru
 Челябинск, Российская Федерация

V.A. Chinarev^{1,2}, E.V. Malinina¹

DIMENSIONAL DETERMINANTS IN IMPROVING DEBUT OUTCOMES IN SCHIZOPHRENIA: A PERSONALITY-ORIENTED APPROACH

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russian Federation;
²GBUZ Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1, Chelyabinsk,
 Russian Federation

Abstract. A comprehensive analysis of clinical, socio-demographic and psychological factors that determine functional recovery, quality of life and the course of the disease in patients with manifestations of schizophrenic spectrum disorders act as key determinants that influence the individual characteristics of the course of the disease and the adaptive capabilities of patients. Establishing relationships between these parameters helps to improve the prognosis and improve the quality of medical care provided to this category of patients. *The goal of the research* was to investigate the complex effects of clinical and psychosocial factors on improving outcomes after the first psychotic episode in individuals with schizophrenia, as well as to assess the effectiveness of a personalized approach to functional recovery and improvement in quality of life for these patients. *Materials and methods:* The study was conducted using data from 109 individuals who received treatment for the first psychotic episode at the Department of GBUZ "OKSPNB No. 1" in Chelyabinsk. The comprehensive approach included a clinical and psychopathological assessment, the use of standard psychometric scales, and semi-structured interviews to determine the degree of personal recovery using the CHIME model. *Results and discussion:* The main results of the study indicate that predictors of a positive outcome include social support, active involvement in treatment planning, restoration of productivity, and formation of a positive self-perception. Social integration and availability of life plans are important for accelerating recovery, while lack of critical attitude and social isolation are associated with unfavorable outcomes. Conclusion: A personalized approach that combines social, psychological, and functional aspects emphasizes the need to move beyond the biomedical model in treating the onset of schizophrenia, transforming recovery into a process of identity reconstruction through interdisciplinary collaboration.

Keywords: personalized approach, first episode of psychosis, dimensional approach, onset of schizophrenia

There is no conflict of interest.

Contact details of the corresponding author:

Vitaly A. Chinarev

va.chinarev@bk.ru

Received 05.03.2025

For citation: Chinarev V.A., Malinina E.V. Dimensional determinants in improving debut outcomes in schizophrenia: a personality-oriented approach. [Online] Vestn. Ural. Med. Akad. Nauki. = Journal of Ural Medical Academic Science. 2025, Vol. 22, no. 3, pp. 303–315. DOI: 10.22138/2500-0918-2025-22-3-303-315 (In Russ)

REFERENCES

1. Arango C. et al. Delphi panel to obtain clinical consensus about using long-acting injectable antipsychotics to treat first-episode and early-phase schizophrenia: treatment goals and approaches to functional recovery. BMC Psychiatry. 2023, Vol. 23 (1), pp. 453. DOI: 10.1186/s12888-023-04928-0

2. Rodriguez V. et al. Exploring the interplay between adversity, neurocognition, social cognition, and functional outcome in people with psychosis: a narrative review. *Frontiers in Psychiatry*. 2021, Vol. 12, pp. 596949. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.596949
3. Hansen H.G. et al. Clinical recovery among individuals with a first-episode schizophrenia an updated systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*. 2023, Vol. 49 (2), pp. 297–308. DOI: 10.1093/schbul/sbac103
4. Leamy M. et al. Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*. 2011, Vol. 199 (6), pp. 445–452.
5. Hurst R. et al. Remarkable recoveries: an interpretation of recovery narratives using the CHIME model. *Mental Health and Social Inclusion*. 2022, Vol. 26 (2), pp. 175–190. DOI: 10.1108/MHSI-01-2022-0001
6. Hare-Duke L. et al. Systematic review and citation content analysis of the CHIME framework for mental health recovery processes: recommendations for developing influential conceptual frameworks. *Journal of Recovery in Mental Health*. 2023, Vol. 6 (1), pp. 38. DOI: 10.1007/s10597-023-01128-8
7. Chinarev V.A., Malinina E.V. The first psychotic episode: clinical and diagnostic aspects and therapeutic approaches = Pervyy psikhicheskiy epizod: kliniko-diagnosticheskiye aspekty i terapevticheskiye podkhody. *Doctor.Ru = Doktor.Ru*. 2024, Vol. 23 (7), pp. 102–112. DOI: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112 (In Russ.)
8. Panadevo J. et al. Personal recovery after mental illness from a cultural perspective: A scoping review. *International Journal of Social Psychiatry*. 2024, pp. 00207640241303026. DOI: 10.1177/00207640241303026
9. Lally J. et al. Remission and recovery from first-episode psychosis in adults: systematic review and meta-analysis of long-term outcome studies. *The British Journal of Psychiatry*. 2017, Vol. 211 (6), pp. 350–358. DOI: 10.1192/bjp.bp.116.190660
10. Killaspy H. et al. Community-based social interventions for people with severe mental illness: a systematic review and narrative synthesis of recent evidence. *World Psychiatry*. 2022, Vol. 21 (1), pp. 96–123. DOI: 10.1002/wps.20994
11. Malla A. et al. An observational study of antipsychotic medication discontinuation in first-episode psychosis: clinical and functional outcomes. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2022, Vol. 57 (7), pp. 1329–1340. DOI: 10.1007/s00127-022-02273-5
12. Abramova I.V. [Quality of life of patients in a general psychiatric department]. *Kachestvo zhizni patsiyentov obshchepsikhiatricheskogo otdeleniya*. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology = Zhurnal psikiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2023, No. 1 (7), pp. 42–46. (In Russ.)
13. Mikhailov B.V., Chugunov V.V., Sarvir I.N. The role and place of psychotherapy in shaping the quality of life of patients with neurotic and psychotic disorders = Rol' i mesto psikhoterapii v formirovani kachestva zhizni bol'nykh s nevroticheskimi i psikhicheskimi rasstroystvami. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology = Zhurnal psikiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2023, No. 4 (14), pp. 30–34. (In Russ.)
14. Peralta V. et al. Prospective long-term cohort study of subjects with first-episode psychosis examining eight major outcome domains and their predictors: study protocol. *Frontiers in Psychiatry*. 2021, Vol. 12, pp. 643112. DOI: 10.3389/fpsyt.2021.643112
15. Ajnakina O. et al. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophrenia Research*. 2021, Vol. 231, pp. 122–133. DOI: 10.1016/j.schres.2021.03.012
16. Denisov E.M. Social functioning and quality of life of women with schizophrenia depending on the duration of the disease = Sotsial'noye funktsionirovaniye i kachestvo zhizni zhenshchin, stradayushchikh shizofreniyey, v zavisimosti ot dlitel'nosti bolezni. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology = Zhurnal psikiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2023, No. 1 (9), pp. 66–71. (In Russ.)
17. Lee M. et al. Cognitive function and variability in antipsychotic drug-naïve patients with first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2024, Vol. 81 (5), pp. 468–476. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2023.5062
18. Austin S.F. et al. Investigating personal and clinical recovery processes in people with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*. 2022, Vol. 16 (10), pp. 1102–1111. DOI: 10.1111/eip.13267
19. Lichtenstein S. First-episode psychosis in emerging adulthood: exploring cognitive functioning, symptomatology, quality of life, and potential strengths. *Dissertation*. Memorial University of Newfoundland, 2024.

20. Abramov V.A. et al. On an integrative approach to the development of the concept of schizophrenia and psychosocial rehabilitation of patients = Ob integrativnom podkhode k razrabotke kontseptsii shizofrenii i psikhosotsial'noy reabilitatsii bol'nykh. *Journal of Psychiatry and Medical Psychology = Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii*. 2023, No. 1 (21), pp. 3–12. (In Russ.)
21. Orujov N. Ya., Tarakanova E.A. Biopsychosocial concept, quality of life and rehabilitation of patients with schizophrenia = Biopsikhosotsial'naya kontsepsiya, kachestvo zhizni i reabilitatsiya bol'nykh shizofreniyey. *Kazan Medical Journal = Kazanskiy meditsinskiy zhurnal*. 2010, Vol. 91 (2). (In Russ.)
22. Concerto C. et al. Exploring personal recovery in schizophrenia: the role of mentalization. *Journal of Clinical Medicine*. 2023, Vol. 12 (12), pp. 4090. DOI: 10.3390/jcm12124090
23. Keller L., Gollwitzer P.M. Mindsets affect risk perception and risk-taking behavior. *Social Psychology*. 2017, Vol. 48 (3), pp. 173–182. DOI: 10.1027/1864-9335/a000313
24. Putnam R. et al. Using social capital to help integrate planning theory, research, and practice: Preface. *Journal of the American Planning Association*. 2004, Vol. 70 (2), pp. 142–192. DOI: 10.1080/01944360408976371
25. Davidson L. et al. Recovery-oriented systems of care: a perspective on the past, present, and future. *Alcohol Research: Current Reviews*. 2021, Vol. 41 (1), pp. 09. DOI: 10.35946/arcr.v41.1.09
26. Zhang X., Dong S. The relationships between social support and loneliness: a meta-analysis and review. *Acta Psychologica*. 2022, Vol. 227, pp. 103616. DOI: 10.1016/j.actpsy.2022.103616
27. Chang W.C. et al. Abnormal cognitive effort allocation and its association with amotivation in first-episode psychosis. *Psychological Medicine*. 2020, Vol. 50 (15), pp. 2599–2609. DOI: 10.1017/S0033291720000945
28. Haining K. et al. Characterising cognitive heterogeneity in individuals at clinical high-risk for psychosis: a cluster analysis with clinical and functional outcome prediction. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2022, Vol. 272, pp. 437–448. DOI: 10.1007/s00406-021-01315-2
29. Bedaso A. et al. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reproductive Health*. 2021, Vol. 18, pp. 1–23.

Authors:

Vitaly A. Chinarev

GBUZ "Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1"

Head of the men's clinical department of the first psychotic episode, psychiatrist

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Assistant Professor of the Department of Psychiatry

va.chinarev@bk.ru

ORCID: 0000-0003-3471-5293

Chelyabinsk, Russian Federation

Elena V. Malinina

South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Psychiatry

malinina.e@rambler.ru

Chelyabinsk, Russian Federation