

УДК 616.895.8–085

РЕСОЦИАЛИЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ АНТИПСИХОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. С. Дороднова, И. И. Калашникова

*ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии»
Минздравсоцразвития России*

Разработка наиболее эффективной помощи больным с первыми психотическими эпизодами шизофрении является объектом многих исследований [2, 4, 16, 18–24, 27]. При этом особое внимание уделяется не только раннему выявлению начавшегося заболевания, но и дальнейшей комплексной фармако- и психосоциальной терапии. Считается, что значительная часть больных (не менее половины) с первым приступом шизофрении и расстройствами шизофренического спектра может получать лечение во внебольничных условиях, вне отрыва от привычного социального окружения [4, 5]. Сказываясь благоприятно на терапевтическом процессе, это, в то же время, обуславливает дополнительные требования к выбору назначаемого психотропного средства. В частности, необходимо сочетание высокой эффективности препарата, в том числе в отношении острых или подострых проявлений психоза, с его хорошей переносимостью, без сопровождающего терапевтический эффект тормозящего, угнетающего социальное функционирование действия, тем самым, способствующее ресоциализации пациента.

Вообще «субъективному благополучию» и сохранности системы отношений у больных шизофренией в процессе лечения нейролептиками в настоящее время придается особое значение [25, 31], в том числе при первых эпизодах болезни. Это связано с тем, что лечение традиционными нейролептиками сопровождается широким рядом нежелательных явлений в диапазоне от психоаффективной индифферентности [10] до «нейролептической дисфории», проявляющейся беспокойством, затруднениями при мышлении, иногда «ощущением себя как зомби» [26]. Подобные явления, нередко сохраняющиеся при длительной терапии и нарушающие систему социальных отношений пациента, собственно как и длительная госпитализация, противостоят установке на оказание помощи в наименее ограничительных условиях, начиная с ранних стадий лечения психозов. Специальными исследованиями [11, 12, 25] было показано, что в отличие от

классических нейролептиков, отсутствие или невыраженность подобных явлений, сохранность субъективного благополучия при терапии атипичными антипсихотиками способствует лучшему комплайенсу и более высокому качеству жизни пациентов. Результаты многочисленных научных работ, в том числе выполненных на основе принципов доказательной медицины, демонстрируют их эффективность, как минимум, сопоставимую с эффективностью традиционных нейролептиков; в отличие от последних, они оказывают влияние на негативную симптоматику, а при ранней терапии способствуют уменьшению нейрокогнитивного дефицита [4, 7, 8, 13–15, 19, 28–30].

Накопление подобных данных является чрезвычайно важным практически, в том числе с учетом получившей распространение организации клиник первого психотического эпизода [2, 4].

В этом аспекте, целью данного исследования было изучение ресоциализирующего эффекта атипичного антипсихотика рисперидона (рисполюкса) у больных с впервые выявленными психотическими состояниями.

Исследование осуществлялось в натуралистических условиях на базе клиники первого психотического эпизода (дневного стационара) Московского НИИ психиатрии. Осуществлялась клиничко-психопатологическая оценка состояния больных, оценка по шкале PANSS, а также по шкале депрессии Калгари. Социальные показатели регистрировались с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» [1, 9]. Для анализа социального функционирования больных использовались несколько пунктов опросника, построенных по типу шкалы: «физическая работоспособность», «интеллектуальная продуктивность», «контакты с окружающими». Выраженность указанных нарушений оценивалось в баллах от 0 (относительно удовлетворительный уровень функционирования) до 4 (крайне низкий уровень функционирования).

Для оценки качества жизни больных рассматривались два наиболее существенных (с учетом задач исследования) показателя: удовлетворенность жизнью “в целом” и удовлетворенность своим психическим состоянием. Как и во всех остальных пунктах опросника, отражающих качество жизни больных, для его оценки больным предлагалось выбрать одно из следующих высказываний: “абсолютно не удовлетворен”, “скорее не удовлетворен, чем удовлетворен”, “скорее удовлетворен, чем не удовлетворен”, “удовлетворен полностью”. В последующем анализировалось количество больных, давших положительные (“удовлетворен полностью” и “скорее удовлетворен...”) и отрицательные (“абсолютно не удовлетворен” и “скорее не удовлетворен...”) ответы.

Оценка осуществлялась при поступлении и при выписке из отделения.

Всего в исследование было включено 28 больных: 13 (46,4%) мужчин и 15 (53,6%) женщин; средний возраст – $27,7 \pm 8,4$ лет (медиана 24,5 лет). В 13 случаях (46,4%) была диагностирована шизофрения: у 7 больных (25,0%) параноидная со стабильным дефектом, у трех (10,7%) – параноидная с нарастающим дефектом, у трех (10,7%) – недифференцированная; в 9 наблюдениях (32,15%) – шизоаффективное расстройство; в шести (21,45%) – шизотипическое расстройство. Средний возраст начала заболевания составлял $22,8 \pm 8,4$ лет (медиана – 18,5 лет). Количество предшествующих госпитализаций – $1,8 \pm 2,2$ (медиана – 1); длительность данного обострения – $8,6 \pm 9,2$ месяцев (медиана – 7 мес.).

Две трети пациентов имели специальное образование (среднее специальное или высшее), однако работали или учились лишь 32,1% включенных в исследование; не работали и не учились, не имея группы инвалидности, более половины обследованных (57,2%). Инвалидность по психическому заболеванию уже в этот, начальный период болезни имели 3 чел. (10,7%). Таким образом, большинство пациентов, имея относительно высокий образовательный уровень и, соответственно, хороший потенциал профессионального развития, находи-

лось на этапе неустойчивой трудовой/учебной адаптации [6], и тактика оказания помощи этому контингенту (в том числе психофармакотерапия) должна была быть в значительной степени направлена на ресоциализацию больных.

При поступлении больных в отделение тяжесть расстройств по PANSS составляла $90,6 \pm 10,7$ баллов. Несмотря на относительную выраженность расстройств, состояние больных определялось некоторой диссоциацией между тяжестью психопатологической симптоматики и относительно упорядоченным поведением с сохранением социально приемлемых его форм. Отсутствовала генерализация аффективно-бредовой симптоматики, которая в части случаев ограничивалась определенными ситуациями или была «привязана» к тем или иным обстоятельствам, редуцируясь в других условиях. Круг вовлеченных в психопатологическую продукцию лиц также был ограничен, не распространяясь на все окружение пациента. «Голоса» зачастую не носили императивного характера или имелся элемент борьбы с ними, сопротивления их требованиям. Отсутствовала выраженная охваченность психопатологическими переживаниями, полная погруженность в них, не было значительной аффективной заряженности. Преобладал пассивный уход от потенциально «угрожающих» событий, стремление избегать «опасных» ситуаций: больные переставали общаться с окружающими, старались не выходить на улицу, не посещали занятия в учебных заведениях, уходили с работы; круг общения сужался до минимума. Этим объяснялись довольно высокие баллы по субшкалам негативной симптоматики и общепсихопатологических расстройств ($23,0 \pm 5,6$ и $48,8 \pm 4,6$ соответственно).

Назначение больным рisperона осуществлялось с постепенным наращиванием доз до терапевтически эффективных (средняя максимальная доза составляла $7,0 \pm 1,8$ мг в сутки; длительность лечения – $62,1 \pm 36,0$ дней). В целом, за период терапии отмечалась статистически значимая положительная динамика как в отношении суммарных показателей, так и показателей по всем трем субшкалам PANSS ($p < 0,001$) (рис.1). Количество респондеров (паци-

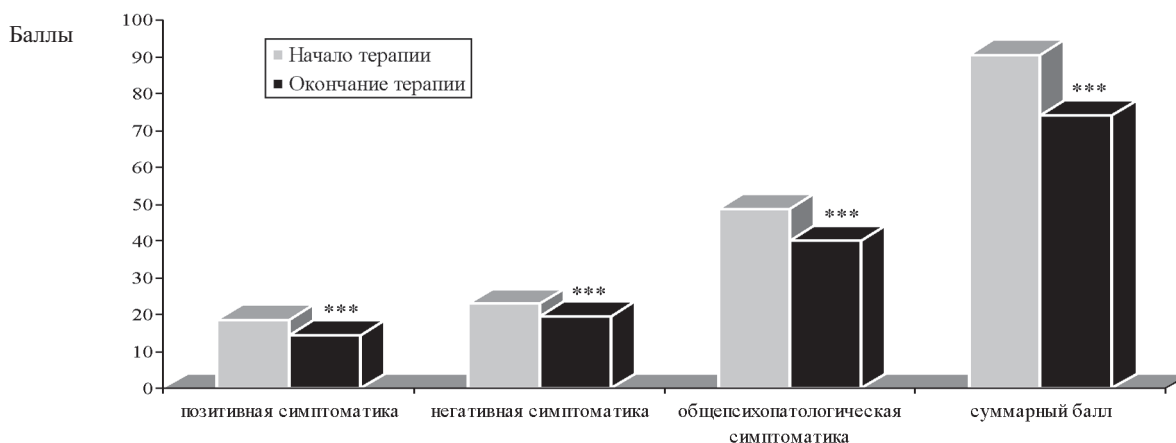


Рис. 1. Динамика тяжести расстройств по PANSS в процессе терапии рisperоном

Примечания: *** – $p < 0,001$.

Изменение показателей пунктов шкалы PANSS при терапии rispолюксом

№	Пункт	Показатель	Среднее значение		р
			До начала терапии	При завершении терапии	
1	П1	Бред	3,33±1,07	2,04±0,87	<0,001
2	П2	Концептуальная дезорганизация	3,89±0,75	2,81±0,98	<0,001
3	П3	Галлюцинации	2,15±1,17	1,77±0,91	<0,05
4	П4	Возбуждение	2,19±0,77	1,84±0,78	<0,05
5	П5	Идеи величия	1,89±0,80	1,73±0,87	>0,05
6	П6	Подозрительность, идеи преследования	3,19±0,68	2,31±0,84	<0,001
7	П7	Враждебность	2,19±0,68	1,88±0,52	<0,05
	Итого	Субшкала позитивной симптоматики	18,63±3,64	14,58±5,29	<0,001
8	Н1	Притупленный аффект	3,34±1,0	2,73±0,82	<0,01
9	Н2	Эмоциональная отгороженность	3,30±1,20	2,85±0,78	<0,01
10	Н3	Трудности в общении	3,33±1,04	2,68±0,68	<0,001
11	Н4	Пассивно-апатическая социальная отгороженность	3,26±1,09	2,65±0,80	<0,001
12	Н5	Нарушения абстрактного мышления	3,41±0,64	2,96±0,87	<0,01
13	Н6	Нарушение спонтанности и плавности общения	3,19±1,08	2,88±1,18	=0,088
14	Н7	Стереотипное мышление	3,19±0,69	2,85±0,88	<0,05
	Итого	Субшкала негативной симптоматики	23,0±5,57	19,54±4,97	<0,001
15	О1	Соматическая озабоченность	3,11±0,84	2,46±0,71	<0,01
16	О2	Тревога	3,78±0,85	2,65±1,02	<0,001
17	О3	Чувство вины	3,30±0,91	2,58±0,99	<0,001
18	О4	Напряженность	3,19±0,79	2,62±0,98	<0,01
19	О5	Манерность и поза	2,59±0,69	2,23±0,51	<0,05
20	О6	Депрессия	3,70±0,77	2,92±0,98	<0,001
21	О7	Моторная заторможенность	2,81±0,79	2,38±0,75	<0,01
22	О8	Малоконтактность	2,59±0,64	2,23±0,43	<0,05
23	О9	Необычное содержание мыслей	2,81±0,75	2,38±0,75	<0,001
24	О10	Дезориентация	1,14±0,60	1,12±0,33	>0,05
25	О11	Нарушение внимания	3,48±0,64	2,88±1,07	<0,001
26	О12	Снижение критичности	3,41±0,64	2,65±0,69	<0,001
27	О13	Нарушение воли	4,04±0,81	3,15±1,0	<0,001
28	О14	Ослабление контроля импульсивности	2,89±0,51	2,46±0,51	<0,01
29	О15	Загруженность психическими переживаниями	3,22±0,58	2,58±0,90	<0,001
30	О16	Активная социальная устранимость	3,07±0,78	2,38±0,75	<0,001
	Итого	Субшкала общепсихопатологической симптоматики	48,78±4,62	40,15±10,24	<0,001
	Всего	Суммарный балл	90,59±10,75	74,08±19,26	<0,001

Изменение показателей пунктов шкалы депрессии Калгари при терапии рисполиком

№	Показатель	Среднее значение		p
		До начала терапии	При завершении терапии	
1	Плохое настроение	1,70±0,82	0,85±0,73	<0,001
2	Чувство безнадежности	1,15±0,82	0,69±0,97	<0,01
3	Идеи самоуничтожения	1,07±0,87	0,96±0,87	>0,05
4	Чувство вины	0,89±0,80	0,46±0,58	<0,05
5	Патологическая вина	1,15±0,86	0,77±0,81	<0,01
6	Утренняя депрессия	1,48±0,85	0,77±0,71	<0,001
7	Ранние пробуждения	0,89±0,80	0,42±0,58	<0,01
8	Суицидальные мысли и намерения	0,44±0,58	0,11±0,32	<0,01
9	Наблюдаемая со стороны депрессия	0,89±0,64	0,50±0,81	<0,05
10	Всего	9,26±3,58	5,69±4,28	<0,001

ентов, у которых суммарный балл по PANSS снизился не менее чем на 20%) составило 71,4%.

Следует отметить, что существенная положительная динамика отмечалась практически по всем пунктам шкалы PANSS (табл. 1). Соответственно, значимые различия ($p < 0,001$) регистрировались и при оценке показателей PANSS с использованием 5-факторной модели шизофрении [8]: анергия (сумма пп. 8, 9, 10, 11, 21, 30), параноидное поведение (сумма пп. 1, 3, 5, 6, 14, 26), возбуждение (сумма пп. 4, 7, 22, 28), депрессия (сумма пп. 15, 16, 17, 18, 20), дезорганизация мышления (сумма пп. 2, 12, 19, 24, 25, 29). По шкале депрессии Калгари также были выявлены статистически значимые различия по сравнению с исходным уровнем как в отношении суммарной оценки, так и практически по всем отдельным пунктам шкалы (табл. 2).

Таким образом, очевиден равномерный характер влияния рисполикса на различные компоненты сложных синдромальных образований, его сбалансированное действие, что особенно важно при про-

ведении терапии во внебольничных условиях, вне отрыва пациента от привычной социальной среды и необходимости функционирования в ней, хотя и на сниженном уровне.

Динамика показателей социального функционирования и качества жизни больных в процессе их терапии рисполиком представлена на рис. 2 и 3. За время лечения статистически значимо улучшилась физическая работоспособность больных (1,91 и 1,27 баллов соответственно; $p < 0,05$), их интеллектуальная продуктивность (1,74 и 1,13 баллов; $p < 0,05$); уровень контактов изменился на уровне тенденции (1,50 и 1,15 баллов; $p = 0,08$). Существенно улучшилось качество жизни пациентов: уменьшилось число больных, неудовлетворенных своим психическим состоянием (77,8% и 38,5%; $p < 0,001$) и жизнью в целом (63,0% и 42,3%; $p < 0,05$).

Лечение, как правило, хорошо переносилось: число больных, у которых выявлялись экстрапирамидные расстройства к концу курса по сравнению началом терапии, снизилось с 39,3% до 28,6%; во

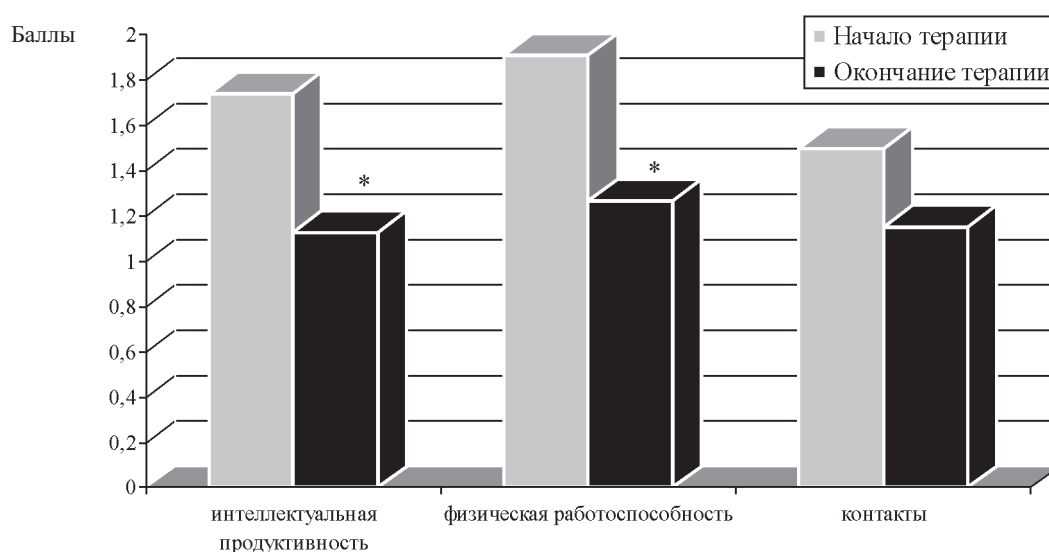


Рис. 2. Редукция нарушения социального функционирования больных в процессе терапии рисполиком

Примечания: * – $p < 0,05$.

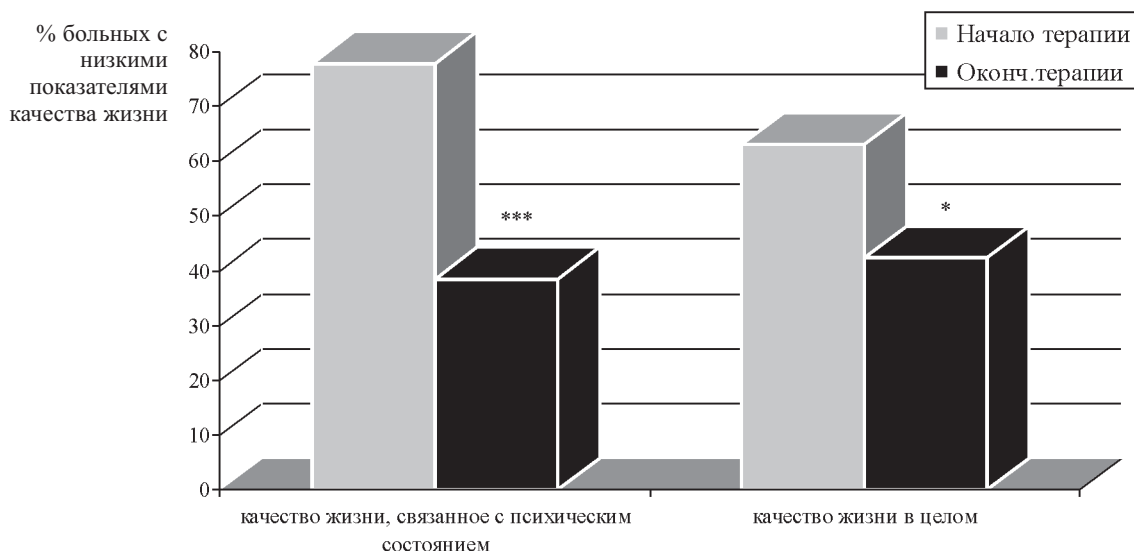


Рис. 3. Уменьшение количества больных с низкими показателями качества жизни
 Примечания: * – $p < 0,05$; *** – $p < 0,001$.

всех случаях экстрапирамидная симптоматика носила невыраженный характер. Интервал QTc за время лечения практически не изменился, составляя $407,1 \pm 25,1$ мс и $409,0 \pm 25,7$ мс соответственно, ни в одном случае не достигая уровня, потребовавшего отмены препарата. Средний вес пациентов при поступлении – $68,7 \pm 13,7$ кг, при выписке – $71,4 \pm 13,2$ кг; прибавка в весе – $2,7 \pm 2,1$ кг. Вес на 7% и более увеличился у 4 больных (14,3%). Индекс массы тела при поступлении составлял $23,8 \pm 3,7$, при выписке – $24,3 \pm 3,9$, соответствуя нормальным значениям. Средние показатели уровня глюкозы практически не изменились: $5,1 \pm 0,4$ ммоль/л и $5,2 \pm 0,5$ ммоль/л соответственно.

Таким образом, результаты проведенного исследования указывают на эффективность рisperидона у больных с впервые возникшими психотическими состояниями при его хорошей переносимости и невыраженности побочных эффектов

терапии. Полученные данные соответствуют представленным ранее в отношении рisperидона [3]. Следует отметить на равномерность влияния препарата на различные компоненты сложных синдромальных образований, что благоприятно сказывалось на повседневном функционировании больных и потенциальных возможностях возвращения к работе и учебе при значительном улучшении самооценок. Эта особенность психотропной активности препарата (гармоничность его действия), проявляющаяся уже на начальных этапах лечения, представляется важной в свете его ресоциализирующего действия, что особенно существенно при все более отчетливо проявляющейся в настоящее время тенденции к сдвигу акцента оказания психиатрической помощи во внебольничные условия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении): Методические рекомендации. М., 2003. 23 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Длительное применение рisperидона у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2005. Т. 15, № 4. С. 25–41.
4. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
5. Дороднова А.С. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с первыми психотическими эпизодами: Дис. ... канд. мед. наук. М., 2006. 167 с.
6. Кирьянова Е.М. Больные шизофренией с неустойчивой трудовой адаптацией: Дис. ... канд. мед. наук. М., 1994. 214 с.
7. Морозова М.А., Жаркова Н.Б., Бениашвили А.Г. Опыт применения атипичного нейролептика – оланзапина в остром периоде шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 2000. Т. 100. С. 37–43.
8. Мосолов С.Н., Кузавкова М.В., Калинин В.В. и соавт. Анализ влияния атипичных антипсихотиков на 5-факторную модель шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13, № 3. С. 45–52.
9. Шмуклер А.Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дис. ... докт. мед. наук. М., 1999. 423 с.
10. Delay J., Deniker P. Methodes chimiotherapeutiques en psychiatrie. Paris, 1961.
11. Haan L. de, Weisfelt M., Dingemans M. et al. Psychometric properties of the Subjective Well-being under Neuroleptics Scale and Subjective Deficit Syndrome Scale // Psychopharmacology. 2002. Vol. 162, N 1. P. 24–28.
12. Karow A., Naber D. Subjective well-being and quality of life under atypical antipsychotic treatment // Psychopharmacology. 2002. Vol. 162, N 1. P. 3–10.
13. Keefe R.S., Goldberg T.E., Harvey P.D. et al. The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery // Schizophrenia Research. 2004. Vol. 68. P. 283–297.
14. Keefe R.S., Young C.A., Rock S.L. et al. One year double-blind study of the neurocognitive efficacy of olanzapine, risperidone, and haloperidol in schizophrenia // Schizophrenia Research. 2006. Vol. 81. P. 1–15.
15. Keefe R.S., Sweeney J.A., Gu H. et al. A comparison of the effects of olanzapine, quetiapine, and risperidone on neurocognitive function in first-episode psychosis. A randomized, double-blind clinical trial // Am. J. Psychiatry. 2007. Vol. 164. P. 1061–1071.

16. Keshavan M.S., Schooler N.R. First-episode studies in schizophrenia: criteria and characterization // *Schizophr. Bull.* 1992. Vol. 18. P. 491.
17. Malla A.K., Norman R.M.G., Manshanda R. et al. Status of patients with first-episode psychosis after one year of phase-specific community-oriented treatment // *Psychiatric Services*. 2002. Vol. 53, N 4. P. 458–463.
18. Malla A.K., Norman R.M., Takhar J. et al. Can patients at risk for persistent negative symptoms be identified during their first episode of psychosis? // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2004. Vol. 192, N 7. P. 455–463.
19. McEvoy J.P., Scheffler P.L., Frances A. (Eds.). Treatment of schizophrenia. The Expert Consensus Guide Series // *J. Clin. Psychiatr.* Vol. 60, Suppl. 11. 80 p.
20. McGlashan T.H. Early detection and intervention of schizophrenia: rationale and research // *Br. J. Psychiatry*. 1998. Vol. 172, Suppl. 33. P. 3–6.
21. McGorry P.D. The recognition and optimal management of early psychosis: an evidence-based reform // *World Psychiatry*. 2002. Vol. 1, N 2. P. 76–83.
22. McGorry P.D., Yung A.R., Phillips L. et al. Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2002. Vol. 59. P. 921–928.
23. McGorry P.D., Killackey E., Yung A.R. Early intervention in psychosis: concepts, evidence and future direction // *World Psychiatry*. 2008. Vol. 7, N 3. P. 148–150.
24. McGorry P., Edwards J., Mihalopoulos C. et al. The early psychosis prevention and intervention centre (EPPIC): an evolving system of early detection and optimal management // *Sch. Bull.* 1996. Vol. 22, N 2. P. 304–326.
25. Naber D., Moritz S., Lambert M. et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective well-being under atypical antipsychotic drugs // *Schizophr. Res.* 2001. Vol. 50, N 1–2. P. 79–88.
26. Putten T. van. The many faces of akathisia // *Compr. Psychiatr.* 1975. Vol. 16, N 1. P. 43–47.
27. Schultze-Lutter F., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Early detection of psychosis – establishing a service for persons at risk // *Eur. Psychiatry*. 2009. Vol. 24. P. 1–10.
28. Taylor D., Drummond S., Pendlebury J. Olanzapine in practice // *Psychiatr. Bull.* 1998. Vol. 22. P. 552–554.
29. Tollefson G.D., Kuntz A.J. Review of recent clinical studies with olanzapine // *Br. J. Psychiatry*. 1999. Vol. 174, Suppl. 37. P. 30–35.
30. Tran P.V., Dellva M.A., Tollefson G.D. et al. Oral olanzapine versus oral haloperidol in the maintenance treatment of schizophrenia and related psychoses // *Br. J. Psychiatry*. 1998. Vol. 172. P. 499–505.
31. Vergouwen A.C., Bakker A. Subjectief welbevinden bevoordert theapeutrouw big schizofrenie // *Patient Care*. 2003. Vol. 2, N 4. P. 25–27.

РЕСОЦИАЛИЗИРУЮЩИЙ ЭФФЕКТ АНТИПСИХОТИКОВ В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ВПЕРВЫЕ ВОЗНИКШИМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, А. С. Дороднова, И. И. Калашникова

Исследование осуществлялось в натуралистических условиях на базе клиники первого психотического эпизода (дневного стационара) Московского НИИ психиатрии. Количество обследованных больных составило 28 чел. (13 мужчин и 15 женщин; средний возраст – 27,7±8,4 лет). У 46,4% пациентов была диагностирована шизофрения; в 32,15% наблюдений – шизоаффективное расстройство; в 21,45% – шизотипическое расстройство. Осуществлялась клинко-психопатологическая оценка состояния больных, оценка по шкале PANSS, а также по шкале депрессии Калгари. Социальные показатели регистрировались с помощью «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных». Средняя максимальная доза rispолокса составляла 7,0±1,8 мг в сутки. Длительность лечения – 62,1±36,0 дней.

В целом, за период терапии отмечалась статистически значимая положительная динамика как в отношении суммарных показателей, так и показателей по всем трем субшкалам PANSS ($p<0,001$). За время лечения статистически значимо улучшилась физическая работоспособность больных ($p<0,05$), их интеллектуальная продуктивность ($p<0,05$); уровень контактов изменился на уровне тенденции. Существенно улучшилось качество жизни пациентов ($p<0,05$). Лечение, как правило, хорошо переносилось. Полученные данные указывают на эффективность rispолокса у больных с впервые возникшими психотическими состояниями при невыраженности побочных эффектов и ресоциализирующем действии.

Ключевые слова: первый психотический эпизод, ресоциализирующий эффект, rispолокс.

RESOCIALIZATION EFFECT OF ANTIPSYCHOTICS IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODE

I. Ya. Gurovich, A. B. Shmukler, A. S. Dorodnova, I. I. Kalashnikova

This naturalistic study has been performed in the First Episode Clinic (day hospital) of the Moscow Research Institute of Psychiatry. 28 patients were examined (13 male and 18 female, average age 27.7±8.4 years); 46.4% of these cases have been diagnosed as schizophrenia, 32.15% as schizoaffective disorder and 21.45% as schizotypal disorder. Methods and instruments: clinical psychopathological evaluation, the PANSS and the Calgary Depression Scale. Social parameters have been registered with the help of the 'Questionnaire for Evaluation of Mental Patients' Social Functioning and their Quality of Life'. Daily maximum dose of Rispolux was 7.0±1.8 mg and duration of treatment was 62.1±36.0 days.

In the course of treatment significant positive changes are noticeable both in total scores and in all three PANSS subscales ($p<0.001$). Statistically significant improvements are found in patients' physical activities ($p<0.05$), intellectual functioning ($p<0.05$), and there is a tendency to positive changes in the social contacts. The quality of life has improved significantly ($p<0.05$). Rispolux was good tolerated. The data indicate to effectiveness, low level of side-effects and resocialization effect of Rispolux in patients with first psychotic episodes.

Key words: first psychotic episode, resocialization effect, Rispolux.

Гурович Исаак Яковлевич – доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, тел.: + 7 (495) 963-76-48; e-mail: isaac.gurovich@gmail.com

Шмуклер Александр Борисович – доктор медицинских наук, профессор, ведущий научный сотрудник ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, тел.: + 7 (499) 162-10-03; e-mail: ashmukler@yandex.ru

Дороднова Анна Сергеевна – кандидат медицинских наук, зав. отделением первого психотического эпизода ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России, тел. +7 (495) 964-30-87.

Калашникова Ирина Ивановна – на момент проведения исследования – врач отделения первого психотического эпизода ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России.