

## Возможности применения терапии принятия и ответственности в клинике первого психотического эпизода

Иван Денисович Горнушенков, Илья Валерьевич Плужников, Александра Николаевна Бархатова, Юлия Александровна Чайка

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Иван Денисович Горнушенков, [gornushenkov.i.d@gmail.com](mailto:gornushenkov.i.d@gmail.com)

### Резюме

**Обоснование:** помощь молодым людям после первого психотического эпизода (ППЭ) требует комплексного подхода, ориентированного не только на редукцию психопатологической симптоматики, но и на максимально возможное восстановление уровня социально-трудового функционирования. Терапия принятия и ответственности, или АСТ (Acceptance and Commitment Therapy) является современным когнитивно-поведенческим психотерапевтическим подходом, дающим возможность работать с психотическими пациентами с учетом возрастного контекста, что делает этот метод перспективным для применения и в российской популяции. **Методы:** по сочетаниям ключевых слов «acceptance and commitment therapy», «psychosis», «meta-analysis», «delusions», «hallucinations» и др. в базах научных данных Google Scholar и PubMed проведен поиск метааналитических, обзорных и иных статей, оценивающих эффективность АСТ при работе с психотическими пациентами. **Результаты:** было отобрано 5 метаанализов и обзорных работ, в которых представлены искомые сведения. Согласно им, несмотря на некоторую противоречивость данных и их малое количество, первичная оценка доказательности свидетельствует о возможной пользе АСТ в сочетании с психофармакотерапией при работе с психозами по сравнению с обычным медикаментозным лечением. Имеются сведения о снижении частоты госпитализаций и рецидива при использовании АСТ, редукции аффективной симптоматики и дистресса, связанного с переживанием психотических симптомов. По данным исследований, АСТ способствует помощи в редукции влияния продуктивных психотических симптомов на функционирование пациента. Негативная симптоматика, в свою очередь, к настоящему моменту хуже исследована в данном отношении. Согласно исследованиям, эффективность АСТ как формы психотерапии начинает отмечаться уже после 3–4-х сессий. **Заключение:** зарубежные работы по оценке эффективности показывают перспективность внедрения АСТ в клиническую практику, требуются дальнейшие исследования данного подхода на русскоязычной выборке.

**Ключевые слова:** психотерапия, терапия принятия и ответственности, психоз, первый психотический эпизод, юношеский возраст

**Для цитирования:** Горнушенков И.Д., Плужников И.В., Бархатова А.Н., Чайка Ю.А. Возможности применения терапии принятия и ответственности в клинике первого психотического эпизода. *Психиатрия*. 2025;23(6):125–131. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-125-131>

### REVIEW

UDC 616.89

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-125-131>

## Possibilities for the Acceptance and Commitment Therapy in the Clinic of the First Psychotic Episode

Ivan D. Gornushenkov, Ilya V. Pluzhnikov, Alexandra N. Barkhatova, Yulia A. Chaika

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Ivan D. Gornushenkov, [gornushenkov.i.d@gmail.com](mailto:gornushenkov.i.d@gmail.com)

### Summary

**Background:** helping young people after a first psychotic episode (FPE) requires a comprehensive approach that focuses not only on the reduction of psychopathological symptoms but also on restoring social and occupational functioning as much as possible. Acceptance and commitment therapy (ACT) is a modern cognitive behavioral psychotherapeutic approach that allows working with psychotic patients in an age-appropriate manner, which makes it promising for use in the Russian population. **Methods:** using the keyword combinations "acceptance and commitment therapy", "psychosis", "meta-analysis", "delusions", "hallucinations", etc., we searched the scientific literature in Google Scholar and PubMed databases for meta-analytic, review and other papers evaluating the effectiveness of ACT in working with psychotic patients. **Results:** five meta-analyses and review papers were selected that provided the evidence sought. According to them, despite some contradictory and few data, the primary

evidence assessment indicates a possible benefit of ACT in combination with psychopharmacotherapy in psychosis compared with conventional medication. There is evidence of reduced hospitalization and relapse rates with ACT, reduction of affective symptomatology and distress associated with experiencing psychotic symptoms, and there is some evidence of help in reducing the impact of productive psychotic symptoms on patient functioning. Negative symptomatology, in turn, has to date been less well researched in this regard. According to studies, the effectiveness of ACT as a form of psychotherapy begins to be noted after 3–4 sessions. **Conclusion:** further research is needed to test this approach on a Russian-speaking sample, and foreign works on the assessment of effectiveness show the prospects for its introduction into clinical practice.

**Keywords:** psychotherapy; acceptance and commitment therapy; psychosis; first psychotic episode; adolescence

**For citation:** Gornushenkov I.D., Pluzhnikov I.V., Barkhatova A.N., Chaika Yu.A. Possibilities for the Acceptance and Commitment Therapy in the Clinic of the First Psychotic Episode. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2025;23(6):125–131. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2025-23-6-125-131>

## ВВЕДЕНИЕ

За последние десятилетия вырос интерес к ранним вмешательствам в случае психотических расстройств для предотвращения или по меньшей мере снижения интенсивности прогрессирования социально-трудо­вой дезадаптации, следующей после первого психотического эпизода [1, 2]. Первый психотический эпизод (ППЭ) наиболее свойственен возрастному периоду между поздним подростковым и ранним юношеским возрастом (примерно 15–20 лет [3]). Изолированное психофармакологическое лечение, нацеленное, прежде всего, на коррекцию психопатологических проявлений, не может обеспечить оптимального восстановления и улучшения снижающегося после психоза уровня психосоциального функционирования [4–7]. Согласно статистике 50–70% лиц, восстанавливающихся после ППЭ, остаются нетрудоустроенными или неспособными получать образование через 12 месяцев после начала лечения; 50% продолжают страдать от вторичных симптомов тревоги и депрессии, 20% — от остаточных персистирующих позитивных психотических симптомов [8–10].

Не менее важным оказывается то, что, как правило, молодые люди после ППЭ испытывают трудности в реализации соответствующих возрасту задач развития. Поздний подростковый и ранний юношеский возраст ставят перед молодыми людьми задачи по формированию личностной идентичности и освоению «взрослых» социальных ролей [11]. Подростки и юноши, перенесшие ППЭ — это тот контекст, который требуется учитывать при планировании любых вмешательств в данном возрасте.

Все вышесказанное определяет востребованность дополнения психофармакологического лечения современным и эффективным психотерапевтическим методом, способным учитывать как контекст возрастного развития, так и иные проблемы, с которыми сталкиваются подростки и юноши после ППЭ.

Терапия принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy, ACT) представляет собой трансдиагностическую психотерапевтическую модель поведенческих изменений с широким спектром применимости к различным проблемам и расстройствам, относящуюся к так называемой «третьей волне» когнитивно-поведенческой психотерапии [12–15]. ACT сочетает обучение навыкам осознанности (mindfulness)

с ценностно-ориентированной поведенческой активацией и предлагает ориентированный на выздоровление (recovery) подход, удовлетворяющий широкому спектру целей ранних интервенций. Эти цели включают повышение уровня психосоциального функционирования, помощь молодым людям в реализации соответствующих возрасту задач развития и освоения необходимых социальных ролей, улучшение качества жизни, комплаентность к лечению, повышение осведомленности о заболевании, а также, с определенными оговорками, обсуждаемыми далее, уменьшение интенсивности широкого спектра психопатологических проявлений [4].

**Цель исследования:** рассмотреть возможность применения и доказательства эффективности применения АСТ в работе с пациентами клиники первого психотического эпизода.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

### Модель психопатологии в АСТ

Одни из ключевых задач АСТ включают: а) обучение пациента навыкам дистанцирования от психопатологических симптомов путем демонстрации неэффективности борьбы и прямой конфронтации с ними, зачастую только усиливающей симптомы [12], б) редукцию вовлеченности в патологические модели поведения и, напротив, повышение вовлеченности в личностно-значимые модели, увеличение ценностно ориентированной поведенческой активности.

#### Модель психопатологии

Центральным звеном почти любой психопатологии, согласно методу АСТ и проводимым в его рамках эмпирическим исследованиям доказательности метода, оказывается психологическая ригидность, которая может быть представлена в виде шести патологических процессов [12, 13]:

- 1) Когнитивное слияние с болезненными мыслями и чувствами — процесс, когда приходящие в сознание человека болезненные мысли и чувства он принимает за соответствующие реальности (за «чистую монету»), например, «У меня ничего не получится», «Все думают, что я...» и др., и они оказывают контрпродуктивное влияние на поведение и общее состояние.
- 2) Экспериментальное избегание (от англ. *experience*) — процесс избегания жизненно-го опыта и переживаний или попытки борьбы

**Таблица 1.** Результаты оценки эффективности терапии принятия и ответственности при психозах (по данным научных публикаций)  
**Table 1** Results of an evaluation of the efficacy of acceptance and commitment therapy in psychosis (on scientific publications)

Авторы (год)/ Authors (year)	Позитивная психотическая симптоматика/ Positive psychotic symptomatology	Негативная симптоматика/ Negative symptomatology	Депрессия, тревога и дистресс / Depression, anxiety and distress	Другое/Other
S.B. Tonarelli и соавт. (2016) [6]	–	+	X	Снижение частоты повторных госпитализаций/ Decrease in the frequency of repeated hospitalizations
S. Wakefield и соавт., (2018) [18]	+	X	+	Снижение частоты повторных госпитализаций. Улучшение функционирования/Reducing the rate of repeated hospitalizations. Improved functioning
E. Brown и соавт., (2020) [19]	Существенные различия по обобщающему показателю отсутствуют/Differences are absent			Снижение риска рецидива/Reducing the risk of relapse
E. Yildiz (2020) [16]	+	X	+	X
E.M.J. Morris и соавт., (2024) [5]	1/4	1/4	1/2	Снижение частоты повторных госпитализаций/ Decrease in the frequency of repeated hospitalizations (3/4)

Примечания: + — положительный эффект АСТ; – — отсутствие эффекта; X — эффект не исследовали.  
 Notes: + — positive effect of АСТ; – — absence of effect; X — effect not studied.

- с беспокоящими мыслями и чувствами с использованием как внешних стратегий (употребление ПАВ, избегание мест, ситуаций, людей, вызывающих неприятные переживания), так и внутренних («подавление» беспокоящих мыслей и чувств, «отвлечение» и др.).
- 3) Уход от «настоящего момента» — процесс погружения в сожаления о прошлом или тревогу за будущее, приводящий к отсутствию вовлеченности в опыт непосредственного переживания действительности.
  - 4) Слияние с деструктивной Я концепцией — процесс навешивания «ярлыков», стигм и отождествления себя как человека с тем или иным вербальным названием («Я — шизофреник», «Я — ничего не умею» и пр.), оказывающий контрпродуктивное влияние на поведение и общее состояние.
  - 5) Деструктивное или избегающее поведение — поведение, определяемое не ценностным выбором человека, а попыткой справиться с психопатологическими симптомами путем поведенческих дефицитов (т.е. поведение, от которого человек был вынужден отказаться из-за расстройства) и поведенческих излишеств (т.е. поведение, к которому человек стал уделять много времени из-за расстройства).
  - 6) Уход от ценностей — процесс, тесно сопряженный с предыдущим и его определяющий, связанный с «потерей», недоразвитием или «оставлением» значимых для человека ориентиров и моментов жизни, несущих смысловую нагрузку и приносящих удовлетворение.

Первые четыре процесса отражают нарушение или дефицит навыков принятия и осознанности, последние два — дефицит способности к ответственным ценностно-ориентированным действиям. В силу гибкости

и нелинейности АСТ любой из этих процессов может стать первичной мишенью воздействий, в зависимости от нужд конкретного пациента.

**Оценка эффективности АСТ при работе с психотическими пациентами**

Последнее десятилетие отмечено интересом к оценке эффективности АСТ при работе с психозами. Более 80% работ на эту тему сделано после 2010 г. [5]. Мы обобщили данные доступных обзоров и метаанализов исследований по данной теме, возможное дублирование результатов не учитывалось.

Несмотря на противоречивость данных и их малое количество, первичная оценка доказательности свидетельствует о возможной пользе АСТ в сочетании с психофармакотерапией при работе с психозами по сравнению с обычным медикаментозным лечением. Имеются данные о снижении частоты госпитализаций и рецидива при использовании АСТ, редукции аффективной симптоматики и дистресса, связанного с переживанием психотических симптомов. Есть некоторые сведения о помощи в редукции влияния продуктивных психотических симптомов на функционирование пациента. Негативная симптоматика, в свою очередь, к настоящему моменту, хуже исследована в данном отношении [6, 16–19]. Согласно исследованиям, эффективность АСТ как формы психотерапии начинает отмечаться уже после 3–4 сессий [4].

Следует отметить, что оценка эффективности АСТ, как и любых других методов психотерапии, затруднительна исключительно в рамках медицинской модели редукции болезненной симптоматики. Для более полной оценки эффективности целесообразно также оценивать такие показатели, как изменение качества жизни, уровень психосоциального функционирования, показатели когнитивной гибкости-ригидности и другие параметры [17, 20].

По некоторым данным АСТ способствует увеличению показателей психологической гибкости у больных, перенесших психоз, которая, в свою очередь, имеет отрицательную связь с паранойальностью, бредом и слуховыми галлюцинациями [17, 21, 22].

Таким образом, АСТ оказывается перспективным психотерапевтическим методом для внедрения в популяции пациентов, перенесших психоз, что вызывает интерес к изучению результативности его применения на русскоязычной популяции обученными методу психотерапевтами.

### **Области приложения АСТ в клинике ППЭ**

#### *Работа со слуховыми обманами («голосами»)*

Выделяют три характеристики слуховых галлюцинаций, значимые для планирования терапевтических вмешательств [4, 5].

- 1) Интрузивность и эмоциональная салиентность опыта — «голоса», в случае наличия, приковывают почти все внимание пациента, они интрузивны и, как правило, оказываются салиентными, т.е. переживаются пациентом как эмоционально заряженные.
- 2) Негативное вербальное содержание — «голоса» как вербальный феномен, предоставляющий материал для когнитивного слияния — самокритики, страха, императивных команд.
- 3) Интерперсональная направленность — «голоса» зачастую являются «чьими-то», провоцируя пациента на внутренний диалог в виде споров, просьб «уйти» и пр., неизменно приковывая внимание пациента.

Исходя из этого, работа с «голосами» в процессе АСТ в первую очередь направлена на создание дистанции между пациентом и его галлюцинациями, снижение вовлеченности в галлюцинаторный опыт и изменение связанного со слуховыми обманами негативно подкрепляемого поведения. Имеется в виду: а) поощрение к отказу от неработающей стратегии диалога и/или борьбы с «голосами», когда это отдаляет пациента от его ценностей [23], б) обучение навыкам когнитивного разделения и возможности наблюдать и принимать наличие «голосов», не вовлекаясь в взаимодействие с ними, в) поощрение переключения внимание на ценностно-ориентированную активность и подкрепление ее.

В качестве методов противодействия когнитивному слиянию и экспериенциальному избеганию исследователи предлагают следующие подходы [4, 5, 24, 25]:

1) Обсуждение ответов на «голоса» и способствование отказу от борьбы с ними — начальным пунктом становится предложение подробно описать галлюцинаторный опыт (количество, пол, громкость, длительность, содержание «голосов» и пр.). Это помогает запустить обсуждение относительно полезных и вредных ответов «голосам» для того, чтобы повысить осведомленность пациента о помогающих или вредящих стратегиях взаимодействия с «голосами». Результатом такой дискуссии будет доведение до пациента вывода о том, что его способы борьбы с голосами (споры,

попытки «подавить» и пр.) или избегания оказываются бесполезными, что создает почву для обсуждения альтернатив, то есть того, чем пациент может заняться, кроме борьбы, несмотря на наличие голосов? Полезным оказывается использование наглядных метафор.

2) Создание условий для когнитивного разделения — важным оказывается воздействие на негативные мысли, формирующиеся в результате слушания «голосов» (напр. «Я не могу ничего делать из-за голосов», «Это наказание за мои грехи» и пр.). Показано, что создание условий для когнитивного разделения с негативными мыслями также ослабляет влияние «голосов» на пациента. Помимо стандартных техник когнитивного разделения необходимо постоянно подчеркивать, что содержание мысли/«голоса» отличается от буквальной реальности. Мнения и оценки отличаются от фактов (например, метафора «плохая чашка») и содержание мысли/«голоса» не обязательно должно приводить к действию. Дифференциация мыслей от действия часто особенно важна как для устранения влияния голосов на ограничительное поведение, так и для снижения влияния императивных галлюцинаций. Например, пациенту можно поручать поднять ручку со стола, повторяя слова «Я не могу поднять ручку». С осторожностью это упражнение можно доработать, включив в него связанное с галлюцинациями содержание (например, «Я не могу поднять ручку, пока слышу голоса» и пр.).

В качестве методов противодействия уходу от настоящего момента и слияния с Я-концепцией помимо стандартных применяется два типа упражнений на осознанность: 1) перемещение фокуса внимания от голосов, когда вместо непосредственной реакции на голос пациента просят на некоторое непродолжительное время сосредоточить внимание на дыхании или любом другом предмете, не борясь при этом с голосами, 2) направленное внимание к голосам, когда пациента просят наблюдать и сообщать как бы «со стороны» за тем, что говорят голоса. Эти упражнения способствуют развитию гибкости внимания и занятии «позиции наблюдателя» вместо слияния с тем или иным ярлыком или содержанием галлюцинации.

Для обеспечения ценностно-ориентированных действий и повышения уровня позитивной активности пациента ему оказывается поддержка в определении вещей в жизни, которые важны лично для него и которые оказываются более важными с точки зрения руководства к действию, чем привычные поведенческие модели, в которых доминирует взаимодействие с галлюцинаторным опытом, борьба с ним или попытка избегания. Наряду с этим продвигается принцип готовности испытывать дискомфорт, связанный с «голосами», чтобы жить более полноценной жизнью. При этом при постановке целей для пациентов с психозом рекомендуется поощрять даже минимальные позитивные изменения и попытки изменить привычные модели поведения.

#### *Работа с бредом*

С точки зрения АСТ бред является: а) одним из ярких проявлений психологической ригидности, когда

все внимание пациента концентрируется вокруг одной темы и одних и тех же моделей поведения; б) сильной формой избегания опыта переживаний (напр. бред величия «уводит» от способности переживать собственную уязвимость, бред отношения может «закрывать путь» для переживания естественного недовольства или раздражения в межличностных отношениях и пр.) [4]. В связи с этим, а также исходя из базовых предпосылок АСТ, задача «уменьшить интенсивность бреда» не может быть целью терапии, поскольку будет способствовать экспириенциальному избеганию. Терапевт, как и при работе с другими психопатологическими симптомами в АСТ, должен концентрироваться на цели — каким образом увеличить ценностно-ориентированную поведенческую активность пациента, несмотря на наличие симптомов.

Первым этапом работы, как и в других случаях, также будет установление доверительных терапевтических отношений и исследование попыток пациента контролировать собственные переживания. Пациенты с бредом, как правило, имеют очень низкую толерантность к неопределенности. При успешности в установлении терапевтических отношений открывается возможность для экспозиционной работы во время сессии. Например, если пациент убежден в злонамеренности окружающих по отношению к нему, становится возможным исследовать мысли, которые у пациента могут возникнуть относительно злонамеренности терапевта по отношению к нему. Это может стать первой возможностью обсудить данные переживания с кем-либо, что само по себе будет снижать их интенсивность, демонстрировать пациенту альтернативы в его ригидных моделях поведения.

Таким образом, общими рекомендациями при работе с пациентами с бредом будут: а) особое внимание к терапевтическим отношениям, б) акцент на ценностно-ориентированной поведенческой активации и в) работа с толерантностью к неопределенности, использование экспозиции в терапевтических отношениях.

*Особенности работы в клинике первого психотического эпизода*

Как для молодых людей, восстанавливающихся после ППЭ, так и для относящейся к ним возрастной группы в целом, может быть свойственно недоверие и подозрительность в отношении специалистов в области психического здоровья и предлагаемым ими вмешательствам. Из-за этого особую значимость на первом этапе работы приобретает формирование вовлеченности в психотерапевтический процесс. Вследствие высокого риска протестного поведения следует быть особенно внимательным к тому, чтобы избегать прямой конфронтации к высказываемым подростками и юношами оценкам, мнениям и настрою. Общей установкой должно быть медленное продвижение, поскольку без формирования устойчивого терапевтического раппорта дальнейшие интервенции не будут эффективными [26, 27].

Не менее важным аспектом становится постепенное объяснение и введение пациента в психотерапевтическую работу, поскольку большинство из них в силу возраста не имеют опыта таковой и не знают, как она функционирует. Чтобы подготовить почву для АСТ, авторы предлагают говорить пациентам, что цель терапии часто заключается в том, чтобы обучить человека более эффективно управлять сложными мыслями, чувствами или переживаниями и помочь получить больше от своей жизни именно тем образом, который подходит именно ему.

Поскольку ППЭ, как было сказано выше, как правило, нарушает реализацию соответствующих возрасту задач развития по формированию личностной идентичности и освоению взрослых социальных ролей, большинство подростков и юношей будут гораздо больше, чем взрослые люди, нуждаться в помощи при выявлении ценностных ориентиров и того, что для них важно. В связи с этим работа с ценностями при проведении АСТ в данной когорте пациентов оказывается одним из ключевых аспектов работы и должна акцентироваться на протяжении всего психотерапевтического процесса.

Существенным оказывается и следование принципу функционального анализа поведения [28, 29] — в том, чтобы обращать внимание в первую очередь на функцию, а не на форму поведения. Иными словами, с учетом того, что многие формы поведения подростков и юношей могут носить явно дисфункциональный характер, не следует принимать конкретные формы поведения «за чистую монету», а рассматривать функции, которые они выполняют для каждого человека в контексте. Например, очевидно бесполезное «замыкание в себе» вследствие наличия психотической симптоматики может носить функцию «титрования» неприятных и болезненных мыслей и переживаний; прием наркотических средств помимо функции избегания может носить коммуникативную функцию — влиться в соответствующий коллектив и т.п.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Помощь молодым людям после ППЭ требует комплексного подхода, ориентированного не только на редукцию психопатологической симптоматики, но и на максимально возможное восстановление уровня социально-трудового функционирования. Терапия принятия и ответственности (АСТ) является современным психотерапевтическим подходом, дающим возможность работать с психотическими пациентами с учетом возрастного контекста. Зарубежные работы по оценке эффективности показывают перспективность внедрения АСТ в клиническую практику, требуются дальнейшие исследования данного подхода на русскоязычной выборке.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Albert N, Weibell MA. The outcome of early intervention in first episode psychosis. *Int Rev Psychiatry*.

- 2019;31(5–6):413–424. doi: 10.1080/09540261.2019.1643703 Epub 2019 Aug 28. PMID: 31456455.
2. Kane JM, Schooler NR, Marcy P, Correll, CU, Brunette, MF, Mueser KT, Robinson DG. The RAISE early treatment program for first-episode psychosis: background, rationale, and study design. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(3):16590. doi: 10.4088/JCP.14m09289
  3. Simon GE, Coleman KJ, Yarborough BJH, Operskalski B, Stewart C, Hunkeler EM, Lynch F, Carrell D, Beck A. First Presentation With Psychotic Symptoms in a Population-Based Sample. *Psychiatr Serv*. 2017;68(5):456–461. doi: 10.1176/appi.ps.201600257 Epub 2017 Jan 3. PMID: 28045349; PMCID: PMC5811263.
  4. Morris E, Johns LC, Oliver JE. Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Psychosis. John Wiley & Sons; 2013. doi: 10.1002/9781118499184
  5. Morris EMJ, Johns LC, Gaudio BA. Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychol Psychother*. 2024 Mar;97(1):41–58. doi: 10.1111/papt.12479 Epub 2023 Jun 26. PMID: 37357973.
  6. Tonarelli SB, Pasillas R, Alvarado L, Dwivedi A, Cancellare A. Acceptance and commitment therapy compared to treatment as usual in psychosis: A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatry*. 2016;19(3):2–5. doi: 10.4172/2378-5756.1000366
  7. Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel MB, Øhlenschläger J, Christensen TØ, Nordentoft M. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness *BMJ*. 2005;331(7517):602. doi: 10.1136/bmj.38565.415000.E01
  8. Ajnakina O, Stubbs B, Francis E, Gaughran F, David AS, Murray RM, Lally J. Employment and relationship outcomes in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Schizophr Res*. 2021;231:122–133. doi: 10.1016/j.schres.2021.03.013
  9. Catalan A, Richter A, Salazar de Pablo G, Vaquerizo-Serrano J, Mancebo G, Pedruzo B, Aymerich C, Solmi M, González-Torres MÁ, Gil P, McGuire P, Fusa-Poli P. Proportion and predictors of remission and recovery in first-episode psychosis: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. 2021 Nov 3;64(1):e69. doi: 10.1192/j.eurpsy.2021.2246 PMID: 34730080; PMCID: PMC8668449.
  10. Bashir Z, Griffiths SL, Upthegrove R. Recognition and management of depression in early psychosis. *BJPsycho Bull*. 2022;46(2):83–89. doi: 10.1192/bjb.2021.15
  11. Эрикссон Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. М: Прогресс. 1996:344. ISBN: 5-01-004479-X Eriksson EH. Identity, youth, and crisis (Erik Hom-burger), New York, W.W. Norton. (In Russ.).
  12. Хейс СС, Штротсаль КД, Уилсон КГ. Терапия принятия и ответственности. Процессы и практика осознанных изменений. Пер. с англ. М.: Диалектика. 2021:544. ISBN: 978-5-907458-28-4
  13. Хэррис Р. Полное наглядное пособие по Терапии принятия и ответственности. М. Бомбора. 2022:432. ISBN: 978-5-04-113715-1 Khehrris R. Polnoe naglyadnoe posobie po Terapii prinyatiya i otvetstvennosti. M. Bombora. 2022:432. ISBN: 978-5-04-113715-1 (In Russ.).
  14. Barnes-Holmes Y, Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational frame theory: a post-Skinnerian account of human language and cognition. *Adv Child Dev Behav*. 2001;28:101–38. doi: 10.1016/s0065-2407(02)80063-5 PMID: 11605362.
  15. Hughes S, Barnes-Holmes D. Relational frame theory: The basic account. The Wiley handbook of contextual behavioral science. Published online 2015:129–178. doi: 10.1002/9781118489857.ch9
  16. Yıldız E. The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspect Psychiatr Care*. 2020;56(1):149–167. doi: 10.1111/ppc.12396
  17. Pittman J, Richardson T, Palmer-Cooper E. The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *J Contextual Behav Sci*. Published online 2024:100800. doi: 10.1016/j.jcbs.2024.100800
  18. Wakefield S, Roebuck S, Boyden P. The evidence base of acceptance and commitment therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *J Contextual Behav Sci*. 2018;10:1–13. doi: 10.1016/j.jcbs.2018.07.001
  19. Brown E, Shrestha M, Gray R. The safety and efficacy of acceptance and commitment therapy against psychotic symptomatology: a systematic review and meta-analysis. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2020;43:324–336. doi: 10.1590/1516-4446-2020-0948
  20. Jacobson N, Greenley D. What is recovery? A conceptual model and explication. *Psychiatric services*. 2001;52(4):482–485. doi: 10.1176/appi.ps.52.4.482
  21. Moitra E, Gaudio BA. A psychological flexibility model of medication adherence in psychotic-spectrum disorders. *J Contextual Behav Sci*. 2016;5(4):252–257. doi: 10.1016/j.jcbs.2016.10.003
  22. Shi JY, Cao YM, Luo HY, Liu S, Yang FM, Wang ZH. Effect of a group-based acceptance and commitment therapy (ACT) intervention on self-esteem and psychological flexibility in patients with schizophrenia in remission. *Schizophr Res*. 2023;255:213–221. doi: 10.1016/j.schres.2023.03.042
  23. Nashwan A. Value component of acceptance and commitment therapy (ACT) among patients with schizophrenia. *Academia Mental Health and Well-Being*. 2024;1(1). doi: 10.20935/MHealthWellB6197
  24. Bloy S, Morris EMJ, Johns LC, Cooke A, Oliver JE. “My voices are just part of me, they don't own me”: a

- qualitative investigation of Acceptance and Commitment Therapy groups for people experiencing psychosis. *Psychosis*. 2021;13(3):195–208. doi: 10.1080/17522439.2020.1870542
25. El Ashry AM, Abd El Dayem SM, Ramadan FH. Effect of applying “acceptance and commitment therapy” on auditory hallucinations among patients with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 2021;35(2):141–152. doi: 10.1016/j.apnu.2021.01.003
26. Chernov NV, Moiseeva TV, Belyakova MA, Polyakova MD, Sozinova MV. Acceptance and Commitment Therapy for Patients with a First Psychotic Episode. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(4):30–39. doi: 10.17816/CP97
27. Bouws J, Henrard A, de Koning M, Schirmbeck F, van Ghesel Groth S, van Aubel E, Myin-Germeys I. Acceptance and Commitment Therapy for individuals at risk for psychosis or with a first psychotic episode: A qualitative study on patients' perspectives. *Early Interv Psychiatry*. 2024;18(2):122–131. doi: 10.1111/eip.13442
28. Haynes SN, O'Brien WH. Functional analysis in behavior therapy. *Clin Psychol Rev*. 1990;10(6):649–668. doi: 10.1016/0272-7358(90)90074-K
29. Hanley GP, Iwata BA, McCord BE. Functional analysis of problem behavior: A review. *J Appl Behav Anal*. 2003;36(2):147–185. doi: 10.1901/jaba.2003.36-147

### Сведения об авторах

*Иван Денисович Горнушенков*, младший научный сотрудник, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия  
gornushenkov.i.d@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7718-1626>

*Илья Валерьевич Плужников*, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отдел юношеской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия  
pluzhnikov.iv@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6323-0976>

*Александра Николаевна Бархатова*, доктор медицинских наук, руководитель Института психиатрии детей и подростков, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия  
abarkhatova@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>

*Юлия Александровна Чайка*, доктор медицинских наук, директор, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия  
berseneva76@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

### Information about the authors

*Ivan D. Gornushenkov*, Junior Researcher, Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective States, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia  
gornushenkov.i.d@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-7718-1626>

*Ilya V. Pluzhnikov*, Cand. Sci. (Psychol.), Leading Researcher, Department of youth psychiatry, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia  
pluzhnikov.iv@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-6323-0976>

*Alexandra N. Barkhatova*, Dr. Sci. (Med.), Head of the Institute of Child and Adolescent Psychiatry, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia  
abarkhatova@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0003-3805-332X>

*Yulia A. Chaika*, Dr. Sci. (Med.), Director, FSBSI Mental Health Research Centre, Moscow, Russia  
berseneva76@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7182-2472>

### Вклад авторов

*Горнушенков И.Д.* — создание черновика рукописи, концептуализация;

*Плужников И.В.* — создание рукописи и ее редактирование;

*Бархатова А.Н.* — руководство исследованием;

*Чайка Ю.А.* — администрирование проекта, ресурсы.

### Authors' contribution

*Ivan D. Gornushenkov* — drafting the manuscript and conceptualization;

*Ilya V. Pluzhnikov* — creating and editing the manuscript;

*Alexandra N. Barkhatova* — research management;

*Yulia A. Chaika* — project administration, resources.

### Конфликт интересов/Conflict of interests

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

*The authors declare no conflicts of interests.*

Дата поступления 29.01.2025  
Received 29.01.2025

Дата рецензирования 06.06.2025  
Revised 06.06.2025

Дата принятия к публикации 16.09.2025  
Accepted for publication 16.09.2025