На правах рукописи

ЧЕРАПКИН
Егор Степанович

ОСОБЕННОСТИ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ШИЗОФРЕНИИ (ПРОСПЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

3.1.17 – Психиатрия и наркология

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Москва – 2027

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Российский научный центр психического здоровья».

Научный руководитель:
доктор медицинских наук **Голубев Сергей Александрович**

Официальные оппоненты:

Шмилович Андрей Аркадьевич – доктор медицинских наук, доцент, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н. И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра психиатрии и медицинской психологии Института нейронаук и нейротехнологий, заведующий.

Цукарзи Эдуард Эдуардович – кандидат медицинских наук, Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, отделение нелекарственных методов лечения и интенсивной терапии, руководитель.

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится «18» января 2027 года в 11.00 на заседании диссертационного совета 24.1.188.01 в Федеральном государственном бюджетном научном учреждении «Российский научный центр психического здоровья» по адресу: 115522, Москва, Каширское шоссе, дом 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Российский научный центр психического здоровья» https://rncpz.ru

Автореферат разослан «___» ноября 2026 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат медицинских наук **Гедевани Екатерина Владимировна**

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Приверженность терапии при первом психотическом эпизоде имеет существенное значение для устойчивости ремиссии, риска повторных госпитализаций и последующего социального функционирования. В дебюте шизофрении складываются представления пациента о болезни, необходимости поддерживающего лечения и собственной роли в лечебно-реабилитационном процессе. Нарушение приверженности в этот период связано с преждевременным прекращением антипсихотической терапии, рецидивированием психоза и ухудшением клинико-социального прогноза [Любов Е. Б., Бессонова А. А., 2008; Маричева М. А., 2014; Швец К. Н., Хамская И. С., 2019; Robinson D. G. et al., 2002; Haddad P. M. et al., 2014].

Приверженность не исчерпывается регулярностью приема препарата. Она включает понимание заболевания, принятие необходимости лечения, готовность к сотрудничеству и способность сохранять лечебную программу в повседневной жизни. Ее формирование зависит от взаимодействия психопатологических, когнитивных, мотивационных и социальных факторов [Пеккер М. В. и др., 2022; Черапкин Е. С., Кабанова И. А., 2026; Thompson K. et al., 2000; Cramer J. A. et al., 2008].

Центральное место в этой системе занимает осознание болезни. Признание патологического характера переживаний, понимание последствий психоза и необходимости профилактики обострения создают предпосылки для длительного терапевтического сотрудничества. Однако формального согласия с диагнозом недостаточно, если пациент не способен удерживать рекомендации, планировать прием препаратов и контролировать ситуативные решения об отмене лечения [Осокина О. И. и др., 2018; Mintz A. R. et al., 2003; Beck A. T. et al., 2004].

Исполнительные функции, память, когнитивная гибкость и саморегуляция обеспечивают переход от понимания назначения к его последовательному выполнению. Их нарушения могут ограничивать приверженность даже при внешне сохранном согласии на лечение. Поэтому совместный анализ структуры осознания болезни, нейропсихологического профиля и терапевтического поведения необходим для выявления риска неприверженности и выбора дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий [Лурия А. Р., 2003; Хомская Е. Д., 2005; Robinson D. G. et al., 2002; Na E. et al., 2015].

Степень разработанности темы исследования. В отечественных и зарубежных работах подробно изучены клинико-социальное бремя первого психотического эпизода, значение раннего вмешательства, психосоциальная реабилитация, качество жизни и стигматизация. Показана роль первых лет заболевания в формировании долгосрочного прогноза [Маричева М.

А., 2014; Васильченко К. Ф., Дроздовский Ю. В., 2018; Чинарев В. А., Малинина Е. В., 2024; McGorry P. D. et al., 2008; Dixon L. B. et al., 2010].

К установленным факторам неприверженности при шизофрении относят недостаточную критику к заболеванию, выраженность психопатологической симптоматики, нежелательные явления терапии, употребление психоактивных веществ, недостаток семейной поддержки и особенности терапевтического альянса. Разработаны самоотчетные и экспертные шкалы, методы подсчета таблеток и оценки лекарственного обеспечения. Отсутствие единого «золотого стандарта» требует сочетания разных способов измерения [Thompson K. et al., 2000; Cassidy C. M. et al., 2010; Haddad P. M. et al., 2014; Bright C. E., 2017].

В исследованиях когнитивных и метакогнитивных механизмов показаны связи приверженности с инсайтом, исполнительными функциями, памятью и когнитивной гибкостью. Вместе с тем преобладающий количественный подход описывает степень соблюдения рекомендаций, но не полностью раскрывает качественную неоднородность терапевтического поведения [Beck A. T. et al., 2004; Buchy L. et al., 2010; Na E. et al., 2015; Elowe J. et al., 2022].

Недостаточно разработанными остаются клинико-психопатологическая типология приверженности при первом эпизоде шизофрении, ее взаимосвязь со структурой осознания болезни и нейропсихологическими особенностями, а также прогностическое значение этих характеристик. Данные вопросы определили цель и задачи настоящей работы.

Цель исследования: разработать и научно обосновать многокомпонентный персонализированный подход к оценке приверженности терапии у пациентов с шизофренией при первом психотическом эпизоде для оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий.

Задачи исследования:

1. Охарактеризовать специфику исследуемой выборки пациентов с шизофренией при первом психотическом эпизоде и выделить клинические, психопатологические и поведенческие факторы, связанные с формированием приверженности терапии.

2. Разработать клинико-психопатологическую типологию приверженности терапии на основе адаптационной модели терапевтического поведения, отражающей различия в осознании болезни, мотивации к лечению и риске нарушения режима терапии.

3. Верифицировать роль нейропсихологических особенностей пациентов с шизофренией при первом психотическом эпизоде и определить их связь с уровнем осознания болезни, саморегуляцией и приверженностью терапии.

4. Обосновать многоуровневую модель ранней оценки риска нарушения приверженности терапии и определить предикторное значение клинико-психопатологических, нейропсихологических и функциональных показателей.

5. Сформулировать практические подходы к персонализированному лечебно-реабилитационному сопровождению пациентов с различными типами приверженности терапии.

Научная новизна исследования. Впервые в проспективном исследовании пациентов с первым психотическим эпизодом разработана клинико-психопатологическая типология приверженности, объединяющая осознание болезни, отношение к назначениям, психопатологическую симптоматику, субъективную установку на лечение, нейропсихологические характеристики и объективную персистентность фармакотерапии. Ранее описывались отдельные варианты терапевтического поведения и многофакторные модели приверженности при шизофрении [Данилов Д. С., 2014; Митихин В. Г. и др., 2021; Beck E.-M. et al., 2011].

Впервые связь осознания болезни и нейрокогнитивных характеристик рассмотрена в структуре клинико-психопатологических вариантов терапевтического поведения. Установлены их взаимосвязи с памятью, исполнительными функциями, когнитивной гибкостью, импульсивностью и саморегуляцией. Показано, что недостаточность исполнительного контроля ограничивает удержание рекомендаций и выполнение плана лечения.

Типологический анализ позволил разграничить внешне сходные формы терапевтического поведения. Активное обсуждение симптомов и высокая саморефлексия могли сочетаться с неустойчивой лечебной установкой, а частичное признание болезни – с рационализацией отказа от терапии. Клиническая оценка тем самым уточняет смысл количественных показателей приверженности.

Впервые определены пороговые показатели полустационарного этапа, связанные с последующим снижением терапевтической персистентности и приверженности. Обоснована многоуровневая модель ранней оценки риска терапевтической нестабильности до формирования стойкой неприверженности.

Теоретическая и практическая значимость исследования. Проведённое исследование расширяет представления о приверженности терапии при первом психотическом эпизоде как многокомпонентном феномене, формирующемся на пересечении клинико-психопатологических, нейрокогнитивных и поведенческих механизмов. Решена научная задача клинико-психопатологического и нейропсихологического обоснования типологии приверженности терапии при первом психотическом эпизоде.

Использование комплексного клинико-психопатологического, психометрического и нейропсихологического подхода позволило уточнить роль осознания болезни, остаточной симптоматики и регуляторного дефицита в поддержании лечения. Предложенная типология позволяет выделять группы пациентов с различными механизмами нарушения приверженности и потребностью во внешней поддержке.

Разграничение признания симптомов, эмоционального принятия болезни и способности выполнять назначения объясняет несовпадение формального согласия с врачом и устойчивости лечебного поведения. Нейропсихологическая оценка уточняет возможности саморегуляции и потребность во внешней поддержке.

Результаты работы позволяют разрабатывать персонализированные психообразовательные, психотерапевтические, психофармакологические и реабилитационные программы, направленные на повышение приверженности и профилактику повторных обострений. Полученные данные могут использоваться при амбулаторном сопровождении пациентов после первого психотического эпизода и в подготовке врачей-психиатров, клинических психологов и специалистов реабилитационного профиля.

Типология помогает выбирать мишени сопровождения: формирование доверия при анозогнозии, работу с сомнениями при амбивалентности, уменьшение тревожной фиксации при гиперрефлексии. Исполнительный дефицит обосновывает письменный план, напоминания и участие близких; ограничения социального функционирования – помощь в организации повседневной деятельности. Пороговые показатели служат ориентирами объёма сопровождения с учётом клинической картины, переносимости терапии и семейной ситуации.

Методология и методы исследования. В соответствии с целью исследования обследованы 123 пациента с шизофренией, перенёсшие первый психотический эпизод. Пациенты наблюдались в амбулаторном кабинете клиники первого психотического эпизода и амбулаторных филиалах ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» и подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 2024 г., и было одобрено Локальным этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 918 от 02.11.2023).

Работа выполнена в рамках проспективного обсервационного когортного клинико-динамического исследования по единому протоколу, включавшему стационарное, полустационарное и амбулаторное обследование и наблюдение. Наблюдение проводилось в 2023–2025 гг. Применялись клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический, нейропсихологический и статистический методы.

Источниками клинической информации служили интервью, медицинская документация и объективные сведения от родственников. Структурированная диагностическая оценка осуществлялась с помощью Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI). Клинико-психопатологический анализ позволял оценить структуру переживаний, отношение к перенесенному психозу и особенности взаимодействия пациента с системой помощи.

Применялись шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, шкала депрессии Калгари при шизофрении CDSS, шкала когнитивного инсайта Бека BCIS, шкала приверженности

к лечению MARS-10 и шкала личностного и социального функционирования PSP. Интегральный показатель BCIS характеризовал соотношение саморефлексивности и самоуверенности; его оценка дополнялась клиническим анализом осознания болезни.

Наряду с MARS-10 рассчитывался показатель Proportion of Days Covered (PDC) – доля дней анализируемого периода, в течение которых пациент был обеспечен назначенным препаратом. Уровень PDC ≥80% рассматривался как достаточный. Частота посещений, перерывы в наблюдении и лечении оценивались по медицинской документации и данным ЕМИАС. PDC использовался как показатель лекарственного обеспечения, а вывод о терапевтическом поведении основывался на совокупности данных.

Для качественного синдромного анализа высших психических функций применялась батарея Лурии–Небраска. Дополнительно использовались тест на распознавание WOM-REST, Trail Making Test, части A и B (TMT-A и TMT-B), цвето-словесный тест Ступа и шкала импульсивности Барратта BIS-11. Анализировались память узнавания, скорость переработки информации, переключение внимания, когнитивная гибкость, интерференционный контроль и поведенческая саморегуляция.

Критерии включения: диагноз шизофрении (F20.xxx по МКБ-10), первый психотический эпизод; возраст 18–44 года; назначенная поддерживающая антипсихотическая терапия; подписанное информированное добровольное согласие.

Критерии невключения: клинически значимые состояния, обусловленные нарушением мозгового кровообращения, черепно-мозговой травмой или нейроинфекцией; зависимость от психоактивных веществ; беременность или лактация.

Критерий исключения: отказ от участия в исследовании на любом этапе его проведения.

На стационарном этапе пациенты отбирались сплошным методом среди госпитализированных в отделение первого психотического эпизода № 17. При поступлении или в течение первой недели проводились клиническое интервью, сбор анамнеза и психометрическое обследование. На полустационарном этапе, спустя 6 недель после включения, выполнялись повторная клиническая и психометрическая оценка, нейропсихологическое обследование, анализ посещений и регулярности фармакотерапии.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Приверженность терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом является клинически неоднородным феноменом, формирующимся под влиянием взаимосвязанных клинико-психопатологических и поведенческих факторов. Ее особенности определяются не только регулярностью приема антипсихотической терапии, но и характером осознания болезни, отношением пациента к лечению, выраженностью психопатологической симптоматики, уровнем терапевтического сотрудничества и устойчивостью поведения на амбулаторном этапе.

2. Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом включает адаптивный и дезадаптивный типы терапевтического поведения. Адаптивный тип характеризуется сформированным осознанием болезни, принятием необходимости поддерживающего лечения и устойчивой терапевтической персистентностью. Дезадаптивный тип характеризуется недостаточной сформированностью либо искажением осознания болезни, внутренней противоречивостью отношения к лечению, снижением терапевтической персистентности и повышенным риском нарушения режима терапии и отказа от поддерживающего лечения и представлен качественно различными подтипами – гиперрефлексивно-манипулятивным, амбивалентно-рационализирующим и сопротивляющимся-анозогностическим, различающимися структурой осознания болезни, мотивацией к лечению и риском нарушения терапевтического поведения.

3. Нейропсихологические особенности пациентов с первым психотическим эпизодом связаны с уровнем осознания болезни и характером приверженности терапии. Нарушения памяти, исполнительных функций, когнитивной гибкости, программирования и контроля деятельности, а также ослабление поведенческой саморегуляции ограничивают способность пациента понимать значение поддерживающего лечения, удерживать терапевтические рекомендации и последовательно реализовывать их в повседневном поведении.

4. Выделенные типологические варианты приверженности терапии обладают предикторным значением и могут использоваться для лечебно-реабилитационной дифференциации пациентов с первым психотическим эпизодом. Типологическая оценка терапевтического поведения позволяет выделять группы риска снижения приверженности, отказа от терапии и повторной дезадаптации, а также обосновывает необходимость персонализированных психообразовательных, психофармакологических и реабилитационных стратегий, направленных на повышение устойчивости терапевтического сотрудничества и улучшение долгосрочного прогноза заболевания.

Степень достоверности результатов исследования. Достоверность обеспечена объемом выборки (123 пациента), заданными критериями отбора, динамическим наблюдением, сочетанием клинической оценки со стандартизированными инструментами и применением методов статистического анализа, соответствующих типу данных и поставленным задачам.

Основные положения диссертационной работы представлены в виде докладов на конференциях: «Исторические, клинические и правовые аспекты оказания психиатрической помощи» (Москва, 11 июля 2024 г.); «Основные векторы развития психиатрии: фундамент прошлого как основа для достижений современности. К 150-летию со дня рождения П. Б. Ганнушкина» (Москва, 10 июля 2025 г.); Всероссийская конференция молодых учёных, посвящённая памяти академика А. В. Снежневского (Москва, 14 мая 2026 г.); «Старые и новые

проблемы психиатрии: к 150-летию со дня рождения В. А. Гиляровского» (Москва); межотделенческая конференция ФГБНУ РНЦПЗ (10 сентября 2026 г.).

Личный вклад автора. Автором разработаны дизайн и методология исследования, уточнены критерии отбора и выполнен набор пациентов. Автором лично проведены клиническое обследование, сбор анамнестических и катамнестических сведений и психометрическая оценка; автор участвовал в нейропсихологическом обследовании и формировании базы данных. Проведённый автором статистический анализ способствовал обоснованию результатов, формулированию положений, выносимых на защиту, выводов и практических рекомендаций. Результаты оформлены в виде диссертационной работы и публикаций.

Апробация диссертации состоялась 10 сентября 2026 года на межотделенческой конференции ФГБНУ РНЦПЗ.

Внедрение результатов исследования. Результаты проведённого исследования нашли применение при оказании специализированной первичной медико-санитарной помощи в филиалах ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ» «Психоневрологический диспансер № 9», «Психоневрологический диспансер № 7» и клинике первого психотического эпизода ГБУЗ «ПКБ № 4 ДЗМ».

Публикации результатов исследования. Основные результаты исследования изложены в 3 статьях в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК Российской Федерации.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа изложена на 200 страницах текста (основной текст – 165 страниц) и содержит введение, 5 глав, заключение, выводы, практические рекомендации, список литературы из 224 источников (48 отечественных и 176 зарубежных), а также 5 рисунков и 12 таблиц.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено проспективное когортное исследование пациентов с первым эпизодом шизофрении. В исследование включены 123 пациента, средний возраст которых составил 28,47±9,23 года. Разработан и научно обоснован многокомпонентный персонализированный подход к оценке приверженности терапии, включающий клинико-психопатологическую типологию и ранние маркеры риска нарушения терапевтического поведения. Основные характеристики выборки представлены в таблице 1.

Выборка преимущественно представлена пациентами молодого возраста с сохранным образовательным и социально-трудовым потенциалом. Большинство проживали совместно с родственниками или иными лицами, что учитывалось при оценке ресурсов социальной поддержки и условий выполнения назначений.

Таблица 1 – Основные характеристики исследовательской выборки

Показатель	**Значение**
Число пациентов	123
Возраст, M ± SD, лет	28,47 ± 9,23
Возраст, Me [Q1; Q3], лет	27 [19; 39]
Мужчины / женщины, n (%)	54 (43,9) / 69 (56,1)
Высшее / неполное высшее образование, n (%)	61 (49,6) / 39 (31,7)
Работают / обучаются, n (%)	52 (42,3) / 45 (36,6)
Временно не работают, n (%)	26 (21,1)
Совместное проживание, n (%)	89 (72,4)
Длительность стационарного лечения, M ± SD, дни	24,55 ± 8,72
Длительность полустационарного лечения, M ± SD, дни	20,80 ± 7,15

На основании осознания болезни, мотивации к лечению, терапевтического сотрудничества и устойчивости поведения вне структурированной лечебной среды выделены два типа приверженности – адаптивный и дезадаптивный (рисунок 1).

Адаптивный тип выявлен у 29 пациентов (23,6% выборки), дезадаптивный – у 94 (76,4%). Последний включал гиперрефлексивно-манипулятивный (25 пациентов; 20,3% всей выборки), амбивалентно-рационализирующий (36; 29,3%) и сопротивляющийся-анозогностический (33; 26,8%) подтипы. Доли рассчитаны от общего числа включенных пациентов (n=123).

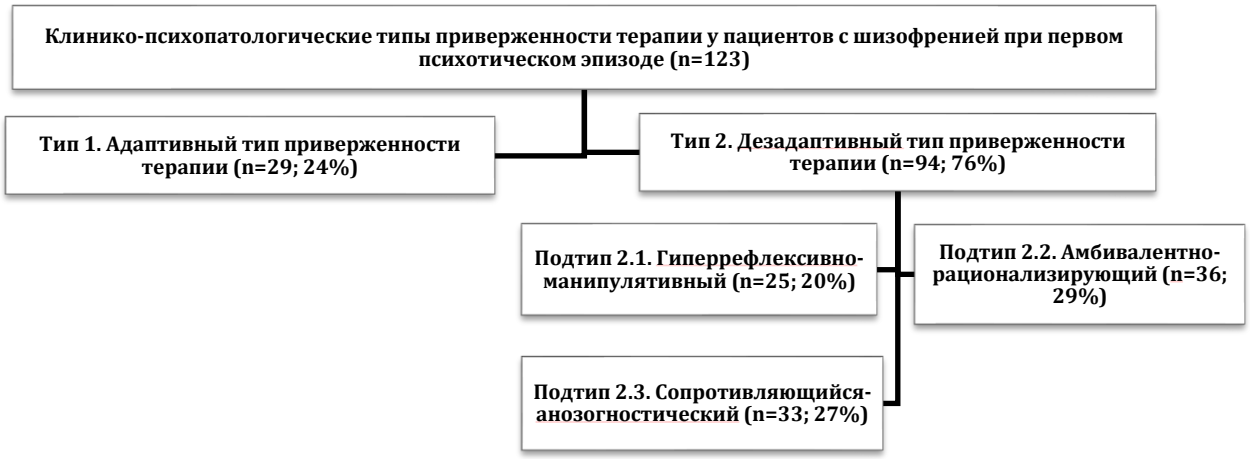


Рисунок 1 – Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с шизофренией при первом психотическом эпизоде

Адаптивный тип (n=29). В остром периоде преобладали аффективно-бредовые расстройства с идеями преследования либо депрессивной фабулой. По мере ослабления психоза пациенты начинали распознавать патологический характер переживаний, соотносить изменения состояния с заболеванием и принимать необходимость поддерживающей терапии. Они учитывали мнение врача и близких, планировали приём препаратов и визиты, воспринимали помощь окружения как поддержку. Полное осознание болезни обычно формировалось между 3-м и 6-м месяцами амбулаторного наблюдения. Критическое отношение к перенесённому психозу сочеталось с переживанием утраты здоровья и собственной изменённости, что могло поддерживать тревогу и депрессивное реагирование.

Устойчивая готовность к лечению сочеталась с регулярным лекарственным обеспечением: оценка отношения к терапии (MARS-10) составила 8,86±0,92 балла в стационаре и 8,97±0,73 к 9-му месяцу; доля дней обеспечения препаратами (PDC) – 91–94% амбулаторно. Способность к рефлексии (BCIS) возросла с 12,41±1,90 до 13,34±1,54 балла, выраженность продуктивных симптомов (PANSS P) уменьшилась с 20,10±4,17 до 8,55±1,72. Сохранялись эмоциональное снижение, сужение аффективного диапазона, недостаток инициативы и межличностных контактов (PANSS N – 23,24±9,09), а также депрессивные расстройства (CDSS – 6,24±2,95 балла). В динамике тревожно-дисфорические проявления сменялись апатико-анергическими, усиливавшими изоляцию и затруднявшими возвращение к прежней активности. Личностное и социальное функционирование улучшилось незначительно: с 60,55±11,88 до 62,45±11,44 балла по PSP; полного восстановления не произошло.

При адаптивном типе более благоприятное отношение к лечению в полустационаре было связано с лучшим последующим социальным функционированием (R^2=0,833; p<0,001).

Выраженность негативных расстройств была связана с меньшей приверженностью (R^2=0,857; p<0,001) и худшим функционированием (R^2=0,955; p<0,001). Сохранная лечебная установка, таким образом, не устраняла потребности в коррекции негативных и аффективных расстройств.

Дезадаптивный тип (n=94). Фрагментарное признание симптомов не переходило в устойчивое принятие диагноза и лечения. Сохраняющаяся продуктивная симптоматика сочеталась с настороженностью, аффективной неустойчивостью и ограниченной готовностью пересматривать собственные убеждения. Снижение активности, автономности и коммуникативной включённости затрудняло реадаптацию. Вне лечебной среды сотрудничество зависело от самочувствия, межличностных влияний и внешнего контроля.

Отношение к лечению ухудшалось (MARS-10: с 5,24±2,82 до 4,65±3,26 балла), доля дней обеспечения препаратами снижалась с 96% до 62%. Продуктивные симптомы на всех этапах были выраженнее, чем при адаптивном типе (p<0,001), способность к рефлексии – ниже (p<0,001). К 9-му месяцу сохранялась психопатологическая симптоматика (PANSS P – 14,27±3,47; суммарная PANSS – 70,90±18,86 балла), сопровождавшаяся ограничениями личностного и социального функционирования (PSP – 55,86±10,52 балла).

При дезадаптивном типе более развитая рефлексия на полустационарном этапе была связана с лучшим отношением к терапии к 9-му месяцу, а выраженная продуктивная симптоматика – с худшим (R^2=0,949; p<0,001). Сохранение продуктивных расстройств также было связано с менее благоприятным социальным функционированием (R^2=0,885; p<0,001). Различия механизмов отношения к болезни определили выделение трёх подтипов.

Гиперрефлексивно-манипулятивный подтип (n=25). Отличался чрезмерным самонаблюдением и тревожной фиксацией на отдельных переживаниях, телесных ощущениях, эмоциональных реакциях и побочных эффектах терапии. Пациенты подробно обсуждали симптомы и назначения, искали подтверждения у врача, но лишь частично принимали болезнь и длительное лечение. Лечебное взаимодействие могло использоваться для снижения тревоги, получения внимания и влияния на близких. Внешняя кооперативность сочеталась с зависимостью от медицинского патронажа. Остаточные продуктивные симптомы поддерживали фиксацию на состоянии; сохранявшиеся негативные и депрессивные расстройства ограничивали восстановление активности.

Усиление рефлексии (BCIS: с 12,92±1,53 до 16,32±1,60 балла) и благоприятной оценки лечения (MARS-10: с 8,36±1,08 до 9,20±0,50) сопровождалось снижением доли дней обеспечения препаратами со 100% в полустационаре до 83% к 9-му месяцу. Декларируемая готовность сотрудничать расходилась с непрерывностью лекарственного обеспечения. Продуктивные симптомы уменьшались (PANSS P: с 23,36±4,11 до 12,28±3,61), но сохранялись функциональные ограничения (PSP – 59,36±10,03 балла).

Амбивалентно-рационализирующий подтип (n=36). Пациенты признавали бессонницу, тревогу, снижение концентрации внимания, эмоциональную лабильность и внутреннюю неустойчивость, но объясняли их стрессом, переутомлением, конфликтами либо соматическими причинами. Психотическая природа состояния принималась лишь частично; отдельные симптомы не складывались в целостное представление о заболевании. Согласие с доводами врача сочеталось с сомнениями в диагнозе и необходимости длительной терапии. При улучшении самочувствия психоз переоценивался как «временный срыв», реакция на стресс либо диагностическая ошибка, а лечение начинало представляться избыточным. Эта позиция формировалась на фоне сохраняющихся продуктивных расстройств. Более слабое депрессивное реагирование, чем при адаптивном типе на отдельных этапах, могло отражать неполную переработку болезненного опыта и не означало благополучного восстановления.

Усиление рефлексии (BCIS: с 3,56±1,81 до 6,14±2,93 балла) сопровождалось ухудшением отношения к лечению (MARS-10: с 6,19±0,52 до 4,47±0,51) и сокращением доли дней обеспечения препаратами со 100% до 74%. Более высокая рефлексивность в полустационаре была связана с худшим последующим отношением к терапии (B=−0,230; 95% ДИ −0,289…−0,171; R^2=0,650; p=2,96×10^{-9}). Это могло отражать использование рефлексии для рационализации отказа от длительного лечения. Уменьшение продуктивных симптомов (PANSS P: с 25,22±2,55 до 13,31±2,99 балла) и улучшение функционирования (PSP: с 52,47±12,30 до 57,14±12,14) не сопровождались устойчивой приверженностью.

Сопротивляющийся-анозогностический подтип (n=33). Наиболее неблагоприятный вариант, при котором стойкое отрицание заболевания сочеталось с выраженными нарушениями мышления, восприятия и поведения. Клиническую картину определяли галлюцинаторно-параноидные и аффективно-бредовые расстройства с систематизированными параноидными идеями. Отмечалась ретроспективная переработка событий в соответствии с бредовыми представлениями; госпитализация могла восприниматься как несправедливое или враждебное вмешательство. Отдельные нарушения не осмыслялись как болезнь, а лечение воспринималось как давление. Сохранялись аутизация, эмоциональное обеднение, нарушение эмпатии, социальная отчуждённость и ригидность мышления. Дистимические и дисфорические включения сочетались с негативистической установкой в отношении наблюдения. Самостоятельная активность оставалась ограниченной; формальное согласие на терапию поддерживалось внешним контролем.

Способность к рефлексии оставалась крайне низкой (BCIS: −0,18±0,81 балла в стационаре и 0,03±1,26 к 9-му месяцу), отношение к лечению – неблагоприятным (MARS-10: 1,85±1,18 и 1,39±1,80 балла). Доля дней обеспечения препаратами снизилась с 90% до 35%, уже в полустационаре составляя 48%. После первоначального уменьшения продуктивные симптомы

вновь усиливались (PANSS P – 16,82±2,16 балла к 9-му месяцу), а личностное и социальное функционирование оставалось сниженным (PSP – 51,82±7,51). По выраженности продуктивных расстройств и ограничениям функционирования подтип отличался от адаптивного на всех этапах ($p<0,001$).

Даже небольшое усиление рефлексии в полустационаре было связано с лучшим последующим отношением к лечению (B=1,530; 95% ДИ 1,200–1,861; $R^2=0,742$; $p=1,24\times10^{-10}$). Более длительное пребывание в полустационаре ассоциировалось с худшей субъективной приверженностью (B=−0,768; $R^2=0,796$; $p=3,11\times10^{-12}$) и рассматривалось как маркер неблагоприятной клинической динамики. Это подчёркивает необходимость раннего распознавания подтипа и профилактики выпадения из наблюдения.

Приверженность образует клинический континуум от внутреннего принятия болезни и лечения до анозогностического отрицания и сопротивления. Промежуточные варианты отражают избыточную, но неустойчивую рефлексию либо фрагментарное признание болезни с рационализацией. Динамика отношения к лечению и регулярности лекарственного обеспечения представлена в таблицах 2 и 3.

Таблица 2 – Динамика отношения к лечению (MARS-10), M ± SD

Этап	**Адаптивный n=29**	**ГРМ n=25**	**АР n=36**	**СА n=33**
Стационар	8,86 ± 0,92	8,36 ± 1,08	6,19 ± 0,52	1,85 ± 1,18
Полустационар	8,86 ± 0,88	8,60 ± 0,50	5,97 ± 0,70	1,82 ± 1,33
1-й месяц	9,0 ± 0,6	9,12 ± 0,44	5,14 ± 0,49	1,45 ± 1,33
3-й месяц	8,59 ± 0,8	8,84 ± 0,62	4,61 ± 0,49	1,52 ± 1,09
6-й месяц	8,9 ± 0,62	9,20 ± 0,41	4,44 ± 0,50	1,18 ± 1,33
9-й месяц	8,97 ± 0,73	9,20 ± 0,50	4,47 ± 0,51	1,39 ± 1,80

Таблица 3 – Доля дней лекарственного обеспечения (PDC), %

Этап	**Адаптивный n=29**	**ГРМ n=25**	**АР n=36**	**СА n=33**
Стационар	100	100	100	90
Полустационар	96	100	91	48
1-й месяц	94	92	86	40
3-й месяц	91	86	79	38
6-й месяц	92	84	75	33
9-й месяц	93	83	74	35

Примечание к таблицам 2 и 3: ГРМ – гиперрефлексивно-манипулятивный; АР – амбивалентно-рационализирующий; СА – сопротивляющийся-анозогностический подтип. Месяцы указаны от начала амбулаторного наблюдения.

Расхождение самоотчёта и лекарственного обеспечения оценивали с учётом осознания болезни, мотивации, внешнего контроля и когнитивных возможностей пациента.

Батарея Лурии–Небраска выявила при дезадаптивном типе негрубые диффузно-регуляторные нарушения: недостаточность программирования, удержания и контроля действий, неустойчивость внимания и трудности фиксации информации. В серийных двигательных пробах отмечались персеверации, потеря последовательности и трудности переключения, в заданиях по инструкции – инертность и ослабление удержания правила.

Мнестические трудности затрагивали организацию заучивания и воспроизведения, устойчивость следов и стратегии запоминания. Регуляторная недостаточность сочеталась с нейродинамическими и мнестико-перцептивными ограничениями. При адаптивном типе ошибки были единичными, возникали при усложнении задания или утомлении и не сопровождались устойчивым распадом программы деятельности.

Из-за малочисленности отдельных подтипов количественный нейропсихологический анализ ограничен сравнением адаптивного и дезадаптивного типов.

Таблица 4 – Нейропсихологические показатели типов приверженности, M ± SD

Показатель	**Этап**	**Адаптивный n=29**	**Дезадаптивный n=94**	**p**
WOM-REST, %	ПСт	86,66 ± 6,80	77,01 ± 9,74	< 0,001
WOM-REST, %	А3	84,86 ± 8,16	68,49 ± 5,64	< 0,001
TMT-A, с	ПСт	40,48 ± 11,28	62,74 ± 14,41	< 0,001
TMT-A, с	А3	46,86 ± 16,60	57,28 ± 14,61	= 0,002
TMT-B, с	ПСт	86,52 ± 20,83	137,32 ± 8,43	< 0,001
TMT-B, с	А3	81,38 ± 17,57	144,48 ± 12,02	< 0,001
Тест Ступа, с	ПСт	87,07 ± 24,21	93,80 ± 32,48	= 0,287
Тест Ступа, с	А3	87,69 ± 21,40	111,47 ± 27,00	< 0,001
BIS-11, баллы	ПСт	61,34 ± 10,82	86,17 ± 12,24	< 0,001
BIS-11, баллы	А3	69,72 ± 9,27	92,21 ± 10,21	< 0,001

Примечание: ПСт – полустационарный этап; А3 – 3-й месяц амбулаторного наблюдения. Межгрупповые сравнения выполнены критерием Манна–Уитни.

В полустационаре пациенты дезадаптивного типа хуже узнавали предъявленный материал (WOM-REST), медленнее перерабатывали информацию и переключались между заданиями (TMT-A, TMT-B), отличались большей импульсивностью (BIS-11; $p<0,001$). Различия контроля интерференции по тесту Ступа исходно отсутствовали ($p=0,287$), но выявлялись к 3-му месяцу ($p<0,001$). Нарушения памяти, гибкости мышления и саморегуляции могли затруднять удержание лечебной цели и выполнение рекомендаций без поддержки.

Связь нейропсихологических характеристик с типом приверженности оценивали бинарной логистической регрессией (0 – адаптивный, 1 – дезадаптивный). В однофакторном анализе худшее узнавание, замедление переработки информации и переключения, повышенная

импульсивность были связаны с дезадаптивным типом; контроль интерференции значимой связи не показал (таблица 5).

Таблица 5 – Однофакторные модели принадлежности к дезадаптивному типу

Показатель	**B**	**OR**	**95% ДИ OR**	**p**	**AUC**
WOM-REST	-0,12	0,887	0,839–0,939	<0,001	0,789
TMT-A	0,138	1,148	1,087–1,212	<0,001	0,885
TMT-B	0,286	1,331	1,112–1,594	0,0019	0,981
Тест Ступа	0,007	1,007	0,993–1,021	0,303	0,566
BIS-11	0,224	1,251	1,143–1,370	<0,001	0,94

В многофакторной модели самостоятельную связь с дезадаптивным типом сохранили трудности переключения и повышенная импульсивность (таблица 6). При увеличении времени TMT-B на единицу отношение шансов (OR) составило 1,148 (95% ДИ 1,065–1,237; p<0,001), при повышении BIS-11 на балл – 1,284 (95% ДИ 1,075–1,533; p=0,0057).

Таблица 6 – Независимые факторы принадлежности к дезадаптивному типу

Показатель	**B**	**OR**	**95% ДИ OR**	**p**
TMT-B	0,138	1,148	1,065–1,237	<0,001
BIS-11	0,250	1,284	1,075–1,533	0,0057

Примечание к таблицам 5 и 6: B – коэффициент логистической регрессии; OR – отношение шансов; ДИ – доверительный интервал; AUC – площадь под ROC-кривой. Зависимая переменная: тип приверженности (0 – адаптивный, 1 – дезадаптивный).

Таким образом, меньшая когнитивная гибкость и повышенная импульсивность были связаны с дезадаптивным терапевтическим поведением независимо от остальных включённых показателей. Клинически сочетание трудностей переключения и недостаточной саморегуляции могло затруднять изменение привычного поведения и последовательное выполнение лечебной программы.

Эти модели характеризуют связь с типом приверженности. Отдельно оценивались ранние признаки последующего сокращения лекарственного обеспечения и ухудшения отношения к лечению к 9-му месяцу.

Прогностический анализ проводился по данным полустационарного этапа. Этот период рассматривался как окно ранней оценки: острая симптоматика частично редуцировалась, пациент становился доступен для углубленного обследования, но устойчивость самостоятельного терапевтического поведения еще формировалась.

К 9-му месяцу оценивали два неблагоприятных исхода: обеспечение препаратами менее 80% дней (PDC <80%) и низкую субъективную приверженность (MARS-10 <6 баллов). Первый отражал перерывы в лекарственном обеспечении, второй – неблагоприятное отношение к

терапии. Эти взаимосвязанные характеристики не тождественны и не позволяют непосредственно подтвердить приём каждой дозы.

Последующие перерывы в лекарственном обеспечении наиболее точно различали ранние показатели рефлексии, обеспечения препаратами и отношения к лечению (таблица 7). Для низкой рефлексии (BCIS ≤7) и обеспечения не более 92% дней площадь под ROC-кривой (AUC) составила 1,000, чувствительность и специфичность – по 100%. Для неблагоприятной лечебной установки (MARS-10 ≤7) AUC равнялась 0,998, чувствительность – 100%, специфичность – 96,3%.

Таблица 7 – Маркеры снижения терапевтической персистентности (PDC <80%)

Маркер	**AUC**	**95% ДИ**	**Порог**	**Чувстви-тельность, %**	**Специ-фичность, %**
BCIS	1,000	1,000–1,000	≤ 7	100,0	100,0
PDC, %	1,000	1,000–1,000	≤ 92	100,0	100,0
MARS-10	0,998	0,991–1,000	≤ 7	100,0	96,3
PSP	0,772	0,691–0,854	≤ 52	60,9	85,2
TMT-B, с	0,769	0,687–0,851	≥ 125	97,1	55,6
Стационар, дни	0,766	0,684–0,849	≥ 27	52,2	90,7
BIS-11	0,742	0,656–0,828	≥ 74	87,0	55,6
PANSS P	0,716	0,627–0,806	≥ 13	94,2	40,7
TMT-A, с	0,712	0,622–0,802	≥ 53	76,8	59,3

Примечание: маркеры зарегистрированы на полустационарном этапе; конечная точка – 9-й месяц амбулаторного наблюдения. Для всех приведенных маркеров p<0,001. Порог длительности стационарного этапа указан в днях.

Снижение функционирования, трудности переключения, импульсивность, продуктивные симптомы, замедление переработки информации и длительность госпитализации различали исходы менее точно. При замедлении переключения (TMT-B ≥125 с) чувствительность составила 97,1%, специфичность – 55,6% (AUC=0,769); при повышенной импульсивности (BIS-11 ≥74 баллов) – 87,0% и 55,6% (AUC=0,742). Эти признаки дополняли оценку лечебной установки характеристиками саморегуляции.

Выраженные ограничения личностного и социального функционирования (PSP ≤52 баллов) были связаны с последующим сокращением лекарственного обеспечения (AUC=0,772). Госпитализация не менее 27 дней имела специфичность 90,7% и чувствительность 52,2% (AUC=0,766). Её длительность рассматривалась как маркер тяжести состояния и темпа восстановления, без вывода о причинной связи с неприверженностью.

Таблица 8 – Маркеры неблагоприятного отношения к лечению (MARS-10 <6 баллов)

Маркер	**AUC**	**95% ДИ**	**Порог**	**Чувстви-тельность, %**	**Специ-фичность, %**
BCIS	0,993	0,979–1,000	≤ 7	100,0	98,2
PDC, %	0,990	0,973–1,000	≤ 92	100,0	98,2
MARS-10	0,990	0,972–1,000	≤ 7	100,0	94,5
PSP	0,781	0,701–0,861	≤ 52	61,8	85,5
Стационар, дни	0,776	0,695–0,857	≥ 27	52,9	90,9
TMT-B, с	0,776	0,695–0,857	≥ 125	98,5	56,4
BIS-11	0,752	0,667–0,837	≥ 74	88,2	56,4
PANSS P	0,726	0,638–0,814	≥ 13	95,6	41,8
TMT-A, с	0,725	0,636–0,813	≥ 53	77,9	60,0

Примечание: сроки оценки и уровень значимости – как в таблице 7.

Низкую субъективную приверженность (MARS-10 <6 баллов) точнее всего различали ранняя рефлексия (AUC=0,993), лекарственное обеспечение (0,990) и отношение к лечению (0,990). При низкой рефлексии (BCIS ≤7) чувствительность составила 100%, специфичность – 98,2%. Для трудностей переключения (TMT-B ≥125 с) они равнялись 98,5% и 56,4% (AUC=0,776), для повышенной импульсивности (BIS-11 ≥74 баллов) – 88,2% и 56,4% (AUC=0,752).

Совпадение ведущих маркеров связывает раннюю способность к рефлексии, отношение к терапии и лекарственное обеспечение с последующим поведением. Однако эти характеристики содержательно взаимосвязаны: высокая точность различения исходов не доказывает независимый вклад каждой и не подтверждает универсальность прогностической модели.

Полученные пороги и значения точности характеризуют исследованную выборку. Они обосновывают раннее выделение пациентов, нуждающихся в поддержке, и задают направления дальнейшей проверки модели на независимом материале.

В результате сопоставления клинико-психопатологических, нейропсихологических и функциональных данных предложен многоуровневый подход к ранней оценке риска снижения приверженности (рисунок 2).

Первый уровень включает способность к рефлексии, отношение к лечению и регулярность лекарственного обеспечения. Низкие оценки рефлексии (BCIS ≤7 баллов) и лечебной установки (MARS-10 ≤7 баллов), обеспечение препаратами не более 92% дней в полустационаре наиболее точно различали благоприятную и неблагоприятную последующую динамику.

Второй уровень отражает способность переключаться между задачами и контролировать импульсивные побуждения. Замедленное переключение (TMT-B ≥125 с) и повышенная импульсивность (BIS-11 ≥74 баллов) указывали на трудности саморегуляции. Они могли ограничивать выполнение лечебной программы даже при внешнем согласии с врачом.

Третий уровень включает личностное и социальное функционирование, выраженность продуктивных симптомов и длительность госпитализации. Эти параметры отражают тяжесть состояния, возможности повседневной деятельности и темп раннего восстановления, уточняя потребность в сопровождении.

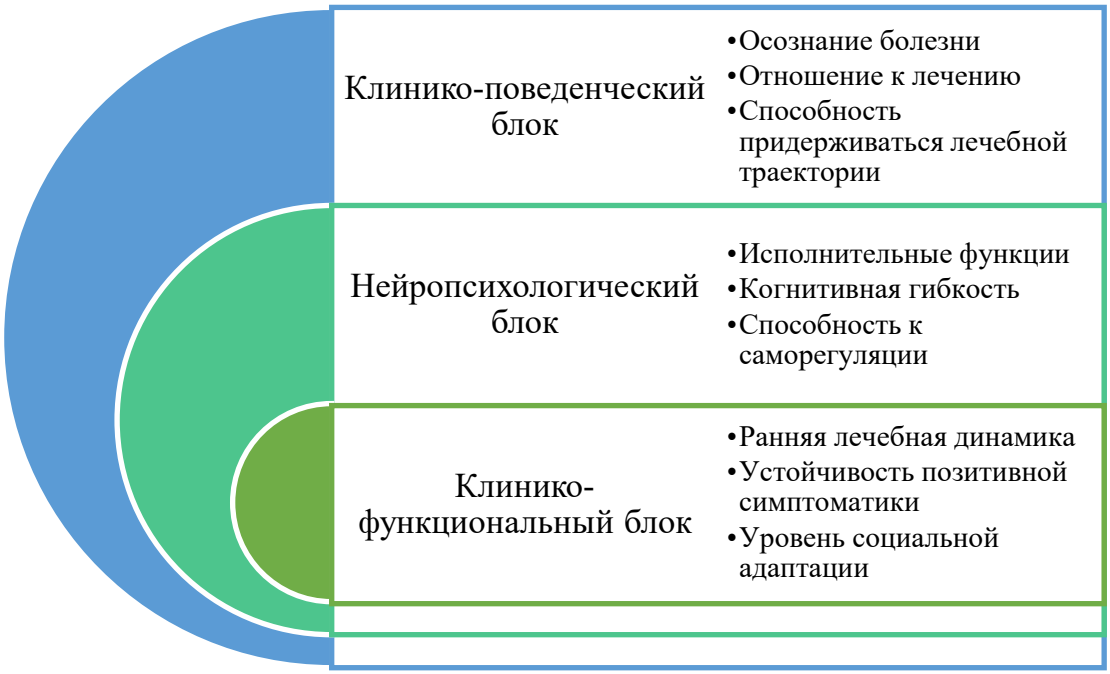


Рисунок 2 – Модель ранней стратификации риска снижения приверженности терапии

При устойчивом принятии лечения и сохранной саморегуляции поддерживают сформированные навыки и регулярно оценивают приверженность. При когнитивных или функциональных затруднениях необходимы наблюдение и структурирующая помощь. Сочетание слабой рефлексии, неблагоприятного отношения к лечению, трудностей переключения, импульсивности, ограничений функционирования и остаточных продуктивных симптомов требует наиболее внимательного сопровождения.

Предлагаемый подход является ориентировочной клинической моделью. Его содержание состоит в интеграции нескольких уровней оценки, а не в механическом суммировании пороговых значений. Клинико-психопатологический подтип определяет направленность работы, а нейропсихологические и функциональные характеристики помогают выбрать объем внешней поддержки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты проведённого исследования позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Приверженность терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом является клинически неоднородным феноменом, формирующимся под влиянием взаимосвязанных клинико-психопатологических, нейропсихологических и поведенческих факторов. Особенности приверженности определяются не только регулярностью приема антипсихотической терапии, но и характером осознания болезни, отношением пациента к лечению, выраженностью психопатологической симптоматики, уровнем терапевтического сотрудничества и устойчивостью поведения на амбулаторном этапе.

2. На основании комплексного клинико-психопатологического, психометрического и поведенческого анализа разработана типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом, включающая адаптивный и дезадаптивный типы терапевтического поведения.

2.1. Адаптивный тип выявлен у 24% пациентов и характеризуется сформированным осознанием болезни, принятием необходимости поддерживающего лечения, устойчивой терапевтической персистентностью и высоким уровнем приверженности по субъективным и объективным показателям.

2.2. Дезадаптивный тип установлен у 76% пациентов и представлен тремя клинико-психопатологическими подтипами.

2.2.1. Гиперрефлексивно-манипулятивный подтип (20%) характеризуется чрезмерной фиксацией на болезненных переживаниях и процессе лечения, высоким уровнем саморефлексии, выраженной потребностью в медицинском патронаже и внешне сохранной приверженностью при внутренней нестабильности терапевтической позиции, при наличии расхождения между демонстрируемым сотрудничеством и сохраняющейся зависимостью от внешнего контроля.

2.2.2. Амбивалентно-рационализирующий подтип (29%) характеризуется частичным и фрагментарным осознанием болезни, рационализацией необходимости лечения, снижением внутреннего принятия диагноза и постепенным ослаблением приверженности на амбулаторном этапе, что проявляется снижением показателей приверженности и терапевтической персистентности, увеличением частоты пропусков визитов и формированием риска прекращения поддерживающей терапии.

2.2.3. Сопротивляющийся-анозогностический подтип (27%) характеризуется выраженным отрицанием болезни, отсутствием внутреннего принятия необходимости лечения, крайне низкой субъективной приверженностью, снижением терапевтической персистентности, максимальным риском отказа от амбулаторного наблюдения. Этот подтип наиболее

неблагоприятен по прогнозу терапевтического сотрудничества и требует раннего выявления уже на этапах стационарного и полустационарного лечения.

3. Нейропсихологические особенности пациентов с первым психотическим эпизодом значимо связаны с уровнем осознания болезни и характером приверженности терапии. Адаптивный тип характеризуется относительной сохранностью памяти, темпа переработки информации, когнитивной гибкости, исполнительного и интерференционного контроля, а также меньшей выраженностью импульсивности. Эти особенности связаны со способностью понимать и удерживать лечебные рекомендации, включать лечение в повседневную организацию поведения и сохранять устойчивую терапевтическую персистентность. При дезадаптивном типе выявляются мнестико-перцептивный дефицит, нейродинамическое замедление, недостаточность когнитивной гибкости и исполнительного контроля, ослабление поведенческой саморегуляции и повышенная импульсивность, что ограничивает способность пациента понимать значение поддерживающей терапии, удерживать лечебные рекомендации и последовательно реализовывать их в повседневном поведении.

4. Прогностическое значение в отношении последующего снижения терапевтической персистентности имеют показатели, оцениваемые на полустационарном этапе: когнитивный инсайт по BCIS ≤ 7 баллов, доля дней, обеспеченных препаратом (PDC) $\leq 92\%$, приверженность по MARS-10 ≤ 7 баллов, время выполнения TMT-B ≥ 125 секунд, импульсивность по BIS-11 ≥ 74 баллов, социальное функционирование по PSP ≤ 52 баллов, выраженность позитивной симптоматики по PANSS ≥ 13 баллов и длительность стационарного этапа ≥ 27 дней. Эти маркеры отражают когнитивные, поведенческие и клинико-функциональные предпосылки терапевтической нестабильности. Их совокупная оценка позволяет выделять группы риска отказа от терапии и повторной дезадаптации и обосновывает необходимость персонализированных лечебно-реабилитационных стратегий.

5. Персонализированное ведение пациентов с первым психотическим эпизодом должно основываться на типе приверженности терапии и выявленных клинико-психопатологических, нейропсихологических и функциональных маркерах риска.

5.1. При адаптивном типе следует поддерживать сформированное осознание болезни, принятие необходимости лечения и профилактическую установку, сочетая психообразование и динамическое наблюдение с коррекцией негативных и депрессивных расстройств, поддержкой социального функционирования и учебной или трудовой активности.

5.2. При дезадаптивном типе необходимы усиленное наблюдение, регулярная оценка и объективный контроль приверженности, упрощение схемы лечения, письменные планы, напоминания и при необходимости участие родственников. Тактику дифференцируют по подтипу.

5.2.1. При гиперрефлексивно-манипулятивном подтипе следует формировать устойчивую внутреннюю терапевтическую позицию, уменьшать фиксацию на симптомах и лечении, разграничивать проявления болезни, побочные эффекты и тревожные интерпретации, снижая зависимость от внешнего контроля.

5.2.2. При амбивалентно-рационализирующем подтипе показаны мотивационные беседы, обсуждение необходимости и длительности поддерживающего лечения, работа с сомнениями в диагнозе и риске рецидива, контроль посещений и пропусков приема препаратов.

5.2.3. При сопротивляющемся-анозогностическом подтипе необходимы интенсивное наблюдение, формирование терапевтического альянса, раннее подключение семьи, объективный контроль лечения, профилактика выпадения из наблюдения и применение пролонгированных антипсихотиков по клиническим показаниям.

Практические рекомендации

1. Оценку приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом следует проводить комплексно, не ограничиваясь фактом приема или пропуска антипсихотической терапии. В клиническую оценку целесообразно включать анализ осознания болезни, отношения пациента к лечению, устойчивости терапевтического сотрудничества, выраженности продуктивной и негативной симптоматики, социального функционирования и поведения пациента на амбулаторном этапе.

2. Уже на стационарном и полустационарном этапах лечения рекомендуется выделять тип приверженности терапии: адаптивный или дезадаптивный. Адаптивный тип следует рассматривать как относительно благоприятный вариант терапевтического поведения, требующий поддержания сформированной установки на лечение. Дезадаптивный тип необходимо расценивать как группу повышенного риска снижения приверженности, отказа от терапии и повторной дезадаптации.

3. При дезадаптивном типе приверженности терапевтическая тактика должна быть дифференцированной в зависимости от подтипа.

При гиперрефлексивно-манипулятивном подтипе основное внимание следует уделять формированию устойчивой, а не только внешне демонстрируемой терапевтической позиции. Рекомендуются структурированная психообразовательная работа, четкое разграничение симптомов, побочных эффектов и тревожных интерпретаций, а также постепенное снижение зависимости пациента от внешнего контроля.

При амбивалентно-рационализирующем подтипе целесообразны мотивационные беседы, повторное обсуждение необходимости поддерживающего лечения, работа с сомнениями в

диагнозе и длительности терапии, регулярный контроль посещений и пропусков приема препаратов.

При сопротивляющемся-анозогностическом подтипе необходимы наиболее интенсивное наблюдение, раннее подключение семьи, объективный контроль приема терапии, профилактика выпадения из амбулаторного наблюдения и рассмотрение пролонгированных форм антипсихотиков при наличии клинических показаний.

4. В амбулаторном наблюдении пациентов с первым психотическим эпизодом следует использовать ранние маркеры риска снижения приверженности. На полустационарном этапе наиболее информативны снижение когнитивного инсайта (BCIS ≤ 7 баллов), уменьшение доли дней, обеспеченных препаратом (PDC ≤ 92%), и менее благоприятное отношение к лечению (MARS-10 ≤ 7 баллов). Дополнительно следует учитывать показатели TMT-B, BIS-11, PSP, выраженность позитивной симптоматики по PANSS и длительность стационарного этапа, поскольку они отражают когнитивные, поведенческие и клинико-функциональные предпосылки терапевтической нестабильности.

5. Нейропсихологическое обследование целесообразно включать в программу ранней лечебно-реабилитационной оценки. Особое внимание следует уделять памяти, исполнительным функциям, когнитивной гибкости, программированию и контролю деятельности, а также импульсивности. Нарушения этих функций ограничивают способность пациента понимать значение поддерживающей терапии, удерживать рекомендации и последовательно реализовывать их в повседневном поведении.

6. Пациентам с признаками нарушений исполнительного контроля и поведенческой саморегуляции рекомендуется назначать дополнительные компенсаторные вмешательства. К ним относятся письменные индивидуальные планы лечения, упрощение схемы приема препаратов, напоминания о визитах и приеме лекарств, использование календарей, дневников самонаблюдения, участие родственников в контроле режима терапии и регулярная проверка понимания пациентом лечебных рекомендаций.

7. Психообразовательную работу следует выстраивать с учетом типа и подтипа приверженности. У пациентов адаптивного типа она должна поддерживать сформированное понимание болезни и укреплять профилактическую установку. У пациентов гиперрефлексивно-манипулятивного подтипа – снижать чрезмерную фиксацию на симптомах и формировать самостоятельность. У амбивалентно-рационализирующего подтипа – преодолевать сомнения, рационализации и недооценку риска рецидива. У сопротивляющегося-анозогностического подтипа – быть направленной на постепенное формирование минимального терапевтического альянса и снижение сопротивления наблюдению.

8. При выписке из стационара или дневного стационара необходимо формировать индивидуальный план профилактики терапевтического срыва. В него целесообразно включать сроки контрольных визитов, признаки раннего ухудшения, действия при пропуске приема препарата, контакты врача или амбулаторной службы, роль родственников и критерии необходимости внепланового обращения за помощью.

9. В реабилитационной работе следует учитывать, что приверженность терапии является не только фармакологическим, но и адаптационным феноменом. Поэтому повышение приверженности должно сочетаться с восстановлением социального функционирования, поддержкой учебной или трудовой активности, снижением самостигматизации, развитием навыков саморегуляции и укреплением сотрудничества пациента с системой психиатрической помощи.

Перспективы дальнейшей разработки темы. Продолжить проверку типологии и прогностических порогов в независимых когортах с более длительным наблюдением; оценить эффективность типоспецифических психообразовательных и организационных вмешательств.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК:

1. Черапкин, Е. С. Клинико-психопатологические и нейропсихологические особенности приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом / Черапкин Е. С., Кабанова И. А. // Вестник Медицинского стоматологического института. - 2026. - № 2 (77). - С. 19-27.

2. Черапкин, Е. С. Ранние прогностические маркеры снижения приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом / Черапкин Е. С. // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. - 2026. - Т. 19, № 6 (197). - С. 948-959. - DOI 10.33920/med-01-2606-14.

3. Черапкин, Е. С. Клинико-психопатологическая типология приверженности терапии у пациентов с первым психотическим эпизодом / Черапкин Е. С., Голубев С. А., Каледа В. Г. // Психиатрия. - 2026. - Т. 24, № 3. - С. 6-19. - DOI 10.30629/2618-6667-2026-24-3-6-19.