

УДК 616.895.8:316.454.5:616.89-008.44:614.253.89:632.95.026

Для цитирования: Гуткевич Е.В., Мальцева Ю.Л., Яворская В.П., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Счастный Е.Д. Потенциал восстановления психосоциального функционирования при расстройствах шизофренического спектра. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 3 (128). С. 25-36. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3\(128\)-25-36](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3(128)-25-36)

Потенциал восстановления психосоциального функционирования при расстройствах шизофренического спектра

Гуткевич Е.В.^{1,2}, Мальцева Ю.Л.¹, Яворская В.П.¹, Федоренко О.Ю.¹, Лобачева О.А.¹, Счастный Е.Д.¹

¹ НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр
Российской академии наук
Россия, 634014, Томск, ул. Алеутская, 4

² ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский Томский государственный университет»
Россия, 634050, Томск, пр. Ленина, 36

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Потенциал изучения психосоциального функционирования больных шизофренией определяется многофакторной природой возникновения и развития нарушений психического здоровья и неоднозначностью результатов исследований конкретных средовых факторов. Накапливаются данные о значительном влиянии микросоциальных процессов на восстановление и адаптацию при психических расстройствах, что влечет необходимость выявления взаимосвязи социально-бытового, в том числе семейного и домашнего функционирования больных, и ресурсов личности как потенциальных факторов формирования разноуровневых адаптационных компетенций и психосоциального функционирования при психических расстройствах с перспективой разработок практик создания дружелюбности домашней среды. **Цель:** выявление качественных и количественных характеристик жизненной среды (семейной среды обитания), включающей особенности привязанности к дому, пищевого статуса и физической нагрузки в норме и при клинко-социальной дезадаптации лиц с шизофренией как потенциала восстановления и оптимизации адаптационных возможностей и психосоциального функционирования больных расстройствами шизофренического спектра. **Материалы и методы.** Исследование проводилось для проверки гипотезы путем сплошного безвыборочного, бесповторного наблюдения и анкетирования следующих четырех групп: 1-я группа (n=152) – участники проекта «День психического здоровья в НИИ психического здоровья» в 2021-2023 гг., 2-я группа (n=62) – родственники и значимые близкие лица, 3-я группа (n=67) – пациенты с расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10 F2), 4-я группа (n=94) – здоровые лица (он-лайн опрос). В общую выборку наблюдения вошло 375 человек, в выборку прошедших психодиагностическое тестирование – 281, в возрасте 18-65 лет. Применяли клинко-динамический метод, анкетный опрос, экспериментально-психологическое тестирование, методы математической статистики. Уровень привязанности к дому оценивали в баллах с помощью опросника Привязанность к дому с выделением двух блоков – эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому. Особенности питания и пищевые рационы определялись с применением Опросника питания, включающего 12 пунктов. Физическая активность оценивалась с использованием краткого опросника Физическая активность с 5 пунктами интенсивности и видов физических занятий. Полученные данные статистически обработаны. **Результаты.** В ходе исследования установлены средние баллы психосоциальной характеристики привязанности к дому в группах: здоровые респонденты – 3,55, участники Дня психического здоровья (пользователи специализированной консультативной помощи) – 3,75, родственники и значимые близкие – 4,00, пациенты – 3,71. Для пациентов с расстройствами шизофренического спектра характерны снижение эмоционально-смысловой привязанности и повышение функциональной привязанности к дому. Корреляционный анализ обнаружил статистически значимые корреляции в группе пациентов: между эмоционально-смысловой привязанностью и функциональной привязанностью ($r=0,813136$, $p=0,001$), эмоционально-смысловой привязанностью и суммарным баллом привязанности к дому ($r=0,961629$, $p=0,001$). Анализ рационов питания показал, что менее половины (47,2%) пациентов придерживаются рационального пищевого режима. Средний балл по опроснику Физическая активность у больных составил 2,0 [0; 3], у четверти опрошенных физическая активность отсутствует. На уровне тенденций установлены отрицательные корреляции между параметрами физической активности и некоторыми характеристиками эмоционально-смысловой привязанности к дому. **Заключение.** Исследование микросоциальных факторов функционирования пациентов с расстройствами шизофренического спектра в домашней среде выявило особенности психосоциальной характеристики привязанности к дому, пищевых рационов и физической активности. Участники Дня психического здоровья показали средние значения суммарного и среднего баллов, родственники и значимые близкие продемонстрировали максимальные в выборке значения суммарного и среднего баллов привязанности к дому. Определены направления формирования адекватных технологий психосоциальной реабилитации пациентов.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, специфическая дезадаптация, привязанность к дому, физическая активность, пищевые рационы, психосоциальное функционирование, восстановление.

ВВЕДЕНИЕ

Первостепенную роль в психосоциальном функционировании как способности выполнять социальные роли и действия в повседневной жизни, а также в основных функциональных сферах (уход за собой, общение, мобильность) лиц со стойкими ментальными нарушениями играет многофакторная природа нарушений психического здоровья. Актуальной остается биопсихосоциальная модель развития психических расстройств, предложенная Engel [1] и развивающаяся в настоящее время в следующих исследованиях: конституционно-биологического подхода с конкретизацией нейротрансмиттерных и иммунобиологических параметров, что расширяет биопсихосоциальную модель шизофрении [2]; концепции мультиморбидности, перспективной для решения практических вопросов терапии конкретного пациента [3]; оценку различных фенотипов (антропометрических, нейрокогнитивных, инструментальных, лабораторных) шизофрении для повышения возможности установления факторов риска и этиологии расстройств шизофренического спектра [4].

Критика биопсихосоциальной модели во многом основана на неопределенности и различных трактовках механизмов связи между био-, психо- и социальными компонентами [5]. Психосоциальный подход рассматривает индивида в контексте влияния психологических факторов и окружающей социальной среды на его благополучие и способность функционировать. В современной литературе содержится достаточно сведений, свидетельствующих о том, что между средовыми факторами и биологическими свойствами организма человека существует неразрывная взаимосвязь; первые способны влиять на многие биологические функции, которые могут в конечном итоге быть причиной клинического полиморфизма психических расстройств, в том числе шизофрении, отклонений в реакциях на применение психотропных препаратов, различий адаптационных возможностей больных. Детский травматический опыт влияет на психическое здоровье взрослых, вызывая тревожно-депрессивные расстройства, панические атаки, ПТСР и др. [6]. Шизофрения может служить интегративной когнитивной моделью социоразвития, так как социальные невзгоды искажают когнитивную схему, используемую для интерпретации опыта, вызывая проявления параноидального расстройства [7]. Многомерная (холистическая) диагностика необходима для определения функционально-динамических показателей адаптации при эндогенных психических расстройствах, но методы доказательной медицины лишь отчасти адекватны для психологических интервенций [8].

Так как социально-демографические и культурологические особенности влияют на психику, результаты исследований по поддержанию психического здоровья следует использовать для разработки стратегий, учитывающих взгляды и ценности местных сообществ [9, 10].

Показано, что адаптационные процессы при шизофрении определяются многообразием факторов, в том числе нарушениями метаболического и физического здоровья, определяющими специфическую дезадаптацию при расстройствах шизофренического спектра, а также наиболее уязвимыми сферами жизнедеятельности пациентов – отношениями с окружающими их родственниками, близкими людьми в домашней (семейной) среде и макросоциуме [11, 12, 13].

Среда обитания человека рассматривается как совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющей условия жизнедеятельности человека, а факторами среды обитания являются биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические, социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений [14]. Среди социальных (социально-культурных) факторов к основным относятся такие как взаимодействия в семейной (домашней) среде, характер питания, физическая культура (активность) и др. [15]. Известен феномен привязанности к месту “place attachment”, в котором под местом чаще всего понимают реальную или воображаемую территорию – страну, район или дом [16]. Чаще всего домашняя среда является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к личностно значимому месту, влияющему на поведение и ценности, направляющему жизнь, поддерживающему психологическое благополучие человека [17, 18]. Пространство домашней среды в том числе формируется и самой семьей, определяя жизненный путь, семейное функционирование и адаптацию человека, которые могут быть в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья [19]. Предотвращение травм должно быть частью продвижения NatureCultureHealth в целях укрепления общественного здоровья. Как следствие современного «стиля жизни» гены могут «включаться» и «выключаться» [20], так как эпигенетические факторы влияют на активность экспрессии определенных генов на нескольких уровнях, что приводит к изменению фенотипа клетки или организма.

Многие эпигенетические факторы и механизмы были уточнены и расширены, в том числе в отношении питания и отдельных нутриентов [21, 22]. В последние годы особое внимание уделяется минорным компонентам пищи, обладающим биологической активностью. К ним относятся фенолы, полифенолы, индолы, изофлавоны, другие биологически активные соединения, присутствующие в большом количестве в растительной пище, плодах, овощах и фруктах [23]. Именно эти соединения ответственны за экспрессию генов ферментов антиоксидантной защиты, ферментов метаболизма ксенобиотиков, в том числе лекарственных препаратов, что в значительной степени определяет динамику психофармакотерапии и психосоциального функционирования при расстройствах шизофренического спектра. Повышение психофизиологических возможностей больных, имеющих стойкие расстройства психики, с помощью увеличения объема их двигательных умений и навыков, методов адаптивной физической культуры позволяет оптимизировать эмоциональное состояние [24, 25, 26].

Однако остаются недостаточно изученными конкретные факторы и взаимосвязи социально-бытовой, в том числе семейной и домашней жизнедеятельности, особенностей питания, физической активности как потенциальных факторов психосоциального функционирования при шизофренических расстройствах. Оценка совокупности идентифицированных признаков клинко-социопсихологических особенностей больных шизофренией (особенности привязанности к дому, пищевого статуса, интенсивности и видов физических занятий) способствует получению новых знаний о психосоциальном функционировании при ментальных нарушениях, совершенствованию технологий персонализированной помощи больным и членам их семей, повышению их эффективности.

Таким образом, актуальность изучения жизненной (домашней) среды индивидов с различным уровнем психического здоровья определяется многофакторностью причин возникновения и развития психических расстройств; возможностью выявления взаимосвязей социального и бытового, в том числе семейного и домашнего, функционирования больных психическими расстройствами и выраженностью клинко-психопатологических (когнитивных, дезадаптационных) нарушений при шизофрении; необходимостью идентификации ресурсов личности (привязанности к дому, особенности питания и физической активности) как факторов формирования разноразмерных адаптационных компетенций при психических расстройствах; важностью получения новых знаний о механизмах охраны психического здоровья и перспективой разработок практик создания дружелюбности домашней (семейной) среды.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление качественных и количественных характеристик жизненной среды (семейной среды обитания), включающей особенности привязанности к дому, пищевого статуса и физической нагрузки в норме и при клинко-социальной дезадаптации лиц с шизофренией как потенциала восстановления и оптимизации адаптационных возможностей и психосоциального функционирования больных расстройствами шизофренического спектра.

ГИПОТЕЗА

Специфические факторы дезадаптивного функционирования больных расстройствами шизофренического спектра в домашней среде могут быть представлены как особенности эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому, пищевых рационов, интенсивности и видов физических занятий. Выявленные характеристики субъективного отношения к дому, нарушений в питании и физической активности в перспективе могут стать индикаторами специфической клинко-социальной дезадаптации при расстройствах психического здоровья и потенциальными мишенями для воздействий в рамках технологий психосоциальной реабилитации.

МАТЕРИАЛЫ

Исследование проведено для проверки гипотезы путем сплошного безвыборочного, бесповторного наблюдения и анкетирования следующих четырех групп: 1-я группа (n=152) – участники проекта «День психического здоровья в НИИ психического здоровья» в 2021-2023 гг., 2-я группа (n=62) – родственники и значимые близкие лица, 3-я группа (n=67) – пациенты с расстройствами шизофренического спектра (по МКБ-10 F2), 4-я группа (n=94) – здоровые лица (он-лайн опрос). В общую выборку наблюдения вошло 375 человек, в выборку прошедших психодиагностическое тестирование – 281, в возрасте 18-65 лет.

МЕТОДЫ

Применяли клинко-динамический метод, анкетный опрос, экспериментально-психологическое тестирование, методы математической статистики. Уровень привязанности к дому оценивали в баллах с помощью опросника Привязанность к дому с выделением двух блоков – эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому. Особенности питания и пищевые рационы определялись с помощью Опросника питания, включающего перечень из 12 вопросов. Физическая активность оценивалась с использованием краткого опросника Физическая активность с 5 пунктами интенсивности и видов физических занятий. Полученные данные были статистически обработаны для выявления закономерностей, тенденций и связей.

В исследовании с разрешения авторов апробирован экспериментально-психологический опросник Привязанность к дому, содержащий 14 пунктов и 5 вариантов ответа: от «Совершенно не согласен» до «Совершенно согласен» с выделением двух блоков – эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому [27]. Эмоционально-смысловая привязанность определялась подсчетом баллов ответов на вопросы следующих утверждений: 1. *Я чувствую, что мой дом – это часть меня.* 3. *Мой дом – это особенное место для меня.* 5. *Мой дом и я очень похожи друг на друга.* 6. *Я получаю большое удовольствие, находясь в собственном доме, нежели в других местах.* 7. *Я очень привязан(а) к своему дому.* 9. *Видящие мой дом могут узнать обо мне многое.* 13. *По образу жизни мировоззрению я похож(а) на тех, кто живет в моем доме.* Функциональная привязанность – баллы ответов на вопросы утверждений: 2. *Мой дом – лучшее место заниматься тем, что мне нравится.* 4. *Ни одно другое место не может сравниться с моим домом.* 8. *То, чем я занимаюсь дома, важнее того, что я делаю в других местах.* 10. *Занимаясь любимыми делами дома, я наслаждаюсь ими не меньше, чем если бы делал это где-то еще.* 11. *Мой дом значит очень многое для меня.* 12. *Я бы не хотел делать в других местах то, чем занимаюсь дома.* 14. *Я готов(а) вкладывать силы и душу в дом, где я живу.* Исследование проводилось для получения оценок отношения к домашней среде, к дому как месту функционирования семьи лиц с разными уровнями психического здоровья.

Индивидуальные особенности питания определялись с помощью Опросника питания, состоящего из перечня 12 вопросов. Пункты 1-7 характерного рациона питания Рациональный – с достаточным и регулярным в пределах физиологических норм потреблением продуктов питания (первый тип) и другие типы рационов, включая второй рацион питания с преимущественным потреблением мясных продуктов и колбас, третий – с доминированием потребления молочных продуктов, четвертый – достаточное или значительное потребление рыбы и морепродуктов, пятый рацион, ориентированный на преимущественное потребление овощей, фруктов, ягод, круп, растительных масел, шестой – с преобладающим потреблением макаронных изделий, хлебопродуктов, картофеля, круп, мучных кондитерских изделий и седьмой тип – повышенное потребление высококалорийных сладких продуктов, кондитерских изделий [28]. Пункты 8-10 были предметом изучения возможной непереносимости молока и молочных продуктов, использования какой-либо диеты, описания ежедневного меню.

Физическая активность изучалась с помощью краткого опросника Физическая активность, содержащего 5 пунктов интенсивности и видов физических занятий: *отсутствует, редкая (1-2 раза в квартал), нерегулярная (1-2 раза в месяц), любительская (1-2 раза в неделю), профессиональная (1-2 раза в день)* и оценкой в баллах от 0 до 4 на основе уже известных параметров физической активности [29].

Статистическую обработку полученных данных проводили с использованием пакета программ Statistica 12.0. Количественные значения параметров представлены в виде медианы и межквартильного размаха (Me [LQ; UQ]). Независимые выборки сравнивали с помощью U-критерия Манна-Уитни, при корреляционном анализе использовали критерий Спирмена. Критический уровень значимости принимался равным $p < 0,05$.

Ограничения исследования: 1) разновозрастной и количественный состав участников групп, что затрудняет возможность сравнения показателей, 2) так как результаты получены двумя способами (офлайн и онлайн предъявления тестов), они могли быть искажены осознанно или неосознанно социальной желательностью ответов.

Исследование проводилось в рамках научных тем НИИ психического здоровья Томского НИМЦ РАН в 2019-2021 гг. «Комплексное исследование клинко-психопатологических закономерностей и патофизиологических механизмов формирования и прогрессивности социально значимых психических и поведенческих расстройств с разработкой инновационных методов ранней диагностики, персонализированных стратегий терапии и профилактики», в 2022-2024 гг. «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективной терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

После завершения исследования получены совокупные данные о клинко-динамических характеристиках обследованных пациентов с расстройствами шизофренического спектра (далее – РШС). В большинстве (58,3%) случаев диагностирована параноидная шизофрения (F20.0), инвалидами II группы были 18,7%, III группы – 33,3% обследованных. По возрастному составу преобладали пациенты наиболее трудоспособного возраста: наибольшее количество ($n=119$, 25,6%), приходилось на лиц в возрасте 40-49 лет. Количество женщин преобладало над числом мужчин. Регоспитализации установлены с минимальной частотой (6%). Большая часть (64%) пациентов были холосты и не имели собственной семьи.

Среди типов социальной адаптации у пациентов с шизофренией и сопутствующим метаболическим синдромом преобладали относительно неблагоприятные (экстравертный и деструктивный), для пациентов с акатизией, наоборот, было свойственно формирование деструктивного типа адаптации ($n=27$, 29,3%), кроме того, значительно преобладали пациенты с экстравертным типом ($n=52$, 56,6%), интровертный тип встречался реже ($n=13$, 14,1%) [30, 31].

Исследование качественных и количественных характеристик особенностей привязанности к дому в норме (1-я, 2-я и 4-я группы) и при клинко-социальной дезадаптации пациентов с РШС выявило следующее: средний балл психосоциальной характеристики привязанности к дому пациентов – 3,71, здоровых респондентов – 3,55. Преобладающее количество положительных ответов здоровых респондентов молодого возраста, в основном студентов, были получены на вопросы, относящиеся в большей степени к эмоционально-смысловой привязанности к месту (более 60% респондентов выбрали ответы «скорее согласен», «совершенно согласен»). Полученные данные согласуются с тем, что вариантом проявления эмоционально-смысловой привязанности может быть идентификация с домашней средой, в рам-

ках которой дом выступает личностным элементом «образа Я» молодого человека [32]. В равной мере для студентов наиболее актуальной становится учебно-профессиональная деятельность, что может объяснять преобладание эмоционально-смысловой привязанности к месту. С другой стороны, период студенчества связан с расширением пространства жизнедеятельности и возможностей человека, проведением большого количества времени вне домашней среды, что может ослаблять функциональную привязанность к дому и включенность в домашние обязательства, а также объяснять снижение среднего балла.

В 1-й группе (участники Дня психического здоровья) средний балл по опроснику Привязанности к дому составил 3,75, во 2-й группе (родственники и значимые близкие) – 4,00, в 3-й группе (пациенты с РШС) – 3,71. Таким образом, родственники и значимые близкие больных продемонстрировали наибольшие значения среднего балла опросника Привязанности к дому в сравнении с группами пользователей специализированной консультативной помощи и больных РШС.

В таблице 1 представлены данные сравнительного анализа суммарных баллов показателя привязанности к дому в выборке респондентов, прошедших психодиагностическое тестирование.

Т а б л и ц а 1. Показатели суммарного балла характеристики привязанности к дому в трех группах обследуемых (Me [LQ; UQ])

Группа	Сумма баллов	р-уровень значимости различий между группами
1-я группа (участники Дня психического здоровья, $n=152$)	52,5 [43,5; 58,0]	$p_{1-2}=0,045$
2-я группа (родственники и значимые близкие, $n=62$)	56 [44,0; 63,0]	
3-я группа (пациенты с РШС, $n=67$)	52,0 [42,0; 59,0]	
Всего ($n=375$)	52,0 [44,0; 59,0]	

Особенностью распределения ответов пациентов с РШС явилось то, что самыми частыми ответами на одни и те же вопросы у разных пациентов были противоположные (не соответствующие предыдущим), такие как «Совершенно согласен» и «Совершенно не согласен», что подтверждает их противоречивость и амбивалентность в поведении, неспособность однозначного решения и может быть связано с клинко-психопатологическими, нейропсихологическими нарушениями и специфической дезадаптацией.

Выполнена оценка эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому в трех сравниваемых группах лиц с разными уровнями психического здоровья. Определены значимые различия параметров эмоционально-смысловой привязанности в группах участников «Дня психического здоровья», родственников и значимых близких, больных РШС. Сравнительная характеристика данных показателей представлена в таблице 2.

В группе больных РШС обнаружена тенденция к снижению значения эмоционально-смысловой привязанности и повышение значимости функциональной привязанности (в сравнении с другими группами). Корреляционный анализ выявил статистически значимые корреляции в группе пациентов с РШС: между эмоционально-смысловой привязанностью и функциональной привязанностью ($r=0,813136$, $p=0,001$), а также между эмоционально-смысловой привязанностью и суммарным баллом привязанности к дому ($r=0,961629$, $p=0,001$). Психологические основы привязанности, необходимые для позитивного восприятия себя и жизни, обретения эмоциональной стабильности, могут быть сопряжены со множеством факторов и индивидуальных предикторов, в этом плане особенно важна поддержка окружения. Однако пациенты с РШС в связи с частым пребыванием вне домашней среды в периоды повторных госпитализаций находятся в социальной изоляции [33].

Т а б л и ц а 2. Показатели суммарного балла эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому в трех группах обследуемых (Me [LQ; UQ])

Группа	Эмоционально-смысловая привязанность	p-уровень значимости различий между группами	Функциональная привязанность	p-уровень значимости различий между группами
1-я группа (участники Дня психического здоровья, n=152)	26 [22; 29]	$p_{1-2}=0,037$	26 [22,5; 29]	$p_{1-2}=0,279$
2-я группа (родственники и значимые близкие, n=62)	27 [24; 32]		27,5 [22; 31]	
3-я группа (пациенты с РШС, n=67)	26 [21; 30]		26 [23; 30]	
Всего (n=375)	26 [22; 30]		26 [22; 30]	

В 3-й группе пациентов с РШС проведен анализ рационов питания, который показал, что менее половины (47,2%) из них придерживаются пищевого режима Рациональный – с достаточным и регулярным в пределах физиологических норм потреблением продуктов питания: ограниченное (редкое) потребление сладостей, твердых жиров, копченых, соленых и маринованных продуктов; 3-4-разовое питание, без переизбытка (первый тип). Увеличение числа больных РШС с изменениями пищевого статуса обусловлено предрасположенностью ко второму типу рациона питания с преимущественным потреблением мясных продуктов, колбас (16,7%). Реже (11,1%) зарегистрирован шестой тип рациона питания с преобладающим потреблением макаронных изделий, хлебобулочных, картофеля, круп, мучных кондитерских изделий. В редких случаях встречались третий (доминирует потребление молочных продуктов при сниженном или нормальном потреблении остальных продуктов питания) и четвертый (достаточное или значительное потребление рыбы и морепродуктов) рационы (по 8,3% случаев каждый). Пятый (ориентирован на преимущественное потребление овощей, фруктов, ягод, круп, растительных масел) тип питания представлен у 5,6% пациентов с РШС. В 2,8% случаев наблюдался седьмой тип – повышенное потребление высококалорийных сладких продуктов, кондитерских изделий. При этом пациенты с РШС не страдали непереносимостью лактозы – повышенной чувствительностью к потреблению молока и молочных продуктов (84,4%), чаще не руководствовались какой-либо диетой (87,9%), среди диет отдавали предпочтение раздельному питанию, безглютеновой диете. Полученные данные свидетельствуют о сдвигах в рационах питания пациентов с РШС. При этом потребление, превышающее необходимый уровень таких продуктов как хлебобулочные изделия, мясные продукты и колбасы с высоким содержанием жира и соли, сахар и кондитерские изделия, предсказуемо приводит к увеличению калорийности рациона и несоответствию её энерготратам, что способствует чаще всего повышению массы тела [34].

Одновременно пациенты с РШС недополучают овощи, фрукты, молочные продукты, богатые витаминами, микроэлементами, а также растительные масла, обеспечивающие организм эссенциальными ПНЖК, что нарушает обмен веществ. Пациенты с метаболическим синдромом не только «...имели примерно одинаковый рацион питания и вели приблизительно одинаковый образ жизни...», но и большую выраженность апатико-абулической симптоматики [30, 31]. При этом дефицитарная симптоматика является проявлением заболевания как фактора, изменяющего образ жизни и пищевое поведение, способствующего повышению веса [35].

При шизофрении, как правило, избыточная масса тела/ожирение сопровождается развитием инсулинорезистентности тканей (прежде всего жировой и мышечной) и повышением уровня инсулина в крови. Гиперинсулинемия может повышать активность симпатической системы, проявляющейся сердцебиениями, повышением АД, задержкой жидкости – симпатикотонией. При этом возрастает риск сердечно-сосудистых и других осложнений [11, 26]. Также этому способствуют малоподвижный образ жизни пациентов и недостаточная физическая активность, что нашло подтверждение в полученных нами данных. Средний балл у больных РШС по опроснику Физическая активность составил 2,0 [0; 3]. У четверти опрошенных физическая активность отсутствует, редкая (1-2 раза в квартал) и нерегулярная (1-2 раза в месяц) определены в 17,5% случаев, любительская (1-2 раза в неделю) – в 30%, профессиональная (1-2 раза в день) – в 10%, что свидетельствует о низкой интенсивности и однообразии видов физической активности.

На уровне тенденций обнаружены отрицательные корреляции между параметрами физической активности и некоторыми характеристиками эмоционально-смысловой привязанности к дому по данным ответов на предложенные утверждения:

1. Я чувствую, что мой дом – это часть меня;
3. Мой дом – это особенное место для меня;
5. Мой дом и я очень похожи друг на друга;
6. Я получаю большое удовольствие, находясь в собственном доме, нежели в других местах;

9. *Видящие мой дом могут узнать обо мне многое.* Полученные данные указывают на значение характерных особенностей эмоционально-волевой сферы больных РШС в проявлениях различных видов активности, в том числе физической, в домашней среде. У пациентов в связи с апатией, безразличием, эмоциональной отстраненностью снижается или может отсутствовать мотивация к нормализации режима с элементами здорового образа жизни (сбалансированное питание, достаточный объем двигательных нагрузок, нормализация ежедневного режима, 8-часовой сон, отказ от курения и т.д.), стремление к соблюдению рекомендаций по лечению и антирецидивному поведению [26, 36].

В процессе внедрения в практику научных достижений, учитывая выявленные характеристики отношения пациентов к дому, как к месту проживания и «бытования», а также данные об особенностях пищевого режима, физической нагрузки, физической культуры и поведенческих норм и привычек, разрабатывается персонализированная программа различной ежедневной деятельности пациента дома (вне стационара), в частности структурирующая программа с рекомендациями о конкретной деятельности и различных активностях в домашней среде в сфере питания и физической активности. Для родственников пациентов с различными информационными потребностями рекомендуются психообразовательные программы, формирующие новые знания о функционировании психического больного в домашней семейной среде и развитии навыков сбалансированного питания и оптимальной физической нагрузки.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По данным обследования пациентов с РШС, у большинства (58,3%) диагностирована параноидная шизофрения, имела инвалидность (52%) по психическому заболеванию, при этом большая часть (62%) из них холосты и не имеют собственной семьи, при сочетанности с метаболическим синдромом и акатизией преобладают относительно неблагоприятные, деструктивные типы социальной адаптации. Полученные результаты свидетельствуют о проявлениях специфической дезадаптации больных. Исследование психосоциальной характеристики привязанности к дому пациентов с РШС продемонстрировало низкие уровни суммарного и среднего баллов привязанности со снижением значения эмоционально-смысловой привязанности и повышением функциональной привязанности к дому. Выявлены значимые корреляции между эмоционально-смысловой привязанностью и суммарным баллом привязанности к дому, что может быть обусловлено клинко-психопатологическими, нейропсихологическими нарушениями и проявлениями дезадаптации в эмоциональной и поведенческой сферах.

Участники Дня психического здоровья показали низкие значения среднего суммарного и среднего баллов. Родственники и значимые близкие пациентов с РШС продемонстрировали наибольшие значения суммарного и среднего баллов привязанности к дому по сравнению с участниками Дня психического здоровья и самими пациентами (4,00 против 3,75 и 3,71).

Увеличение числа больных РШС с нарушениями пищевого статуса определяется тем, что для половины опрошенных пациентов характерны несбалансированные рационы питания (избыточное потребление пищи, психологическая одержимость так называемым здоровым питанием, диеты, голодание). У четверти опрошенных физическая активность отсутствует, редкая, нерегулярная и любительская отмечены более чем в половине случаев, что подтверждает низкую интенсивность и однообразие видов физической активности. На уровне тенденций установлены отрицательные корреляции между параметрами физической активности и некоторыми характеристиками эмоционально-смысловой привязанности к дому.

Признаки специфической дезадаптации больных РШС, такие как нарушения семейных и социальных контактов из-за сложностей в общении и низкой самооценки, повышение массы тела, ожирение, нарушения двигательной активности сопровождаются особенностями привязанности к дому, трансформациями фактического потребления продуктов питания и пищевого статуса, значительным снижением частоты, продолжительности и видов физических занятий. Установлены объективные оценки параметров эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к домашней среде лиц с разными уровнями психического здоровья (здоровые, родственники и близкие, больные), физической активности, пищевых рационов и их взаимосвязи у больных РШС. Определены направления по совершенствованию и разработке технологий самореабилитации и персонализированных информационно-мотивационных психокоррекционных программ обучения при нарушениях повседневного функционирования (нутритивного статуса, физической нагрузки) с учетом особенностей эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому больных РШС и их родственников.

Выявленные некоторые особенности привязанности к дому и субъективного отношения к домашней среде, характеристики пищевого статуса и уровня физической активности в перспективе могут стать потенциальными индикаторами адаптации/дезадаптации при шизофренических и других ментальных нарушениях, а также состояния психического здоровья у лиц из групп риска (родственники и близкие пациентов), что требует дальнейших междисциплинарных исследований.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов в связи с публикацией данной статьи.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Работа выполнялась в соответствии с бюджетным финансированием госзадания НИИ психического здоровья № 075-075-00490-25-00 в рамках комплексной темы НИР «Биопсихосоциальные механизмы патогенеза и клинического полиморфизма, адаптационный потенциал и предикторы эффективности терапии у больных с психическими и поведенческими расстройствами в регионе Сибири, регистрационный номер 122020200054-8.

СООТВЕТСТВИЕ ПРИНЦИПАМ ЭТИКИ

Исследование выполнено в соответствии с «Этическими принципами проведения научных медицинских исследований с участием человека» и «Правилами клинической практики в Российской Федерации», этическими стандартами, разработанными на основании Хельсинской декларации ВМА 1964 г. со внесенными поправками в 1975-2013 гг. Одобрено ЛЭК при НИИ психического здоровья Томского НИМЦ (протокол № 147 от 22.11.2021 г.).

БЛАГОДАРНОСТИ

Авторы выражают благодарности научному руководителю отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья, на базе которого выполнено исследование – д.м.н. Е.Г. Корнетовой, принимавшим участие в психодиагностическом тестировании пациентов врачам-психиатрам второго клинического психиатрического отделения НИИ психического здоровья – Ю.Н. Бородюк, Ю.Н. Горбачевич, А.Г. Перевезнюк, в работе с участниками «Дня психического здоровья» – научному волонтеру С.В. Владимировой.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. <https://doi.org/10.1126/science.847460>. PMID: 847460.
- Корнетова Е.Г., Семке А.В., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Лобачева О.А., Семенюк К.А., Бойко А.С., Бохан Н.А. Шизофрения: биопсихосоциальная модель и конституционально-биологический подход. Томск: Изд-во ООО «Интегральный Переплет», 2018. 174 с. Kometova EG, Semke AV, Kornetov AN, Ivanova SA, Lobacheva OA, Semenyuk KA, Boiko AS, Bokhan NA. Schizophrenia: biopsychosocial model and constitutional-biological approach. Tomsk: Printing House Integrated Casework Ltd., 2018:174 (in Russian).
- Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д., Пинахина Д.В., Кибитов А.О., Незнанов Н.Г., Мазо Г.Э. Концепция мультиморбидности как интегративный метод изучения механизмов формирования психических и соматических заболеваний. Обзорные психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2023. Т. 57, № 4. С. 8-19. Rukavishnikov GV, Kasyanov ED, Pinakhina DV, Kibitov AO, Neznanov NG, Mazo G.E. Multimorbidity concept as integrative research method of mental and somatic disorders mechanisms. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2023;57(4):8-19. <https://doi.org/10.31363/2313-7053-2023-854> (in Russian).
- Корнетова Е.Г., Галкин С.А., Корнетов А.Н., Иванова С.А., Бохан Н.А. Фенотипы шизофрении. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2025. № 2 (127). С. 15-32. Kornetova EG, Galkin SA, Kornetov AN, Ivanova SA, Bokhan NA. Phenotypes of schizophrenia. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025;2(127):15-32. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2\(127\)-15-32](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-2(127)-15-32) (in Russian).
- Коцюбинский А.П., Коцюбинский Д.А. Биологический редукционизм как препятствие для дальнейшего развития биопсихосоциальной концепции психических расстройств. *Consortium Psychiatricum*. 2023. Т. 4, № 4. С. 75-84. Kotsyubinsky AP, Kotsyubinsky DA. Biological reductionism as an obstacle to further development of the biopsychosocial concept of mental disorders. *Consortium Psychiatricum*. 2023;4(4):75-84. <https://doi.org/10.17816/CP15476> (in Russian).
- Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. *Acad Pediatr*. 2009 May-Jun;9(3):131-2. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2009.03.001>. Epub 2009 Apr 9. PMID: 19450768.
- Howes OD, Murray RM. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *Lancet*. 2014 May 10;383(9929):1677-1687. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62036-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62036-X). Epub 2013 Dec 6. PMID: 24315522; PMCID: PMC4127444.
- Коцюбинский А.П. Многомерная (холистическая) диагностика в психиатрии (биологический, психологический, социальный и функциональный диагнозы). СПб.: Изд-во СпецЛит, 2017. 284 с. Kotsyubinsky AP. Multidimensional (holistic) diagnostics in psychiatry (biological, psychological, social and functional diagnoses). St. Petersburg: SpetsLit, 2017:284 (in Russian).
- Charura D, Bushell S. A duo ethnographic exploration of colonialism in the cultural layer of the objective psyche. *J Anal Psychol*. 2023; 68(12):27-47. <https://doi.org/10.1111/1468-5922.12878>.
- Inglis J. Using human-environment theory to investigate human valuing in protected area management PhD thesis. Australia, Victoria University, 2008. <https://vuir.vu.edu.au/id/eprint/1513>.
- Иванова С.А., Корнетова Е.Г., Бойко А.С., Меднова И.А., Хамина В.В., Семке А.В., Бохан Н.А. Метаболический синдром у больных шизофренией: клинико-конституциональные особенности и молекулярные маркеры. Томск: Изд-во ООО «Интегральный переплет», 2021. 158 с. Ivanova SA, Kornetova EG, Boiko AS, Mednova IA, Khamina VV, Semke AV, Bokhan NA. Metabolic syndrome in patients with schizophrenia: clinical and constitutional features and molecular markers. Tomsk: Printing House Integrated Casework Ltd., 2021:158 (in Russian).
- Лобачева О.А., Ветлугина Т.П., Корнетова Е.Г., Семке А.В. Иммуноэндокринные нарушения у больных шизофренией в процессе антипсихотической терапии. Российский иммунологический жур-

- нал. 2019. Т. 13, № 2-1 (22). С. 374-376. Lobacheva OA, Vetlugina TP, Kornetova EG, Semke AV. Immunoendocrine disorders in patients with schizophrenia during antipsychotic therapy. *Russian Journal of Immunology*. 2019;13(2-1,22):374-376. <https://doi.org/10.31857/S102872210006632-0> (in Russian).
13. Лутова Н.Б., Макаревич О.В., Сорокин М.Ю. Бремя семьи и семейная стигма у родственников пациентов с шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия. 2020. Т. 30, № 4. С. 22-27. Lutova NB, Makarevich OV, Sorokin MYu. Family burden and family stigma in relatives of patients with schizophrenia. *Social and Clinical Psychiatry*. 2020;30(4):22-27 (in Russian).
 14. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 № 52-ФЗ. М., 1999. 78 с. Federal Law "On the Sanitary and Epidemiological Welfare of the Population" dated 30.03.1999 No. 52-FZ. Moscow, 1999:78 (in Russian).
 15. Хритинин Д.Ф., Петров Д.С., Коновалов О.Е., Ландышев М.А. Микросоциальная среда и психиатрическая помощь. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. 176 с. Khritinin DF, Petrov DS, Konovalov OE, Landyshev MA. Microsocial environment and psychiatric care. Moscow: GEOTAR-Media, 2015:176 (in Russian).
 16. Williams D, Stewart SI. Sense of place: An elusive concept that is finding a home in ecosystem management. *J Forestry*. 1998;96(5):18-23.
 17. Нартова-Бочавер С.К., Бочавер А.А., Дмитриева Н.С., Резниченко С.И. Дом как жизненная среда человека: психологическое исследование. М.: Изд-во Памятники исторической мысли, 2016. 220 с. Nartova-Bochaver SK, Bochaver AA, Dmitrieva NS, Reznichenko SI. Home as a human living environment: a psychological study. Moscow: Monuments of Historical Thought, 2016:220 (in Russian).
 18. Rollero C, De Piccolo N. Place attachment, identification and environment perception: An empirical study. *J Environ Psychol*. 2010;30(2):198-205. <https://doi.org/10.1016/j.jenvp.2009.12.003>.
 19. Гуткевич Е.В. Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного как фактор общественного психического здоровья. Психиатрия. 2018. № 79. С. 37-43 Gutkevich EV. Adaptive-preventive potential of mental patient's family as a factor of public mental health. *Psychiatry (Moscow)*. 2018;79:37-43. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2018-79-37-43> (in Russian).
 20. Tellnes G, Batt-Rawden KB, Christie WH. Nature culture health promotion as community building. Вестник Международной академии наук. Русская секция. 2018. № 1. С. 15-20. Tellnes G, Batt-Rawden KB, Christie WH. Nature culture health promotion as community building. *Bulletin of the International Academy of Sciences. Russian section*. 2018;1(15-20) (in Russian).
 21. Кучер А.Н., Бабушкина Н.П. Многофакторные болезни: роль генетических факторов и нутриентов. Молекулярная медицина. 2016. Т. 14, № 6. С. 11-18. Kucher AN, Babushkina NP. Multifactorial diseases: the role of genetic factors and nutrients. *Molecular Medicine*. 2016;14(6):11-18 (in Russian).
 22. Максименко Л.В. Эпигенетика как доказательная база влияния образа жизни на здоровье и болезни. Профилактическая медицина. 2019. Т. 22, № 2. С. 115-120. Maksimenko LV. Epigenetics as an evidence base of the impact of lifestyle on health and disease. *Russian J Preventive Medicine*. 2019;22(2):115-120. <https://doi.org/10.17116/profmed201922021115> (in Russian).
 23. Нормы физиологических потребностей в энергии и пищевых веществах для различных групп населения Российской Федерации: Методические рекомендации / В.А. Тутельян, Д.Б. Никитюк, И.В. Аксенов и др. М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2021. 72 с. Standards of physiological needs for energy and nutrients for various groups of the population of the Russian Federation: Methodological guideline / VA Tutelyan, DB Nikituk, IV Aksenov et al. Moscow: Federal Service for Supervision of Consumer Rights Protection and Human Wellbeing, 2021:72 (in Russian).
 24. Запускалов В.И., Каспарова С.А., Конорова Е.В., Копшицер И.З., Ларионов В.П., Свидло В.М., Фольц К.К. Лечебная физическая культура в психиатрической больнице / под ред. И.З. Копшицера. М.: Медицина, 1965. 235 с. Zapuskalov VI, Kasparova SA, Konorova EV, Kopshitser IZ, Larionov VP, Svidlo VM, Folz KK. Therapeutic physical education in a psychiatric hospital / I.Z. Kopshitser (ed.). Moscow: Medicine, 1965:235 (in Russian).
 25. Абрамова Л.И. К вопросу физического здоровья больных шизофренией в условиях нейролептической терапии. Современная терапия в психиатрии и неврологии. 2012. № 2. С. 5-9. Abramova LI. On the issue of physical health of patients with schizophrenia in the conditions of neuroleptic therapy. *Modern Therapy in Psychiatry and Neurology*. 2012;2:5-9 (in Russian).
 26. Кудряшова Ю.А., Зубрицкая А.В., Кудряшов М.Е., Половникова М.Г., Маякова О.В. Учет морфофункциональных особенностей лиц со стойкими расстройствами психики при организации занятий адаптивной физической культурой. Физическая культура, спорт – наука и практика. 2021. № 2. С. 61-67. Kudryashova YuA, Zubritskaya AV, Kudryashov ME, Polovnikova MG, Mayakova OV. Taking into account the morphofunctional characteristics of individuals with persistent mental disorders when organizing adaptive physical education classes. *Physical Education, Sport – Science and Practice*. 2021;2:61-67 (in Russian).
 27. Резниченко С.И., Нартова-Бочавер С.К., Кузнецова В.Б. Метод оценки привязанности к дому. Психология. Журнал высшей школы экономики. 2016. Т. 13, № 3. С. 498-518. Reznichenko SI, Nartova-Bochaver SK, Kuznetsova VB. Method of assessing attachment to home. *Psychology. J Higher School of Economics*. 2016;13(3):498-518. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2016-3-498-518> (in Russian).
 28. Родионова Л.А., Копнова Е.Д. Статистический анализ характеристик рационального питания населения России. Вопросы статистики. 2017. № 7. С. 28-40. Rodionova LA, Kopnova ED. Statistical analysis of characteristics of balanced nutrition of population in Russia. *Questions of Statistics*. 2017;7:28-40 (in Russian).

29. Borg GA. Psychophysical bases of perceived exertion. *Med Sci Sports Exerc.* 1982;14(5):377-81. PMID: 7154893.
30. Хамина В.В. Особенности адаптационных возможностей у больных шизофренией с сопутствующим метаболическим синдромом. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2020. № 3 (108). С. 51-56. Khamina VV. Features of adaptation opportunities in patients with schizophrenia and metabolic syndrome. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2020;3(108):51-56. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3\(108\)-51-56](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2020-3(108)-51-56) (in Russian).
31. Гончарова А.А. Определение адаптационных ресурсов в процессе реабилитации больных шизофренией с акатизией на фоне антипсихотической терапии. *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2021. № 1 (110). С. 13-18. Goncharova AA. Identification of adaptive resources in the process of rehabilitation of schizophrenic patients with akathisia against the background of antipsychotic therapy. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry.* 2021;1(110):13-18. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1\(110\)-13-18](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2021-1(110)-13-18) (in Russian).
32. Колесников Д.В., Прохоренко Д.А. Взаимосвязь застенчивости и привязанности к дому у молодых людей. Технологии XXI века: проблемы и перспективы развития: Сборник материалов Международной научно-практической конференции (Кемерово, 15 августа 2017 г.). Кемерово: Центр научного развития «Большая книга», 2017. С. 182-188. Kolesnikov DV, Prokhorenko DA. The relationship between shyness and attachment to home in young people. *Technologies of the 21st century: problems and development prospects: Book of materials of the International scientific and practical conference (Kemerovo, August 15, 2017).* Kemerovo: Scientific Development Center "Big Book", 2017:182-188 (in Russian).
33. Гуткевич Е.В. Клинико-психологические детерминанты антирецидивного поведения при хронически (длительно) протекающих психических расстройствах. *Медицинская психология в России.* 2020. Т. 12, № 5 (64) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 15.04.2025). Gutkevich EV. Clinical and psychological determinants of anti-relapse behavior in chronic (long-term) mental disorders. *Medical Psychology in Russia.* 2020;12(5, 64) [Electronic resource]. URL: <http://mprj.ru> (date accessed: 04.15.2025) (in Russian).
34. Мажаева Т.В. Анализ изменения пищевых предпочтений и заболеваний (состояний), связанных с питанием, у населения Российской Федерации. *Здоровье населения и среда обитания.* 2020. № 9 (330). С. 19-25. Mazhaeva TV. The analysis of changes in food preferences and nutrition-related diseases (conditions) in the population of the Russian Federation. *Public Health and Life Environment.* 2020;9(330):19-25 <https://doi.org/10.35627/2219-5238/2020-330-9-19-25> (in Russian).
35. Jakobsen AS, Speyer H, Nørgaard HCB, Karlsen M, Hjorthøj C, Krogh J, Mors O, Nordentoft M, Toft U. Dietary patterns and physical activity in people with schizophrenia and increased waist circumference. *Schizophr Res.* 2018 Sep;199:109-115. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.03.016>. Epub 2018 Mar 16. PMID: 29555213.
36. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации. *Социальная и клиническая психиатрия.* 2010. Т. 20, № 1. С. 52-63. Semenova ND. Methodology for motivating patients for psychosocial rehabilitation. *Social and Clinical Psychiatry.* 2010;20(1):52-63 (in Russian).

Поступила в редакцию 24.04.2025
Утверждена к печати 15.09.2025

Гуткевич Елена Владимировна, д.м.н., ведущий научный сотрудник отделения эндогенных расстройств НИИ психического здоровья Томского НИМЦ; профессор кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии Национального исследовательского Томского государственного университета. ResearcherID O-1311-2014. Author ID Scopus 7801397871. ORCID iD 0000-0001-7416-7784. Author ID РИНЦ 165414. SPIN-код РИНЦ 6427-9007.

Мальцева Юлия Леонидовна, к.м.н., заведующая вторым клиническим психиатрическим отделением, НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Author ID РИНЦ 376347.

Яворская Виолетта Павловна, врач лечебной физкультуры, физиотерапевт клинко-диагностического отделения НИИ психического здоровья Томского НИМЦ.

Федоренко Ольга Юрьевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории молекулярной генетики и биохимии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 5966-7492. ResearcherID E-3538-2015. Author ID Scopus 6603665833. ORCID iD 0000-0002-9565-6314.

Лобачева Ольга Анатольевна, д.м.н., ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психонейроиммунологии и нейробиологии НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. ResearcherID C-2151-2012; J-1783-2017. Author ID Scopus 26421227200. ORCID iD 0000-0002-7477-6296. Author ID РИНЦ 614395. SPIN-код РИНЦ 9442-6470.

Счастный Евгений Дмитриевич, д.м.н., профессор, заведующий отделением аффективных состояний НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. SPIN-код РИНЦ 6482-2439. ResearcherID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X.

✉ Гуткевич Елена Владимировна, gutkevich.elena@rambler.ru

UDC 616.895.8:316.454.5:616.89-008.44:614.253.89:632.95.026

For citation: Gutkevich E.V., Maltseva Yu.L., Yavorskaya V.P., Fedorenko O.Yu., Lobacheva O.A., Schastnyy E.D. Potential for recovering psychosocial functioning in schizophrenia spectrum disorders. *Siberian Herald of Psychiatry and Addiction Psychiatry*. 2025; 3 (128): 25-36. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3\(128\)-25-36](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2025-3(128)-25-36)

Potential for recovering psychosocial functioning in schizophrenia spectrum disorders

**Gutkevich E.V.^{1,2}, Maltseva Yu.L.¹, Yavorskaya V.P.¹,
Fedorenko O.Yu.¹, Lobacheva O.A.¹, Schastnyy E.D.¹**

¹ *Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences
Aleutskaya Street 4, 634014, Tomsk, Russian Federation*

² *Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "National Research Tomsk State University"
Lenin Avenue 36, 634050, Tomsk, Russian Federation*

ABSTRACT

Background. The potential for studying the psychosocial functioning of patients with schizophrenia is determined by the multi-factorial nature of the emergence and development of mental disorders and the ambiguity of the results of studies of specific environmental factors. Data on the significant influence of microsocial processes on recovery and adaptation in mental disorders is accumulated which entails the need for identifying the relationship between social and routine, including family and home functioning of patients and personal resources as potential factors in the formation of multilevel adaptive competencies and psychosocial functioning in mental disorders and the prospect of developing practices to create a friendly home environment. **Objective:** to identify qualitative and quantitative characteristics of the home environment (family habitat), including features of attachment to home, nutritional status and physical activity in norm and in clinical and social maladaptation of persons with schizophrenia as a potential for recovery and optimization of adaptive capabilities and psychosocial functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders. **Materials and Methods.** The study was conducted to test the hypothesis using continuous, non-sampling, non-repeated observation and questionnaire survey of the following four groups: Group 1 (n=152) – participants of the Mental Health Day project at the Mental Health Research Institute in 2021-2023, Group 2 (n=62) – relatives and significant others, Group 3 (n=67) – patients with schizophrenia spectrum disorders (according to ICD-10 F2), Group 4 (n=94) – healthy individuals (online survey). The total observation sample included 375 persons, the sample of those who underwent psychodiagnostic testing included 281 persons, aged 18-65 years. The clinical-dynamic method, questionnaire survey, experimental-psychological testing, and mathematical statistics methods were used. The level of attachment to home was assessed in points using the Attachment to Home Questionnaire, which was divided into two blocks: emotional-semantic and functional attachment to home. Nutritional characteristics and diets were determined using the Nutrition Questionnaire, which included 12 items. Physical activity was assessed using a short Physical Activity Questionnaire with 5 items on intensity and types of physical activity. The data obtained were statistically processed. **Results.** The study established the average scores of the psychosocial characteristics of attachment to home in groups: healthy respondents – 3.55, participants of the Mental Health Day (users of specialist liaison care) – 3.75, relatives and significant others – 4.00, patients – 3.71. Patients with schizophrenia spectrum disorders were characterized by a decrease in emotional-semantic attachment and an increase in functional attachment to home. Correlation analysis revealed statistically significant correlations in the group of patients: between emotional-semantic attachment and functional attachment ($r=0.813136$, $p=0.001$), emotional-semantic attachment and the total score of attachment to home ($r=0.961629$, $p=0.001$). Analysis of diets showed that less than half (47.2%) of patients adhered to a rational diet. The average score on the Physical Activity questionnaire in patients was 2.0 [0; 3], a quarter of the respondents adhered to sedentary life style. At the trend level, negative correlations were established between the parameters of physical activity and some characteristics of emotional-semantic attachment to home. **Conclusion.** A study of microsocial factors in the functioning of patients with schizophrenia spectrum disorders in the home environment revealed features of the psychosocial characteristics of attachment to home, dietary intake and physical activity. Mental Health Day participants showed average values of total and average scores, relatives and significant others demonstrated the highest values of total and average scores of attachment to home in the sample. Focuses for formation of appropriate technologies for psychosocial rehabilitation of patients were identified.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, specific maladjustment, home attachment, physical activity, dietary intake, psychosocial functioning, recovery.

Received April 24, 2025

Accepted September 15, 2025

Gutkevich Elena V., D. Sc. (Medicine), lead researcher, Endogenous Disorders Department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation; Professor, Department of Genetic and Clinical Psychology, Faculty of Psychology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID O-1311-2014. Author ID Scopus 7801397871. ORCID iD 0000-0001-7416-7784. Author ID RSCI 165414. SPIN-code RSCI 6427-9007.

Maltseva Yulia L., Cand. Sc. (Medicine), head of the second clinical psychiatric unit, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. Author ID RSCI 376347.

Yavorskaya Violetta P., exercise therapy doctor, physiotherapist of the clinical diagnostic department, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation.

Fedorenko Olga Yu., D.Sc. (Medicine), lead researcher of the Laboratory of Molecular Genetics and Biochemistry, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 5966-7492. ResearcherID E-3538-2015. Author ID Scopus 6603665833. ORCID iD 0000-0002-9565-6314.

Lobacheva Olga A., D.Sc. (Medicine), lead researcher, Laboratory of Clinical Psychoneuroimmunology and Neurobiology, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. ResearcherID C-2151-2012; J-1783-2017. Author ID Scopus 26421227200. ORCID iD 0000-0002-7477-6296. Author ID RSCI 614395. SPIN-code RSCI 9442-6470.

Schastnyy Evgeny D., D. Sc. (Medicine), Professor, Head of Affective States Department of Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russian Federation. SPIN-code RSCI 6482-2439. ResearcherID S-3674-2016. ORCID iD 0000-0003-2148-297X.

✉ Gutkevich Elena V., gutkevich.elena@rambler.ru