



оригинальная статья

<https://elibrary.ru/neqlee>

Сравнительный анализ клинико-психологических характеристик пациентов первого психотического эпизода с преобладанием дефицитарности в когнитивной и эмоционально-волевой сферах

Щетинина Евгения Владимировна

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева
Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, Москва
<https://orcid.org/0009-0007-5060-8881>
evvladi@list.ru

Чернов Никита Владимирович

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева
Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, Москва
eLibrary Author SPIN: 9649-8443
Scopus Author ID: 57217293125

Щелкова Ольга Юрьевна

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия,
Санкт-Петербург
<https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>
Scopus Author ID: 6506644008

Костюк Георгий Петрович

Психиатрическая клиническая больница № 1 им. Н. А. Алексеева
Департамента здравоохранения г. Москвы, Россия, Москва
<https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>
Scopus Author ID: 57200081884

Аннотация: Представлен сравнительный анализ клинических, социально-демографических, психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик пациентов, перенесших первый психотический эпизод, с преобладанием дефицитарности в когнитивной и эмоционально-личностной сферах. Материал исследования составили данные 139 больных первого психотического эпизода: 60 мужчин и 79 женщин. На основе экспертной (клинической) оценки были выделены и сопоставлены: группа 1 – с преобладанием негативной симптоматики в когнитивной сфере (29 человек); группа 2 – с преобладанием негативной симптоматики в эмоционально-волевой сфере (46 человек); группа 3 – без выраженной дефицитарности (64 человека). Методы исследования: клинико-психологическое интервью, патопсихологические нестандартизованные методы изучения познавательной деятельности, психометрические методы «Опросник депрессивности Бэка», опросники «Способы совладающего поведения», Мини-Мульт, «Шкала оценки риска суицида». Обработка данных проведена с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel.2010. В результате между тремя группами испытуемых выявлены высоко статистически значимые различия по клиническим характеристикам: диагноз, наличие критики к своему состоянию и преемственность психиатрической помощи; по психосоциальным характеристикам: трудности адаптации в социуме; по аспектам познавательной деятельности: ассоциативные процессы, мотивационный компонент мышления; по эмоционально-личностной и поведенческой сферам: уровень суицидального риска. Помимо прочего между группами выявлены специфические отличия психометрических показателей методик Мини-Мульт и способов совладающего поведения от тестовой нормы. Отмечено, что выявление специфических клинико-психологических особенностей пациентов, перенесших первый психотический эпизод, и сопоставление этих данных с характером негативной остаточной симптоматики позволят сформировать корректную психореабилитационную программу с целью ранней профилактики нарастания дефицитарной симптоматики и снижения уровня социального функционирования.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, шизофрения, негативная симптоматика, нейрокогнитивный дефицит, эмоционально-волевая сфера, психореабилитация

Цитирование: Щетинина Е. В., Щелкова О. Ю., Чернов Н. В., Костюк Г. П. Сравнительный анализ клинико-психологических характеристик пациентов первого психотического эпизода с преобладанием дефицитарности в когнитивной и эмоционально-волевой сферах. *СибСкрипт*. 2024. Т. 26. № 2. С. 210–222. <https://doi.org/10.21603/sibscript-2024-26-2-210-222>

Поступила в редакцию 31.01.2024. Принята после рецензирования 01.03.2024. Принята в печать 04.03.2024.

full article

Clinical and Psychological Characteristics of Patients after First-Episode Psychosis with Cognitive, Emotional, and Volitional Deficiencies: Comparative Analysis

Evgeniya V. Shchetinina

N. A. Alexeev Psychiatric Hospital No. 1, Moscow Healthcare
Department, Russia, Moscow
<https://orcid.org/0009-0007-5060-8881>
evvladi@list.ru

Olga Yu. Shchelkova

St. Petersburg State University, Russia, St. Petersburg
<https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>
Scopus Author ID: 6506644008

Nikita V. Chernov

N. A. Alexeev Psychiatric Hospital No. 1, Moscow Healthcare
Department, Russia, Moscow
eLibrary Author SPIN: 9649-8443
Scopus Author ID: 57217293125

Georgiy P. Kostyuk

N. A. Alexeev Psychiatric Hospital No. 1, Moscow Healthcare
Department, Russia, Moscow
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3073-6305>
Scopus Author ID: 57200081884

Abstract: This research featured 139 patients (60 men, 79 women) after the first-episode psychosis. All patients demonstrated cognitive and/or emotional deficiency. The research objective was to compare clinical, socio-demographic, psychosocial, and individual characteristics. The expert clinical assessment revealed three groups. Group I included 29 patients with negative symptoms in the cognitive sphere; group II consisted of 46 people with negative symptoms in the emotional and volitional sphere; group III included 64 people with no pronounced deficiencies. The authors employed the method of clinical psychological interview and various pathopsychological non-standard methods to study the cognitive activity of the patients. The list of psychometric methods included the Beck's Depression Inventory, a coping behavior questionnaire, a short version of Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), and the Suicide Risk Assessment Scale. The data obtained were processed using SPSS v. 25.0 and Excel 2010. The three groups demonstrated the following statistically significant differences: diagnosis, critical attitude to one's own condition, and continuity of psychiatric care (clinical characteristics); social adaptation problems (psychosocial characteristics); association and motivation (cognitive activity); suicidal risk (emotions, personality, and behavior). The MMPI and the coping behavior test also showed differences from the test norm, as well as between the groups. A comparative analysis of clinical and psychological characteristics in patients after the first-episode psychosis makes it possible to develop a correct psychorehabilitation program, prevent deficit symptoms, and improve social functioning.

Keywords: first-episode psychosis, schizophrenia, negative symptoms, neurocognitive deficit, emotional-volitional sphere, psychorehabilitation

Citation: Shchetinina E. V., Shchelkova O. Yu., Chernov N. V., Kostyuk G. P. Clinical and Psychological Characteristics of Patients after First-Episode Psychosis with Cognitive, Emotional, and Volitional Deficiencies: Comparative Analysis. *SibScript*, 2024, 26(2): 210–222. (In Russ.) <https://doi.org/10.21603/sibscript-2024-26-2-210-222>

Received 31 Jan 2023. Accepted after peer review 1 Mar 2024. Accepted for publication 4 Mar 2024.

Введение

В последние годы предметом научных исследований становится определение ранних признаков психических расстройств еще на продромальном этапе, доманифестном периоде [Шмуклер 2020; Malla et al. 2005]. Первый психотический эпизод – это впервые возникшее тяжелое психотическое расстройство с нарушением целостности и единства психических функций, неадекватным поведением

и наличием трех основных групп симптомов: позитивных, негативных и нейрокогнитивных. Поэтому особый интерес и возможности для психофармакологического и психотерапевтического воздействия представляют пациенты с первым психотическим эпизодом как еще имеющие наибольший и многообразный потенциал для последующих изменений: достижения продолжительной

ремиссии, сохранения достойного качества жизни и социального функционирования [Гурович и др. 2003: 3; Сторожакова, Холодова 2000: 74; Шашкова, Гажа 2020: 80]. Во многих исследованиях прослеживается отчетливая связь между длительным периодом нелеченного психоза и низкой эффективностью последующего лечения [Незнанов и др. 2018; Петрова, Павлова-Воинкова 2018; Тарантова и др. 2022]. Раннее выявление и лечение первого психотического состояния приводят к минимизации психосоциального стресса и негативного влияния болезни, способствуют более благоприятному течению и социальному восстановлению пациентов [Антохин и др. 2008; Воловик 1981].

В отечественной литературе существует ряд подходов к классификации шизофренических дефектов. Например, выделяют психопатоподобный, псевдоорганический, дефект по типу фершробен и простого дефицита [Мосолов, Ялтонская 2020; Смулевич и др. 2018]. В работе А. Б. Смулевича с соавторами представлена следующая классификация дефектов: псевдопсихопатический, псевдоорганический и психопатоподобный по типу новой жизни. Согласно авторам, клиническая картина при том или ином шизофреническом дефекте проявляется не в чистом виде, а напрямую связана с усугубляющимися личностными чертами, образуя общие синдромы, а сам шизофренический дефект рассматривается как модель дихотомии с преобладанием либо волевой (апатоабулической), либо эмоциональной дефицитарности [Смулевич и др. 2018].

По данным некоторых авторов, нейрокогнитивный дефицит нередко присутствует уже во время продромальных фаз болезни, наиболее прогрессирует в первые пять лет болезни, не имеет связи с длительностью нелеченного психоза и во многом определяет качество жизни, уровень социального функционирования и исход болезни [Карякина 2022; Пеккер и др. 2022; Петрова, Цыренова 2023]. Иными словами, выраженные когнитивные нарушения, имеющиеся уже в доманифестном периоде, указывают на большую злокачественность процесса. Нейрокогнитивный дефицит напрямую связан с нарушением критики пациента к своему состоянию, что в свою очередь влияет и на приверженность лечению, а это вводит пациента в своего рода замкнутый порочный круг: усугубляет его симптоматику, провоцирует рецидивы, способствует хронификации заболевания и неблагоприятному прогнозу.

Другим вариантом шизофренического дефекта является дефицитарность со стороны эмоционально-волевой сферы, так называемый апатоабулический синдром. В данном случае у больных наблюдаются выраженные нарушения волевого компонента – безволие, безынициативность, эмоциональная выхоленность, пассивность, редукция энергетического потенциала. По данным клиницистов, преобладание эмоционально-волевых нарушений в клинической картине больного нередко оказывается более губительным, нежели наличие нейрокогнитивного дефекта. Такие больные могут сохранять формальную критику к своему состоянию, страдать от постпсихотических депрессий, предъявлять стереотипные жалобы и не иметь влияния на собственную жизнь. В научной литературе существуют различные, не противоречащие друг другу классификации эмоционально-волевых дефектов при шизофрении. Например, помимо апатоабулического дефекта отдельно выделяются: астенический дефект, психопатоподобный, аутистический, диссоциативный, неврозоподобный и т. д. [Шетинина 2023].

Подобные классификации имеют не только научное, но и важное практическое значение, т. к. формирование того или иного дефицита детерминирует характерные мотивы для нарушения приема терапии, что повышает риск повторного психоза, повторной госпитализации и инвалидизации больного [Дмитриева и др. 2014; Corrigan et al. 1990]. Так, преобладание когнитивного дефицита в картине болезни зачастую предполагает нарушение критики к своему состоянию и поведению больных, отрицание своего заболевания и, как следствие, отказ от приема терапии; снижение памяти, внимания может повлечь за собой нарушение приема лекарственных препаратов. Другая группа пациентов, с преобладанием дефицитарности со стороны эмоционально-волевой сферы, может испытывать трудности с аккуратным приемом терапии в силу тяжелой апатии, абулии, редукции энергетического потенциала.

Анализ литературы показывает, что при наличии значительного количества фундаментальных и прикладных работ в обсуждаемой области, выполненных психиатрами, практически отсутствуют работы клинических психологов, выявляющие тонкие психологические различия у пациентов с небольшим стажем психотического заболевания с намечающимся преобладанием дефицитарности в той или иной сфере психической деятельности.

Это побудило авторов к разработке программы и дизайна психологического исследования, рассматривающего в комплексе клинические, психосоциальные и индивидуально-психологические характеристики пациентов первого психотического эпизода, в которых могли бы отразиться намечающиеся признаки дефицита. Для сравнения были изучены пациенты с преобладанием дефицитарности в эмоционально-волевой и когнитивной сферах, выявленным экспертным (клиническим) путем врачом-психиатром и клиническим психологом. Полученные данные, на наш взгляд, могут служить основанием для разработки индивидуализированных (с учетом характера намечающегося дефекта) программ психосоциальной реабилитации и вторичной профилактики для пациентов, перенесших первый психотический эпизод.

Целью исследования стал сравнительный анализ клинических, социально-демографических, психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик пациентов, перенесших первый психотический эпизод, с преобладанием дефицитарности в когнитивной и эмоционально-личностной сферах.

Методы и материалы

Исследование проведено на базе Психиатрической клинической больницы № 1 имени Н. А. Алексеева Департамента здравоохранения г. Москвы. Всего исследовано 139 пациентов, соответствующих критериям первого психотического эпизода, среди них 60 (43,2 %) мужчин и 79 (56,8%) женщин; средний возраст – 25,88 + 0,53 лет. В исследование были включены пациенты первого психотического эпизода нозологии F20-29 и давностью заболевания до 5 лет; критериями исключения были: актуальное острое психотическое состояние; интеллектуальное снижение; неспособность контролировать поведение; любые органические психозы (в том числе инволюционные, интоксикационные).

На основе экспертной (клинической) оценки были выделены группы сравнения: группа 1 – с преобладанием негативной симптоматики в когнитивной сфере (29 человек); группа 2 – с преобладанием негативной симптоматики в эмоционально-волевой сфере (46 человек); группа 3 – без выраженной дефицитарности (64 человека).

В сравнительном аспекте проанализированы следующие социально-демографические и психосоциальные характеристики пациентов трех групп, полученные с помощью авторского структурированного интервью: пол, возраст, образовательный

и трудовой статус, семейное положение, характер проживания, финансовое обеспечение, социальная активность и увлечения, трудности социальной адаптации (включая своеобразие внешнего вида) и межличностного взаимодействия.

Анализировались следующие клинические характеристики, полученные из медицинской документации: клинический диагноз, количество психотических эпизодов в анамнезе и количество госпитализаций в психиатрический стационар, виды лечения, зависимость от алкоголя и прочих психоактивных веществ, критика к болезни, наличие суицидального риска, наследственная отягощенность, коморбидная соматическая патология и наличие черепно-мозговых травм в анамнезе.

Среди индивидуально-психологических характеристик анализировались особенности познавательной деятельности (активного внимания, различных видов памяти и вербально-логического мышления), эмоциональный фон, личностные характеристики и ведущие копинг-стратегии, а также суицидальный риск. Для этого использовался психодиагностический комплекс, включавший:

1) методы патофизиологической диагностики когнитивных функций: «Отсчитывание от 100 по 7», «Таблицы Шульце», проба «10 слов», «Пиктограммы», «Исключение предметов», «Сравнение понятий», «Классификация предметов» [Рубинштейн 2010: 54, 62, 99, 117, 152];

2) методы исследования эмоционально-личностной и поведенческих сфер: «Опросник депрессивности Бэка» (Beck Depression Inventory, BDI) [Тарабрина 2001: 159; Beck et al. 1961], опросник «Способы совладающего поведения» (Ways of Coping Questionnaire, WCQ) Р. Лазаруса в адаптации Л. И. Вассермана с соавторами [Вассерман и др. 2010: 112], Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult) [Зайцев 1981], «Шкала оценки риска суицида» [Чистопольская и др. 2013].

Обработка полученных эмпирических данных осуществлялась с помощью программ SPSS v. 25.0 и Excel.2010. Используются χ^2 Пирсона для сравнения социально-демографических, клинических и частотных психологических показателей пациентов, разделенных на группы по характеру дефекта, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для сравнения количественных показателей, апостериорный метод парных сравнений по Шеффе и одновыборочный Т-критерий для сравнения психодиагностических показателей пациентов с нормативными данными.

Результаты

Среди изученных *клинических характеристик* выявлены статистически значимые различия по параметрам *клинический диагноз, количество перенесенных психотических эпизодов и критика к болезни* (табл. 1).

Как можно было ожидать, наименьший процент лиц, имеющих диагноз *шизофрения* и наименьший процент перенесенных психотических эпизодов, встретился в группе 3. В этой же группе выявлен наибольший процент пациентов, имеющих полную критику к болезни, в то время как в группе 1 такие пациенты полностью отсутствовали, а в группе 2 полная критика к болезни встретилась лишь у 1 человека. Важно и то, что в группе 1 почти у $\frac{3}{4}$ пациентов полностью отсутствовала критика к болезни; в группе 2 этот показатель (отсутствие критики) встретился менее, чем у половины пациентов, и различия между группами

высоко статистически значимы. Также выявлены статистически значимые различия по параметру *преемственность психиатрической помощи*: испытуемые без выраженной дефицитарности (группа 3) имеют самую высокую степень преемственности психиатрической помощи и положительно воспринимают факт госпитализации в стационар, а при сравнении между собой групп 1 и 2 большая преемственность отмечается среди пациентов с дефицитарностью в эмоционально-волевой сфере (группа 2), однако обе группы с выраженным дефицитом чаще выражают негативное отношение к прохождению психиатрического лечения.

В ходе сравнительного анализа *социально-демографических характеристик* было установлено, что во всей группе исследованных пациентов

Табл. 1. Клинические характеристики

Tab. 1. Clinical characteristics

Характеристики	Группа 1 (n = 29)		Группа 2 (n = 46)		Группа 3 (n = 64)		Вся группа (n = 139)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Диагноз</i> ($\chi^2 = 18,76$; $p = 0,005$)								
F20.0–F20.9 – Шизофрения	12	41,4	15	32,6	5	7,8	32	23,0
F21.0–F21.9 – Шизотипическое расстройство	6	20,7	12	26,1	30	46,9	48	34,5
F23.0–F23.9 – Острое и преходящее психотическое расстройство	6	20,7	9	19,6	17	26,6	32	23,0
F25.0–F25.9 – Шизоаффективное расстройство	5	17,2	10	21,7	12	18,8	27	19,4
<i>Психотические эпизоды</i> ($\chi^2 = 12,46$; $p = 0,014$)								
Один (первый)	14	48,3	26	56,5	41	64,1	81	58,3
Два	9	31,0	9	19,6	21	32,8	39	28,1
Три и более	6	20,7	11	23,9	2	3,1	19	13,7
<i>Критика к болезни</i> ($\chi^2 = 24,162$; $p = 0,001$)								
Сохранная (полная)	–	–	1	2,2	14	21,9	15	10,8
Формальная	8	27,6	25	54,3	30	46,9	63	45,3
Отсутствует	21	72,4	20	43,5	20	31	61	43,9
<i>Преемственность психиатрической помощи</i> ($\chi^2 = 14,383$; $p = 0,006$)								
Высокая	5	17,2	15	32,6	36	56,3	56	40,3
Средняя	17	58,6	22	47,8	19	29,7	58	41,7
Низкая	7	24,1	9	19,6	9	14,1	25	18,0

и в каждой из сравниваемых групп (с различным характером негативной симптоматики и без таковой) преобладают лица молодого возраста (до 30 лет), достаточно хорошо образованные (около или более 60 % в каждой группе имеют неоконченное или полное высшее образование), с различным трудовым статусом (26,6 % – студенты; 38,9 % – трудоустроены; 34,5% – не работают), преимущественно одинокие (не имеющие собственной семьи – 69,8 %), и по этим показателям различия между группами не значимы. Исключение составляет параметр *характер проживания*: установлено, что подавляющее большинство (80,4 %) пациентов группы 2 (с преобладанием дефицита в эмоционально-волевой сфере) проживают в родительской семье, в то время как в группе 1 (с преобладанием дефицита в когнитивной сфере) этот показатель составляет 58,6 %, в группе 3 (без признаков когнитивного и эмоционально-волевого дефицита) – 56,3 %; проживают в собственной семье 10,3 %; 8,7 %; 26,6 % пациентов соответственно, и различия между группами статистически значимы ($\chi^2 = 12,66$; $p = 0,013$).

Среди *психосоциальных характеристик* статистически значимые различия получены по параметру *трудности адаптации в социуме*. Проблемы социального функционирования в разных сферах (учеба, работа, личная жизнь) отметили 75,9 % пациентов группы 1; 78,3 % пациентов группы 2 и 56,3 % пациентов группы 3 ($\chi^2 = 7,058$; $p = 0,029$). По другим

изученным психосоциальным характеристикам – наличию / отсутствию психотравмирующего события, предшествующего обострению психического состояния, и последующей госпитализации в психиатрический стационар, особенностям психологического климата внутри семей (отношений с родственниками) и своеобразие внешнего вида (наличию татуировок, следов порезов) – статистически значимых различий между группами выявлено не было.

Результаты сравнительного исследования пациентов трех групп, полученные с помощью методов нестандартизированного патопсихологического исследования различных аспектов *познавательной деятельности*, не выявили значимых различий между группами по характеристикам произвольного внимания, кратковременной речеслуховой механической памяти, объему опосредованного запоминания. Одновременно выявлены различия между группами по наличию / отсутствию нарушений и характеру ассоциативной деятельности (табл. 2).

Диагностика ассоциативной сферы при помощи методики «Пиктограмма» выявляет статистически значимые различия между группами испытуемых. Умеренные либо выраженные нарушения ассоциативной сферы характерны для всех трех сопоставляемых групп – 79,9 %, при этом более выраженные нарушения ассоциаций встречаются чаще среди испытуемых группы 1 (с преобладанием когнитивного дефицита). По характеру ассоциативной продукции

Табл. 2. Ассоциативные процессы

Tab. 2. Associative processes

Характеристики	Группа 1 (n = 27)		Группа 2 (n = 44)		Группа 3 (n = 63)		Вся группа (n = 134)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ассоциативные процессы ($\chi^2 = 21,127$; $p = 0,001$)								
Нет нарушений	4	14,8	8	18,2	15	23,8	27	20,1
Умеренные нарушения	9	33,3	28	63,6	42	66,7	79	59,0
Выраженные нарушения	14	51,9	8	18,2	6	9,5	28	20,9
Характер ассоциативной продукции								
Вычурность	8	29,6	13	29,5	9	14,3	30	22,4
Абстрактность	18	66,7	19	43,2	26	41,3	63	47,0
Выхолощенность ($\chi^2 = 5,280$; $p = 0,071$)	10	37,0	6	13,6	11	17,5	27	20,1
Эмоциональная обедненность ($\chi^2 = 6,229$; $p = 0,044$)	17	63,0	31	70,5	32	50,8	80	59,7

среди сопоставляемых групп выявлены статистически значимые различия по частоте встречаемости абстрактных и выхожденных (пустая символика) образов. Оба нарушения значительно чаще встречаются в ассоциативной продукции испытуемых группы 1 (с когнитивным дефицитом).

В таблице 3 представлены результаты сравнения групп пациентов по частоте встречаемости нарушений трех основных компонентов мыслительной деятельности, выделенных в соответствии с патопсихологической классификацией нарушений мышления Б. В. Зейгарник [Зейгарник 2003: 211].

Статистически значимые различия между группами выявлены по частоте встречаемости нарушений мотивационного компонента мыслительной деятельности: среди испытуемых группы 1 (с преобладанием когнитивного дефицита), значительно чаще, чем в других группах, отмечаются такие нарушения, как разноплановость, резонерство, нецеленаправленность. Нарушение операционального компонента мышления (преимущественно в виде искажения процесса обобщения, опоры в суждениях на малозначимые, отдаленные, латентные признаки) характерно для большинства испытуемых независимо от характера намечающегося дефекта. Нарушение динамического компонента мышления практически не отмечалось у пациентов трех сравниваемых групп.

Таким образом, результаты исследования познавательной деятельности пациентов, перенесших первый психотический эпизод, с различным характером негативной остаточной симптоматики, показали, что между сравниваемыми группами отсутствуют различия в продуктивности активного внимания и отдельных видов памяти. Однако абстрактный (оторванный от реальности) и символический характер ассоциативной продукции, а также нарушения мотивационного компонента мышления значительно чаще встречались

в группе пациентов с преобладанием дефицитарности в когнитивной сфере.

В дальнейшем группы пациентов были сопоставлены по ряду **эмоционально-личностных и поведенческих параметров**.

По степени выраженности депрессии (итоговый показатель «Опросника депрессивности Бэка») статистически значимых различий между сопоставляемыми группами выявлено не было: в каждой из сравниваемых групп и в группе в целом средний количественный показатель депрессии соответствует уровню *умеренная депрессия*. Частотный анализ также не выявил различий по частоте встречаемости отдельных градаций уровня депрессии в сопоставляемых группах.

С помощью дисперсионного анализа (ANOVA) не было выявлено статистически значимых различий между показателями методики Мини-Мульт в трех сравниваемых группах. Все шкальные оценки во всех группах находятся в пределах нормативного диапазона. В каждой группе максимальные оценки получены по шкалам *шизофрения* и *психастения*. Апостериорные сравнения по методу Шеффе также не выявили различий между группами 1 и 2, 1 и 3, 2 и 3.

То же касается результатов сравнительного изучения копинг-стратегий и апостериорных сравнений. Все шкальные оценки методики «Способы совладающего поведения» в трех сравниваемых группах укладываются в нормативные значения. В каждой из групп преобладает неконструктивная копинг-стратегия *бегство-избегание*, направленная на когнитивное или поведенческое отстранение от решения проблемы, другие инфантильные формы поведения в стрессовых ситуациях: отрицание либо полное игнорирование проблемы, уклонение от ответственности и др.

Табл. 3. Нарушения мышления

Tab. 3. Cognitive disorders

Нарушения мышления	Группа 1 (n = 29)		Группа 2 (n = 46)		Группа 3 (n = 64)		Вся группа (n = 139)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Операциональный компонент	26	96,3	41	89,1	52	82,5	119	87,5
Мотивационный компонент ($\chi^2 = 11,016$; $p = 0,004$)	22	81,5	21	45,7	29	46,0	72	52,9
Динамический компонент	1	3,7	3	6,5	2	3,2	6	4,4

Таким образом, сопоставление трех групп пациентов с преобладанием дефицитарности со стороны когнитивной сферы, либо со стороны эмоционально-волевой сферы, либо с отсутствием отчетливой дефицитарности не выявило существенных различий в эмоциональном состоянии, личностных характеристиках и стратегиях копинга.

В дополнение к сравнительному анализу особенностей личности и стратегий совладающего поведения в каждой из трех групп проведено сравнение шкальных оценок методик Мини-Мульт и «Способы совладающего поведения» с нормативными тестовыми данными, выраженными в системе стандартизованных оценок (Т-баллов).

В таблице 4 приведены статистически значимые и близкие к ним результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациентов группы 1 (когнитивный дефицит) с нормативными данными. Показатели трех шкал методики Мини-Мульт в группе 1 (с преобладанием дефицитарности в когнитивной сфере) хотя и не выходят за границы условного нормативного диапазона ($T = 50+10$), но отличаются от нормативных показателей на статистически значимом уровне. Высоко значимые различия с нормой имеет показатель шкалы *шизоидность*, что показывает значительную большую представленность в структуре личности и психического состояния замкнутости, ограничения социальных контактов, своеобразия и непредсказуемости эмоций, поведения и мышления, других особенностей, составляющих ядро шизоидного типа личности, в группе пациентов по сравнению с выборкой стандартизации. Показатели шкал *ипохондри*

и *паранойальность*, напротив, снижены по сравнению со средней нормой, что отражает невыраженность соответствующих компонентов в психологическом статусе пациентов группы 1.

В таблице 5 приведены статистически значимые и близкие к ним результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациентов группы 2 (эмоционально-волевой дефицит) с нормативными данными. В группе 2 (с дефицитарностью в эмоционально-волевой сфере) значительно повышены по сравнению с тестовой нормой показатели шкал *психастения* и *шизоидность* методики Мини-Мульт. Соответствующие черты личности и психического состояния, потенцируя друг друга, определяют замкнутый, дистанцированный и одновременно тревожно-нерешительный, неуверенный рисунок поведения пациентов, переживание собственной инакости и несостоятельности. В соответствии с этим в структуре совладающего поведения по сравнению со средней нормой преобладает стратегия *бегство-избегание*, предполагающая уход от решения проблем, пассивность в преодолении трудных жизненных ситуаций; также снижен показатель стратегии *конфронтация*, предполагающий наступательную активность в разрешении трудных жизненных ситуаций; снижен показатель *положительная переоценка*, что отражает большую, чем в норме, фиксацию на неудачах, неспособность извлекать из проблемных ситуаций позитивный опыт. Показатель шкалы *самоконтроль* снижен, отражая большую эмоциональную неустойчивость и меньшую способность к волевому и интеллектуальному контролю своего поведения в стрессовых и проблемных ситуациях.

Табл. 4. Сравнение показателей методик Мини-Мульт и «Способы совладающего поведения» с нормативными данными в группе 1

Tab. 4. MMPI vs. Coping behavior test: group I

Показатели методик	М	δ	М	δ	Т-критерий	p
	Норма		Группа 1			
Мини-Мульт						
Нс – Ипохондрия	50,0	10,0	44,86	12,75	-2,135	0,042
Ра – Паранойальность	50,0	10,0	45,89	10,15	-2,142	0,041
Sc – Шизоидность	50,0	10,0	57,68	11,88	3,419	0,002
Способы совладающего поведения						
Принятие ответственности	50,0	10,0	43,14	8,59	-2,112	0,079
Бегство-избегание	50,0	10,0	60,29	10,61	2,565	0,043

В таблице 6 приведены статистически значимые и близкие к ним результаты сравнительного анализа психодиагностических показателей пациентов группы 3 (без дефицитарности) с нормативными данными. В группе 3 (без клинически определяемой дефицитарности в когнитивной или эмоционально-волевой сферах) получено высоко статистически значимое преобладание показателей шкал *шизоидность* и *психастения* по сравнению со средней нормой, что, как и в группе 2, показывает сочетание в структуре личности выраженных шизоидных и психастенических черт, которые, усиливая друг друга, приводят к формированию своеобразного замкнутого поведения

на фоне тревожности и неуверенности в себе, склонности к фиксации на своих личностных и других недостатках; это сочетается с некоторыми депрессивными переживаниями, о чем свидетельствует повышение показателя шкалы *депрессия* по сравнению с нормой на уровне, близком к статистической значимости.

Среди стратегий копинга, как и в группах 1 и 2, в группе 3 показатель шкалы *бегство-избегание* существенно превышает нормативное значение. Полученный результат сравнения с нормой показывает, что для всей группы пациентов с расстройствами шизофренического спектра, перенесших первый психотический эпизод, наиболее выраженной

Табл. 5. Сравнение показателей методик Мини-Мульт и «Способы совладающего поведения» с нормативными данными в группе 2

Tab. 5. MMPI vs. Coping behavior test: group II

Показатели методик	М	δ	М	δ	Т-критерий	р
	Норма		Группа 2			
<i>Мини-Мульт</i>						
Pt – Психастения	50,0	10,0	55,08	13,80	2,734	0,009
Sc – Шизоидность	50,0	10,0	59,24	14,19	4,162	0,001
<i>Способы совладающего поведения</i>						
Конфронтация	50,0	10,0	42,52	14,50	-2,222	0,037
Самоконтроль	50,0	10,0	42,96	14,36	-2,061	0,052
Бегство-избегание	50,0	10,0	53,70	17,37	1,931	0,067
Положительная переоценка	50,0	10,0	43,26	15,15	-1,815	0,084

Табл. 6. Сравнение показателей методик Мини-Мульт и «Способы совладающего поведения» с нормативными данными в группе 3

Tab. 6. MMPI vs. Coping behavior test: group III

Показатели методик	М	δ	М	δ	Т-критерий	р
	Норма		Группа 3			
<i>Мини-Мульт</i>						
D – Депрессия	50,0	10,0	53,87	14,82	1,680	0,098
Pa – Паранойяльность	50,0	10,0	47,17	12,57	-1,742	0,087
Pt – Психастения	50,0	10,0	58,46	14,24	4,249	0,001
Sc – Шизоидность	50,0	10,0	58,76	12,38	5,187	0,001
<i>Способы совладающего поведения</i>						
Дистанцирование	50,0	10,0	44,41	13,25	-2,290	0,029
Бегство-избегание	50,0	10,0	58,91	12,93	4,020	0,001
Положительная переоценка	50,0	10,0	44,59	13,81	-2,208	0,035

(предпочитаемой) стратегией совладания со стрессом является именно эта неконструктивная стратегия, отражающая пассивность и уход от разрешения трудностей. Важно отметить, что у пациентов группы 3 уход осуществляется, скорее, на поведенческом, чем на когнитивном, уровне, т. е. путем физического отдаления от трудной ситуации, использования успокаивающих или снотворных средств, алкоголя и др. О поведенческом (а не когнитивном) характере ухода можно судить на основании снижения по сравнению с тестовой нормой показателя стратегии *дистанцирование*, которая, как и стратегия *бегство-избегание*, предполагает отстранение от стрессовой ситуации, но допускает использование когнитивных приемов обесценивания ситуации, снижения ее значимости; эти приемы, согласно полученным результатам, редко используются пациентами данной группы, так же как когнитивная стратегия *положительная переоценка* (показатель этой стратегии снижен по сравнению с нормативной выборкой).

Сравнительный анализ показателей эмоционально-личностной и поведенческой сфер пациентов трех групп был дополнен анализом частоты встречаемости **суицидального риска**, определенного с помощью «Шкалы оценки риска суицида». Выявлено, что высокий суицидальный риск значительно чаще встречался в группе 1 по сравнению с группами 2 и 3 (40,0 %; 8,3 %; 5,4 % соответственно; $\chi^2 = 12,138$; $p = 0,059$).

Заключение

При сопоставлении трех групп пациентов с различным характером негативной дефицитарной симптоматики обнаружен ряд статистически значимых различий клинических показателей, из которых для целей психосоциальной реабилитации, коррекции и вторичной профилактики наибольшее значение имеет наличие критики к своему актуальному состоянию и перенесенному психотическому эпизоду. Выявлено, что пациенты с преобладанием дефицита со стороны когнитивной сферы чаще демонстрируют отсутствие такой критики, что неминуемо негативно сказывается на терапевтическом альянсе с врачом (снижает преемственность лечения), выражается в негативном отношении к самому факту госпитализации в психиатрический стационар.

При анализе психосоциальных характеристик выявлено, что обе группы пациентов, как с когнитивным, так и с эмоционально-волевым дефицитом, в отличие от пациентов без выраженной дефицитарности, имеют трудности социальной адаптации, т. е. чаще не имеют

стабильной работы, удовлетворительных отношений с близкими людьми, не могут найти партнера, имеют трудности с обучением.

Сравнительное патопсихологическое исследование познавательной деятельности пациентов трех групп выявило более выраженные нарушения ассоциативных процессов и мотивационной стороны мышления у больных с когнитивным дефицитом, в отличие от исследования эмоционально-личностной и поведенческой сфер, в котором различия между группами не обнаружены, за исключением различий по частоте встречаемости риска суицидального поведения, значительно чаще встречающегося в группе пациентов с дефицитарностью в когнитивной сфере.

Получены также общие для трех групп и специфические отличия психометрических показателей пациентов от нормативных тестовых показателей, полученных на отечественных выборках. Так, общим для сопоставляемых групп является существенное преобладание по сравнению с нормой показателей *шизоидность* и *бегство-избегание*, отражающих соответствующие особенности личности и копинга. Отличия проявились в том, что в группе с преобладанием дефицитарности в когнитивной сфере *шизоидность* является единственным пиком в профиле личности, тогда как в двух других группах более выраженные (по сравнению с нормой) черты шизоидности сочетаются с преобладанием психастенических черт.

Полученные результаты исследования позволяют определить перспективы для дальнейшего углубленного изучения клинико-психологических особенностей молодых пациентов с тем или иным характером дефицитарности психической деятельности и наметить программу соответствующих психореабилитационных мероприятий, помимо уже существующих программ, основанных на выделении групп пациентов с разным уровнем реабилитационного потенциала.

К ограничениям настоящего исследования можно отнести дискуссионный характер преобладающего дефекта больных шизофренией. Как было отмечено выше, разделение пациентов на группы проведено клиническим путем, основанным на основе экспертной оценки врачей-психиатров и клинических психологов. Однако взгляды отечественных и зарубежных исследователей на характер и типологию резидуальной шизофрении значительно разнятся. Проведение в будущем аналогичного по дизайну исследования, но с применением надежных и валидных тестов для четкой дифференциации пациентов на группы сравнения по характеру негативной

симптоматики, позволило бы получить более объективную картину связи социально-демографических, клинических и психологических характеристик больных с тем или иным вариантом постпсихотической негативной симптоматики.

В целом задача предотвращения прогрессирования дефицитарной симптоматики как со стороны когнитивной, так и со стороны эмоционально-волевой сфер на ранних этапах болезни является остро актуальной, связанной с успешностью лечебно-реабилитационного процесса в клинике первого психотического эпизода, а потому требующей дальнейших исследований в этой области.

Конфликт интересов: Авторы заявили об отсутствии потенциальных конфликтов интересов в отношении исследования, авторства и / или публикации данной статьи.

Conflict of interests: The authors declared no potential conflict of interests regarding the research, authorship, and / or publication of this article.

Критерии авторства: Е. В. Щетинина – обзор литературы, разработка дизайна исследования, сбор и анализ эмпирических данных, написание статьи и подготовка окончательной редакции текста.

О. Ю. Шелкова – разработка методологии исследования, анализ эмпирических материалов, редактирование текста статьи.

Г. П. Костюк – разработка методологии исследования, редактирование текста статьи.

Н. В. Чернов – разработка концепции, анализ эмпирических данных, формулирование выводов.

Contribution: E. V. Shchetinina performed the review, designed the research, collected and analyzed the empirical data, wrote and proofread the article.

O. Yu. Shchelkova developed the methodology, analyzed the empirical data, and proofread the text.

G. P. Kostyuk developed the methodology and proofread the text.

N. V. Chernov developed the research concept, analyzed the empirical data, and formulated the conclusions.

Литература / References

- Антохин Е. Ю., Будза В. Г., Горбунова М. В., Крюкова Е. М., Кустова Ю. А., Моисеев С. В. Копинг-поведение у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и его динамика в процессе психообразования. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2008. Т. 18. № 3. С. 5–12. [Antokhin E. Yu., Budza V. G., Gorbunova M. V., Kryukova E. M., Kustova Yu. A., Moiseyev S. V. Coping behavior in schizophrenic patients with the first psychotic episode and coping dynamics in the course of psychoeducation. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiatriya*, 2008, 18(3): 5–12. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/qadiqb>
- Вассерман Л. И., Абабков В. А., Трифонова Е. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010. 191 с. [Wasserman L. I., Ababkov V. A., Trifonova E. A. *Coping with stress: Theory and psychodiagnostics*. St. Petersburg: Rech, 2010, 191. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/qlyclp>
- Воловик В. М. О приспособляемости больных шизофренией. *Реабилитация больных психозами*, ред. М. М. Кабанов, К. В. Корабельников, Р. А. Зачепиский. Л.: Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-т, 1981. С. 62–71. [Volovik V. M. Adaptability in patients with schizophrenia. *Rehabilitation of patients with psychosis*, eds. Kabanov M. M., Korabelnikov K. V., Zachepitsky R. A. Leningrad: Leningrad Research Psychoneurol. Institute, 1981, 62–71. (In Russ.)]
- Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Лобов Е. Б. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом шизофрении). М., 2003. 23 с. [Gurovich I. Ya., Shmukler A. B., Lobov E. B. *First-episode psychosis: Day-care hospital, specialized for helping patients with the first-episode psychotic schizophrenia*. Moscow, 2003, 23. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/yumicj>
- Дмитриева Е. Г., Даниленко О. А., Корнетова Е. Г., Семке А. В., Лобачева О. А., Гуткевич Е. В., Каткова М. Н. Комплаенс и его влияние на адаптацию пациентов с шизофренией. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии*. 2014. № 3. С. 18–23. [Dmitrieva E. G., Danilenko O. A., Kornetova E. G., Semke A. V., Lobacheva O. A., Gutkevich E. V., Katkova M. N. Influence of compliance on schizophrenic patients. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*, 2014, (3): 18–23. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/sxkqij>
- Зайцев В. П. Русский вариант психологического теста Mini-Mult. *Психологический журнал*. 1981. Т. 2. № 3. С. 118–123. [Zaitsev V. P. Russian adaptation of the MMPI. *Psikhologicheskii Zhurnal*, 1981, 2(3): 118–123. (In Russ.)]

- Зейгарник Б. В. Патопсихология. 2-е изд., стер. М.: Академия, 2003. 208 с. [Zeigarnik B. V. *Pathopsychology*. 2nd ed. Moscow: Academia, 2003, 208. (In Russ.)]
- Карякина М. В. Когнитивные нарушения при шизофрении: мнение группы экспертов о современном состоянии проблемы. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2022. Т. 32. № 3. С. 83–90. [Karyakina M. V. Cognitive impairment in schizophrenia: Expert group opinion on the current state of art. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2022, 32(3): 83–90. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/dvniqw>
- Мосолов С. Н., Ялтонская П. А. Развитие концепции, классификация и клиническая дифференциация негативных симптомов при шизофрении. *Современная терапия психических расстройств*. 2020. № 1. С. 2–14. [Mosolov S. N., Yaltonskaya P. A. Concepts, classification and clinical differentiation of negative symptoms in schizophrenia. *Modern therapy of mental disorders*, 2020, (1): 2–14. (In Russ.)] <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2020.15.30.001>
- Незнанов Н. Г., Шмуклер А. Б., Костюк Г. П., Софронов А. Г. Первый психотический эпизод: эпидемиологические аспекты организации помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018. Т. 28. № 3. С. 5–11. [Neznanov N. G., Shmukler A. B., Kostyuk G. P., Sofronov A. G. The first psychotic episode: Epidemiological aspects of care provision. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2018, 28(3): 5–11. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/xyhkkl>
- Пеккер М. В., Гвоздецкий А. Н., Щелкова О. Ю. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций. *Клиническая и специальная психология*. 2022. Т. 11. № 1. С. 164–191. [Pekker M. V., Gvozdetskiy A. N., Shchelkova O. Yu. Experimental psychological evaluation of lack of insight in paranoid schizophrenia patients: Cognitive function assessment. *Clinical Psychology and Special Education*, 2022, 11(1): 164–191. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17759/cpse.2022110108>
- Петрова Н. Н., Павлова-Воинкова Е. Е. Терапевтический ответ и прогноз течения у больных с первым эпизодом шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2018. Т. 28. № 3. С. 12–17. [Petrova N. N., Pavlova-Voinkova E. E. Therapeutic response and prognosis in first-episode schizophrenia patients. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2018, 28(3): 12–17. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/xyhkkl>
- Петрова Н. Н., Цыренова К. А. Негативная и когнитивная симптоматика на разных этапах течения шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023. Т. 33. № 1. С. 5–11. [Petrova N. N., Tsyrenova K. A. Negative and cognitive symptoms at different stages of schizophrenia. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2023, 33(1): 5–11. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/ehesvm>
- Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения в клинике (практическое руководство). М.: Апрель-Пресс, 2010. 224 с. [Rubinshtein S. Ya. *Experimental methods of pathopsychology and clinical experience: Guidelines*. Moscow: April-Press, 2010, 224. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/qlxith>
- Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б., Лобанова В. М., Воронова Е. И., Жилин В. О., Колюцкая Е. В., Самойлова Е. Д., Сорокина О. Ю. Расстройства личности и шизофренический дефект (проблема коморбидности). *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2018. Т. 118. № 11. С. 4–14. [Smulevich A. B., Dubnitskaya E. B., Lobanova V. M., Voronova E. I., Zhilin V. O., Kolyutskaya E. V., Samoilova E. D., Sorokina O. Yu. Personality disorders and schizophrenic defect (problems of comorbidity). *Zhurnal Nevrologii i Psikhatrii imeni S. S. Korsakova*, 2018, 118(11): 4–14. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/jnevro20181181114>
- Сторожакова Я. А., Холодова О. Е. Первый психотический эпизод: клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2000. Т. 10. № 2. С. 74–80. [Storozhakova Ya. A., Kholodova O. E. First-episode psychosis: Clinical, social, and organizational healthcare. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2000, 10(2): 74–80. (In Russ.)]
- Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с. [Tarabrina N. V. *Practical work on the psychology of post-traumatic stress*. St. Petersburg: Piter, 2001, 272. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/vojuuf>
- Тарантова К. А., Зяблов В. А., Трущелев С. А. Медико-социальная характеристика пациентов клиники первого психотического эпизода. *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2022. Т. 122. № 1-2. С. 35–40. [Tarantova K. A., Zyablov V. A., Trushchelev S. A. Medical and social characteristics of patients of the first psychotic episode clinic. *Zhurnal Nevrologii i Psikhatrii imeni S. S. Korsakova*, 2022, 122(1-2): 35–40. (In Russ.)] <https://doi.org/10.17116/jnevro202212201235>

- Чистопольская К. А., Ениколопов С. Н., Магурдумова Л. Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения. *Суицидология*. 2013. Т. 4. № 3. С. 26–36. [Chistopolskaya K. A., Enikolopov S. N., Magurdumova L. G. Medical and socio-psychological approaches to suicidal behavior. *Suicidology (Russia)*, 2013, 4(3): 26–36. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/rcwhkl>
- Шашкова Н. Г., Гажа А. К. Первый психотический эпизод: особенности оказания психиатрической помощи больным в современных условиях. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020. Т. 30. № 2. С. 80–90. [Shashkova N. G., Gaza A. K. The first psychotic episode: Peculiarities of providing mental health services to patients under modern conditions. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2020, 30(2): 80–90. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/irbekz>
- Шмуклер А. Б. Клинико-психопатологический подход в системе реабилитации психически больных. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020. Т. 30. № 1. С. 8–12. [Shmukler A. B. Clinical-psychological approach in the system of rehabilitation of mental patients. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikhatriya*, 2020, 30(1): 8–12. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/yhngnn>
- Щетинина Е. В. Когнитивный и эмоционально-волевой дефицит как мишени психосоциальной реабилитации пациентов, перенесших первый психотический эпизод. *Психология. Психофизиология*. 2023. Т. 16. № 2. С. 49–56. [Shchetinina E. V. Cognitive and emotional-volitional deficits as targets of psychosocial rehabilitation of patients after the first psychotic episode. *Psikhologiya. Psikhofiziologiya*, 2023, 16(2): 49–56. (In Russ.)] <https://www.elibrary.ru/havrid>
- Beck A. T., Ward C. H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 1961, 4: 48–61. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
- Corrigan P. W., Liberman R. P., Engel J. D. From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 1990, 41(11): 1203–1211. <https://doi.org/10.1176/ps.41.11.1203>
- Malla A. K., Norman R. M. G., Joobor R. First-episode psychosis, early intervention and outcome: What have we learned? *Canadian Journal of Psychiatry*, 2005, 50(14): 881–891. <https://doi.org/10.1177/070674370505001402>