



Чинарев В.А.^{1,2} ✉, Малинина Е.В.¹

¹ Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница
№ 1, Челябинск, Россия

² Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия

Клинико-психосоциальные детерминанты реабилитационного потенциала манифестных форм шизофрении: роль систематизированной оценки функционирования

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Чинарев В.А. – существенный вклад в замысел и дизайн исследования, сбор данных или анализ и интерпретацию данных, подготовка статьи или ее критический пересмотр в части значимого интеллектуального содержания; Малинина Е.В. – подготовка статьи или ее критический пересмотр в части значимого интеллектуального содержания. Окончательное одобрение варианта статьи для опубликования.

Подана: 09.06.2025

Принята: 09.10.2025

Контакты: va.chinarev@bk.ru, malinina.e@rambler.ru

Резюме

Введение. Психотические расстройства, обладая совокупной популяционной распространенностью около 3,5% и выраженной этиопатогенетической и фенотипической гетерогенностью, относятся к наиболее социально-дезадаптирующим психическим патологиям, что подчеркивается значительным сокращением ожидаемой продолжительности жизни пациентов и вариабельностью исходов первого психотического эпизода.

Цель. Анализ и систематизация комплекса клинических и психосоциальных детерминант, определяющих реабилитационный потенциал у пациентов с манифестными формами шизофрении.

Материалы и методы. В проспективном когортном исследовании на базе отделения первого психотического эпизода ГБУЗ «ОКСПНБ № 1» участвовала репрезентативная когорта пациентов (n=109, F20 по МКБ-10, длительность заболевания ≤5 лет).

Результаты. Установлены статистически значимые взаимозависимости: снижение трудоспособности ассоциировалось с сужением социальных связей ($\chi^2=137,14$, $p<0,001$), а поддержка (преимущественно от родителей) являлась критическим буфером ($\chi^2=118,81$, $p<0,001$). Ключевыми предикторами благоприятных исходов (улучшение качества жизни) выступали высокая мотивация (OR=3,2, $p=0,002$), сохранность критики и применение атипичных антипсихотиков (OR=2,1, $p=0,03$).

Заключение. Исследование подтверждает мультифакторную детерминацию реабилитационного потенциала при манифестных формах шизофрении, где психосоциальные детерминанты (мотивация, комплаенс, критика, социальная поддержка) обладают приоритетным прогностическим значением над собственно психопатологическими характеристиками. Оптимизация реабилитации требует внедрения комплексных алгоритмов оценки, интегрирующих анализ преморбиды, структуры

ремиссии, психосоциальных ресурсов и синергии дифференцированной психофармакотерапии с целенаправленными психосоциальными интервенциями.

Ключевые слова: шизофрения, манифестные формы, реабилитационный потенциал, клинические факторы, психосоциальные детерминанты, реабилитация

Chinarev V.^{1,2}✉, Malinina E.²

¹ Regional Clinical Specialized Neuropsychiatric Hospital No. 1, Chelyabinsk, Russia

² South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

Clinical and Psychosocial Determinants of the Rehabilitation Potential of Manifest Forms of Schizophrenia: The Role of a Systematic Assessment of Functioning

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Chinarev V. – a significant contribution to the conception and design of research, data collection or data analysis and interpretation, preparation of an article or its critical revision in terms of significant intellectual content; Malinina E. – preparation of an article or its critical revision in terms of significant intellectual content. Final approval of the publication version of the article.

Submitted: 09.06.2025

Accepted: 09.10.2025

Contacts: va.chinarev@bk.ru, malinina.e@rambler.ru

Abstract

Introduction. Psychotic disorders, with a combined population prevalence of about 3.5% and pronounced etiopathogenetic and phenotypic heterogeneity, are among the most socially maladaptive mental pathologies, which is emphasized by a significant reduction in the life expectancy of patients and the variability in the outcomes of the first psychotic episode.

Purpose. of this study was to analyze and systematize the complex of clinical and psychosocial determinants that determine the rehabilitation potential in patients with manifest forms of schizophrenia.

Materials and methods. A representative cohort of patients (n=109, F20 according to ICD-10, disease duration <5 years) participated in a prospective cohort study based on the department of the first psychotic episode of GBUZ "OKSPNB No. 1".

Results. Statistically significant interdependencies were established: a decrease in working capacity was associated with a narrowing of social ties ($\chi^2=137.14$, $p<0.001$), and support (mainly from parents) was a critical buffer ($\chi^2=118.81$, $p<0.001$). The key predictors of favorable outcomes (improved quality of life) were high motivation (OR=3.2, $p=0.002$), persistence of criticism, and the use of atypical antipsychotics (OR=2.1, $p=0.03$).

Conclusion. The study confirms the multifactorial determination of rehabilitation potential in manifest schizophrenia, where psychosocial determinants (motivation, compliance, criticism, social support) have priority prognostic value over the actual psychopathological characteristics. Optimization of rehabilitation requires the introduction of comprehensive assessment algorithms that integrate the analysis of premorbidity, remission structure

and psychosocial resources, and the synergy of differentiated psychopharmacotherapy with targeted psychosocial interventions.

Keywords: schizophrenia, manifest forms, rehabilitation potential, clinical factors, psychosocial determinants, rehabilitation

■ ВВЕДЕНИЕ

Психотические расстройства, характеризующиеся совокупной популяционной распространенностью порядка 3,5%, представляют собой одну из наиболее социально-дезадаптирующих патологических состояний в спектре психических нарушений ввиду тяжести индивидуальных, семейных и общественных последствий [1]. Ключевой особенностью данной нозологической группы выступает выраженная этиологическая и фенотипическая гетерогенность, охватывающая вариабельность этиологических факторов, клинических проявлений, течения заболевания и функциональных исходов. Эта вариативность ярко иллюстрируется исходами первого психотического эпизода (ППЭ), которые варьируют от полной ремиссии до формирования хронического течения с выраженным психосоциальным дефицитом, что существенно осложняет процесс реабилитации и подчеркивает необходимость индивидуализации терапевтических подходов. Значимость прогнозирования подтверждается данными о сокращении ожидаемой продолжительности жизни у пациентов с шизофренией в среднем на 14,5 года [2], что подчеркивает необходимость разработки прогностических моделей, основанных на характеристиках дебюта и преморбидных факторах риска для оптимизации выбора фармакотерапии и психосоциальных вмешательств [3].

Современные подходы к классификации психических заболеваний сталкиваются со значительными методологическими трудностями при диагностике психотических расстройств, включая низкую временную стабильность диагнозов, высокую клиническую гетерогенность внутри диагностических категорий, отсутствие специфичности терапевтического ответа и дефицит надежных нейробиологических (генетических) биомаркеров [4]. Исследователи констатируют, что попытки разрешить проблему гетерогенности путем модификации классификационных рамок методологически несостоятельны, уподобляясь переливанию мутной воды из одной емкости в другую без достижения прозрачности, что диктует необходимость фундаментального пересмотра диагностических парадигм в области психотических расстройств [5].

В научном сообществе нарастает консенсус относительно транснозологической природы психопатологических измерений, отсутствия четких границ между различными формами психоза и динамического характера их манифестации, обусловленного сложным интегративным влиянием генетической уязвимости, преморбидных личностных особенностей и стрессовых событий жизненного пути [6]. Данная концепция обосновывает необходимость перехода к комплексной, многофакторной оценке функционального состояния пациентов как краеугольному камню определения реабилитационного потенциала при шизофренических расстройствах.

В этом контексте социальные отношения, включая взаимодействие с семьей и друзьями, признаются критически важными детерминантами функционирования лиц с тяжелыми психическими расстройствами в сообществе и процесса личностного

восстановления (personal recovery). Эмпирические данные последовательно демонстрируют, что лица, достигшие ремиссии, склонны приписывать свой прогресс в первую очередь наличию поддерживающих отношений со значимыми другими, а не специфическим терапевтическим методикам [7]. Качественные исследования (Rodolico A. et al., 2022; Ma C.F. et al., 2021) идентифицируют присутствие и активность значимого человека, оказывающего неформальную поддержку, как ключевой фактор восстановления независимо от его профессиональной принадлежности к сфере психического здоровья [8, 9]. Процесс личностного восстановления, таким образом, интегрирует не только редукцию симптоматики, но и реконструкцию социального функционирования, включая вовлеченность в значимые роли и социальные взаимодействия. Эта концепция формализована в модели CHIME (Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment) (Yung J.Y.K. et al., 2021), где социальная связанность (connectedness), понимаемая как чувство принадлежности, наличие значимых социальных ролей и позитивных взаимоотношений, занимает центральное место [10]. Однако, несмотря на доказанную значимость социальных связей, пациенты с шизофренией часто сталкиваются с их выраженным дефицитом, а качество существующих отношений может варьировать и не всегда восприниматься как поддерживающее или способствующее восстановлению [11], что подчеркивает сложность и неоднозначность влияния данного фактора.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявить и систематизировать комплекс клинических и психосоциальных детерминант, определяющих реабилитационный потенциал у пациентов с манифестными формами шизофрении, с оценкой преморбидного функционирования как ключевого прогностического фактора для оптимизации стратегий ранней и долгосрочной психосоциальной реабилитации.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведенное исследование реализовано в формате проспективного когортного анализа на базе клинического отделения ППЭ ГБУЗ «Областная клиническая специализированная психоневрологическая больница № 1» (г. Челябинск) совместно с кафедрой психиатрии Южно-Уральского государственного медицинского университета Минздрава России. В исследование включена репрезентативная когорта из 109 пациентов (средний возраст $29,8 \pm 13,8$ года) с верифицированным диагнозом манифестной формы шизофрении (F20 по МКБ-10), соответствующих критериям включения: возрастной диапазон 16–47 лет, длительность заболевания не превышает 5 лет, количество предшествующих госпитализаций ≤ 3 , а также экстренный характер текущей госпитализации; критериями исключения выступили сопутствующие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (F10-F19), органические поражения центральной нервной системы (F00-F09), наличие умственной отсталости (коэффициент интеллекта < 70 по шкале Векслера) и отказ от предоставления информированного согласия.

Осуществление комплексной оценки клинических и психосоциальных детерминант базировалось на реализации многоуровневой модели, интегрирующей последовательные исследовательские блоки. Социально-демографический блок включал анализ трудовой, домашней и дневной активности, уровень образования,

трудоспособность, взаимоотношения и наличие социальной поддержки. Блок преморбидных особенностей личности предусматривал оценку личностных черт и выраженность акцентуации в допсихотическом периоде. Клинико-психопатологический блок охватывал нозологическую верификацию диагноза посредством структурированного клинического интервью, ведущего синдрома, определение типа терапевтической ремиссии согласно критериям Смулевича А.Б. с соавт. (2007) [12]. Терапевтический блок детализировал характеристики антипсихотической фармакотерапии (вид препарата, соблюдение лечения, моно-/политерапия). Функциональный блок фокусировался на объективизации уровня социально-трудовой адаптации, включая степени вовлеченности пациента в терапевтическое планирование, наличия мотивации к лечению, критического отношения к болезни и планов на будущее.

Статистический анализ данных выполнялся в программной среде IBM SPSS Statistics 28.0 и включал применение методов дескриптивной статистики (расчет средних значений (M), стандартных отклонений (SD), частот и процентов), корреляционного анализа (коэффициенты Пирсона и Спирмена для оценки силы и направленности связей между переменными), множественного линейного регрессионного анализа с пошаговым включением предикторов для определения их независимого вклада в вариабельность реабилитационного потенциала, а также ROC-анализа для оценки диагностической точности и валидации построенной прогностической модели.

Исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации (2013 г.) и получило одобрение локального этического комитета при Южно-Уральском государственном медицинском университете (протокол № 6 от 09.10.2024), от всех участников получено письменное информированное согласие с соблюдением конфиденциальности персональных данных.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Комплексный анализ выборки пациентов с манифестными формами шизофрении (n=109), представленный в таблице, выявил гетерогенный профиль социально-демографических, преморбидных, клинико-психопатологических, терапевтических и функциональных характеристик.

Анализ социально-демографических характеристик исследуемой выборки выявил комплексную картину адаптационных механизмов и функционирования. В сфере трудовой деятельности наблюдается значительная доля лиц, не вовлеченных в профессиональную активность или работающих с существенным снижением квалификационного уровня, что указывает на трудности полноценной профессиональной реализации. Оценка функционального статуса демонстрирует преобладание удовлетворительного и хорошего уровня дневной активности, однако значительная часть респондентов сообщает о выраженных ограничениях. В бытовой сфере доминирует полное или частичное самообслуживание, хотя отмечается и потребность в посторонней помощи у определенной части выборки. Социальный профиль характеризуется вариативностью: наряду с респондентами, имеющими разнообразный круг общения или поддерживающими связи с семьей и друзьями, фиксируется существенная доля лиц с ограниченными социальными контактами вплоть до выраженной изоляции. Образовательный уровень представлен преимущественно лицами со средним образованием. Оценка трудоспособности выявила

Систематизированный комплекс социально-демографических, преморбидных, клинко-психопатологических, терапевтических и функциональных детерминант
A systematic set of socio-demographic, premorbid, clinical, psychopathological, therapeutic and functional determinants

Параметр	Абсолютная частота (n)	Процентная частота (%)
I. Социально-демографический блок		
1. Трудовая деятельность		
Не работает	30	27,52
Работает со снижением квалификации	41	37,61
Работает по специальности	36	33,03
Инвалид	2	1,83
2. Дневная активность		
Очень плохая	10	9,17
Очень хорошая	7	6,42
Плохая	15	13,76
Удовлетворительная	34	31,19
Хорошая	43	39,45
3. Домашняя активность		
Выполняет несложную работу	42	38,53
Обслуживается родственниками	16	14,68
Полностью обслуживает себя	51	46,79
4. Взаимоотношения		
Почти ни с кем не общается	15	13,76
Ограничены семейным кругом	28	25,69
Общение с семьей, друзьями	35	32,11
Разнообразный круг общения	31	28,44
$\chi^2=109,07, p<0,001^*$		
5. Образование		
Высшее	24	22,02
Неоконченное среднее	18	16,51
Среднее	64	58,72
Среднее профессиональное	3	2,75
6. Трудоспособность		
Ничего не делает	24	22,02
Сохранена, но выполняет с трудом	43	39,45
Способность восстановлена	42	38,53
$\chi^2=137,14, p<0,001^*$		
7. Наличие социальной поддержки		
Отсутствие поддержки	25	22,94
Поддержка семьи	28	25,69
Поддержка родителей	56	51,38
$\chi^2=118,81, p<0,001^*$		
II. Блок преморбидных особенностей личности		
8. Акцентуация личности		
Гипертимный	9	8,26
Дефицитарный	12	11,01
Истерио-шизоид	10	9,17

Продолжение таблицы

Паранойяльный	24	22,02
Психастенический	10	9,17
Сензитивный	3	2,75
Сензитивный шизоид	3	2,75
Стенический	5	4,59
Стенический шизоид	6	5,50
Эмоционально неустойчивый	13	11,93
9. Выраженность акцентуации		
Норма	9	8,26
Псевдопсихопатическая	82	75,23
Психопатическая	18	16,51
$\chi^2=3,94$; $p=0,985^*$		
III. Клинико-психопатологический блок		
10. Ведущий синдром		
Аффективно-бредовый с депрессивным аффектом	14	12,84
Аффективно-бредовый с маниакальным аффектом	7	6,42
Галлюцинаторно-параноидный	32	29,36
Полиморфный	31	28,44
Преимущественно бредовый	16	14,68
Преимущественно галлюцинаторный	9	8,26
11. Диагноз по МКБ-10		
F20.00	21	19,27
F20.01	17	15,60
F20.09	11	10,09
F23.0	16	14,68
F23.1	16	14,68
F25	8	7,34
IV. Терапевтический блок		
12. Антипсихотические препараты		
Типичные	21	19,27
Атипичные	88	80,73
$\chi^2=6,42$, $p=0,04^*$		
13. Количество антипсихотических препаратов у 1 пациента		
Монотерапия	61	56,00
Два препарата	30	27,52
Три препарата	15	13,76
Четыре и более	3	2,75
14. Соблюдение лечения		
Не принимает	14	12,84
Частично	73	66,97
Полностью	22	20,18
$\chi^2=7,34$, $p=0,007^*$		
IV. Функциональный блок		
15. Влияние симптомов на трудоспособность		
Низкое	54	49,54
Среднее	45	41,28
Тяжелое	10	9,17

Окончание таблицы

16. Участие в группе поддержки		
Да	105	96,33
Нет	4	3,67
$\chi^2=4,21$, $p=0,04^*$		
17. Изменение качества жизни		
Улучшилось значительно	73	66,97
Незначительно изменилось	14	12,84
Ухудшилось	22	20,18
18. Наличие планов на будущее		
Есть планы	97	88,99
Нет планов	12	11,01
19. Критическое отношения к болезни		
Присутствует критика	81	74,31
Отсутствует критика	28	25,69
20. Мотивация к лечению		
Высокая	95	87,16
Средняя	11	10,09
Низкая	3	2,75
$p=0,01$ по точному критерию Фишера, $OR=3,2$, $p=0,002^*$		

Примечание: * уровень статистической значимости менее 0,05.

поляризацию: значительная часть сохраняет или восстановила трудоспособность, часто испытывая при этом затруднения, тогда как другая часть не осуществляет продуктивной деятельности. Ключевым ресурсом выступает социальная поддержка, преимущественно оказываемая родителями; тем не менее, почти четверть выборки лишена этого буфера.

Статистический анализ с применением критерия χ^2 Пирсона выявил статистически значимые взаимосвязи между ключевыми параметрами социального функционирования ($p<0,001$ для всех проверяемых пар). Установлена сильная ассоциация между уровнем трудоспособности и качеством социальных взаимоотношений ($\chi^2=137,14$, $df=6$), что свидетельствует о том, что снижение трудоспособности выступает значимым фактором, негативно влияющим на структуру и широту социальных связей, потенциально приводя к сужению круга общения и изоляции. Обратная зависимость также правомерна, указывая на роль социальной интеграции в поддержании функционального статуса. Значимая связь между трудоспособностью и наличием/источником социальной поддержки ($\chi^2=118,81$, $df=4$) подтверждает критическую роль последней как фактора, способствующего поддержанию и восстановлению трудоспособности. Доминирование поддержки со стороны родителей подчеркивает их ключевую роль как ресурса, но одновременно указывает на потенциальную уязвимость данной модели. Наконец, выявленная взаимосвязь между качеством социальных взаимоотношений и типом социальной поддержки ($\chi^2=109,07$, $df=6$) демонстрирует, что широта и качество социальной сети напрямую определяют доступность и источники поддержки. Ограниченные социальные связи закономерно коррелируют с дефицитом или отсутствием критически важных ресурсов поддержки.

Анализ преморбидных личностных особенностей в исследуемой выборке выявил характерный профиль акцентуаций и их выраженности (рис. 1). Наблюдается значительное разнообразие типов личностных акцентуаций, среди которых наиболее представлены паранойяльная, эмоционально неустойчивая и дефицитарная. Количественно менее выражены гипертимные, истеро-шизоидные, психастенические и различные шизоидные варианты, а также сензитивные и стенические типы. Ключевым результатом является доминирование псевдопсихопатического уровня выраженности акцентуаций в подавляющем большинстве случаев, что указывает на наличие выраженных, но не достигающих уровня психопатии, личностных девиаций. Нормальный уровень выраженности и психопатический вариант встречаются существенно реже.

Статистический анализ (с применением критерия χ^2 Пирсона) не выявил значимой связи между конкретным типом личностной акцентуации и степенью ее выраженности ($\chi^2=3,94$, $p=0,985$). Полученное высокое значение p -уровня свидетельствует о том, что распределение выраженности акцентуаций (норма, псевдопсихопатическая, психопатическая) не зависит от их типологической принадлежности. Клиническая интерпретация подтверждает равномерность распределения уровней выраженности по всем типам акцентуаций при абсолютном доминировании псевдопсихопатического варианта.

Данные результаты имеют важное значение для понимания структуры преморбидного фона. Доминирование псевдопсихопатической выраженности во всех типах акцентуаций, независимо от их специфики, указывает на общий паттерн формирования выраженных, но не патологических личностных особенностей в исследуемой популяции. Наиболее часто встречающиеся акцентуации (паранойяльная, эмоционально неустойчивая, дефицитарная) требуют особого внимания при разработке индивидуальных подходов в психокоррекции и реабилитации, так как именно эти черты могут вносить значимый вклад в специфику социальной дезадаптации и реакций на стресс.

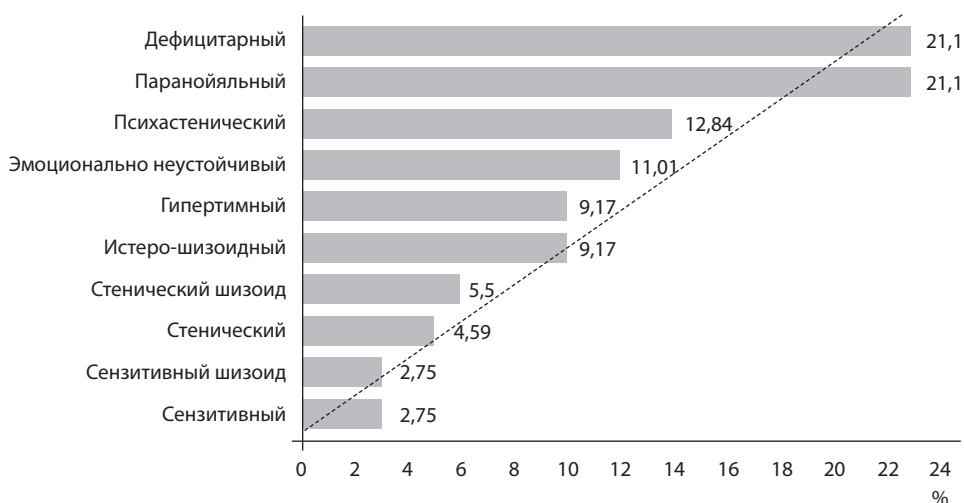


Рис. 1. Преморбидные особенности личности
Fig. 1. Premorbid personality traits

Клинический профиль в указанной выборке характеризовался преобладанием галлюцинаторно-параноидного и полиморфного синдромов при значительной доле аффективно-бредовых расстройств, что соответствует диагностическим рубрикам F20 и F23 по МКБ-10. Фармакотерапевтические стратегии демонстрировали отчетливый сдвиг в сторону применения атипичных антипсихотиков, при этом более половины пациентов получали монотерапию. Критическим аспектом явился уровень терапевтического комплаенса: лишь пятая часть пациентов демонстрировала полную приверженность лечению, тогда как большинство придерживались режима частично.

Анализ функциональных показателей выявил противоречивую картину: несмотря на преобладание пациентов с низким и средним влиянием психопатологической симптоматики на трудоспособность, каждый десятый пациент испытывал тяжелые функциональные ограничения. Обнадеживающими маркерами реабилитационного потенциала выступили высокий уровень участия в группах поддержки, наличие планов на будущее у подавляющего большинства обследованных, а также сохранность критического отношения к болезни и выраженная мотивация к терапии у значительной части когорты. Статистический анализ подтвердил значимую положительную динамику качества жизни у двух третей пациентов, хотя каждый пятый отмечал его ухудшение.

Установленные взаимозависимости имеют принципиальное значение для прогнозирования реабилитационного потенциала. Выявлена статистически значимая корреляция между полнотой соблюдения терапевтического режима и степенью улучшения качества жизни ($\chi^2=7,34$, $p=0,007$). Низкая мотивация к лечению достоверно ассоциировалась с отсутствием жизненных планов ($p=0,01$), в то время как сохранность критики к болезни выступала предиктором высокой терапевтической мотивации ($p<0,001$). Участие в группах поддержки продемонстрировало положительное влияние на показатели трудоспособности ($\chi^2=4,21$, $p=0,04$). Регрессионный анализ идентифицировал ключевые предикторы исходов: высокая мотивация ($OR=3,2$, $p=0,002$) и применение атипичных антипсихотиков ($OR=2,1$, $p=0,03$) независимо ассоциировались с улучшением качества жизни, тогда как полиморфная симптоматика ($OR=0,5$, $p=0,04$) и отсутствие критики ($OR=0,4$, $p=0,02$) являлись предикторами ухудшения функционального статуса.

Анализ структуры типов ремиссии в выборке выявил статистически значимую гетерогенность распределения ($\chi^2=34,18$, $p<0,001$), что подчеркивает клиническое разнообразие постпсихотических состояний.

Доминирующим фенотипом ремиссии оказался аутистический тип ($n=28$, 25,7%), характеризующийся аутизацией, эмоциональной холодностью и снижением социальных контактов. Второй по частоте выявлен псевдопсихопатический тип ($n=24$, 22,0%), проявляющийся расторможенностью, эмоциональной лабильностью и нарушениями поведения. Стенический тип ($n=14$, 12,8%), ассоциирующийся с наилучшим функциональным прогнозом, был представлен существенно реже аутистического ($\chi^2=6,72$, $p=0,01$). Распределение остальных типов составило: астенический ($n=12$, 11,0%), ипохондрический ($n=11$, 10,1%), апатический ($n=9$, 8,3%), параноидный ($n=8$, 7,3%).

Статистически значимое преобладание аутистической ($p<0,001$) и псевдопсихопатической ($p<0,01$) ремиссий согласуется с концепцией ядерных дефицитарных

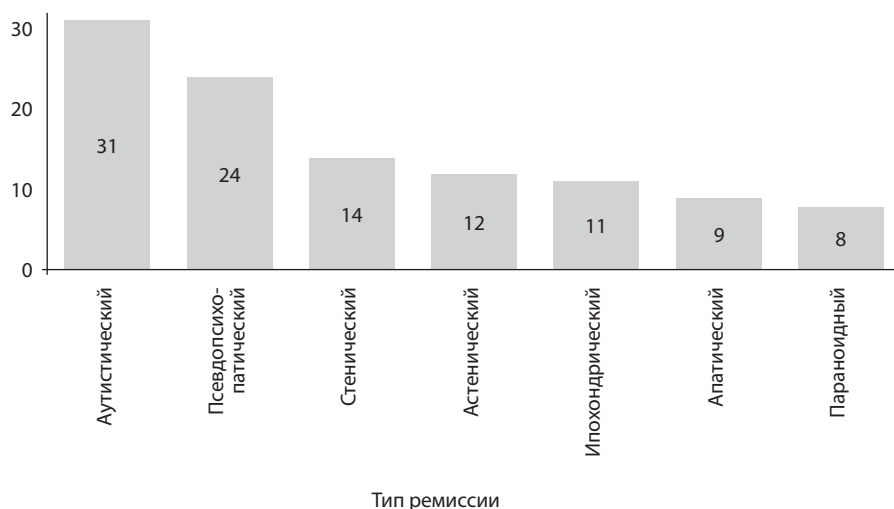


Рис. 2. Тип ремиссии по Смулевичу А.Б. с соавт. (2007) [12]

Fig. 2. Type of remission according to A.B. Smulevich et al. (2007) [12]

расстройств при шизофрении [13]. Высокая частота аутистического типа (25,7%) напрямую коррелировала с выраженными нарушениями социального познания ($r=-0,62$, $p<0,001$) и низкими показателями по шкале качества жизни ($r=-0,54$, $p<0,001$), подтверждая его роль как ключевой детерминанты, ограничивающей реабилитационный потенциал через дефицит социального функционирования [14]. Псевдопсихопатический тип ассоциировался с повышенным риском регоспитализации ($OR=2,1$, 95% ДИ (1,2–3,7), $p=0,008$) и нарушениями трудовой адаптации ($\phi=0,48$, $p<0,001$), что подчеркивает значимость эмоционально-волевых нарушений как барьера для реинтеграции [15].

Анализ полученных результатов показывает многофакторную структуру реабилитационного потенциала. Доминирование атипичных антипсихотиков в терапевтических схемах, особенно при галлюцинаторно-параноидной симптоматике, и применение комбинированных стратегий при полиморфных расстройствах отражают клинически обоснованный дифференцированный подход. Однако центральным звеном, определяющим успех реабилитации, выступают не столько собственно психопатологические характеристики, сколько психосоциальные параметры: терапевтическая мотивация, приверженность лечению, сохранность критики и вовлеченность в поддерживающие программы. Выявленная прогностическая значимость этих факторов подчеркивает необходимость интеграции систематической оценки преморбидного функционирования и психосоциальных ресурсов в клинические алгоритмы. Совершенствование реабилитационного процесса требует одновременного воздействия на биологические мишени (посредством адекватной психофармакологии) и активного развития психосоциальных компетенций через структурированные программы поддержки, что позволяет преодолеть ограничения, связанные с полиморфной симптоматикой и недостаточной критичностью к состоянию.

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Настоящее исследование подтвердило высокую степень клинико-функциональной гетерогенности у пациентов с манифестными формами шизофрении, что существенно затрудняет прогнозирование реабилитационных траекторий и требует индивидуализации терапевтических стратегий. Выявленная полиморфность преморбидного личностного профиля с доминированием псевдопсихопатических акцентуаций паранойяльного, эмоционально неустойчивого и дефицитарного типов, наряду с преобладанием социально-дезадаптивных вариантов ремиссии (аутистического и псевдопсихопатического), формирует комплексный предикторный фон, ограничивающий восстановление психосоциального функционирования. Ключевым результатом является установление приоритетной роли психосоциальных детерминант – терапевтической мотивации, критического отношения к болезни, приверженности лечению и вовлеченности в поддерживающие программы – над собственно психопатологическими характеристиками в определении реабилитационного потенциала, что подчеркивает необходимость смещения фокуса с синдромальной оценки на динамический анализ функциональных ресурсов.

Статистически верифицированные взаимозависимости выявили значимость социально-демографических параметров: снижение трудоспособности и ограниченность социальных связей образуют порочный круг, усугубляющий функциональный дефицит, тогда как поддержка семьи (особенно родителей) выступает критическим буферным фактором. Применение атипичных антипсихотиков и монотерапии ассоциируется с более благоприятными исходами, однако фармакологическая стратегия вторична по отношению к психосоциальным предикторам. Установленные прогностические модели демонстрируют, что высокая мотивация и сохранность критики независимо предсказывают улучшение качества жизни, тогда как полиморфная симптоматика и ее негативное влияние на трудоспособность коррелируют с ухудшением функциональных исходов, подтверждая гипотезу о мультифакторной детерминации реабилитационного потенциала.

Полученные данные обосновывают клиническую целесообразность внедрения комплексных алгоритмов оценки, интегрирующих анализ преморбидного функционирования, структуры ремиссии и психосоциальных ресурсов на ранних этапах заболевания. Оптимизация долгосрочной реабилитации требует синергии биологических (дифференцированная психофармакотерапия) и психосоциальных (развитие мотивационной сферы, формирование критического отношения к болезни, расширение поддерживающих сетей) интервенций, направленных на преодоление дезадаптивных паттернов, ассоциированных с доминирующими типами акцентуаций и ремиссии. Перспективным направлением дальнейших исследований является разработка прогностических инструментов, учитывающих выявленные детерминанты для стратификации пациентов по риску социальной дезадаптации и персонализации реабилитационных программ.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Chinarev V.A., Malinina E.V. The first psychotic episode: clinical and diagnostic aspects and therapeutic approaches. *Doctor.Ru*. 2024;23(7):102–112. doi: 10.31550/1727-2378-2024-23-7-102-112 (in Russian)
2. De Winter L., et al. Changes in social functioning over the course of psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*. 2022;239:55–82. doi: 10.1016/j.schres.2021.11.010

3. Provenzani U., et al. Clinical outcomes in brief psychotic episodes: A systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2021;30:e71. doi: 10.1017/S2045796021000548
4. Prakash J., et al. First-episode psychosis: How long does it last? A review of evolution and trajectory. *Industrial Psychiatry Journal*. 2021;30(2):198–206. doi: 10.4103/ipj.ipj_38_21
5. Catalan A., et al. The magnitude and variability of neurocognitive performance in first-episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Transl Psychiatry*. 2024;14(1):15. doi: 10.1038/s41398-023-02718-6
6. Leendertse J.C.P., et al. Personal recovery in people with a psychotic disorder: a systematic review and meta-analysis of associated factors. *Front Psychiatry*. 2021;12:622628. doi: 10.3389/fpsy.2021.622628
7. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Remissions and personal and social recovery in schizophrenia: proposals for the 11th revision of the ICD. *Soc Clin Psychiatry*. 2008;18(4):34–39. (in Russian)
8. Rodolico A., et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2022;9(3):211–221. doi: 10.1016/S2215-0366(21)00437-5
9. Ma C.F., et al. The predictive power of expressed emotion and its components in relapse of schizophrenia: a meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. 2021;51(3):365–375. doi: 10.1017/S0033291721000209
10. Yung J.Y.K., et al. Understanding the experiences of hikikomori through the lens of the CHIME framework: Connectedness, hope and optimism, identity, meaning in life, and empowerment; systematic review. *BMC psychology*. 2021;9(1):104. doi: 10.1186/s40359-021-00605-7
11. Rantala M.J., et al. Schizophrenia: The new etiological synthesis. *Neurosci Biobehav Rev*. 2022;142:104894. doi: 10.1016/j.neubiorev.2022.104894
12. Kotsubinskii A.P., Lukmanova K.A. Holistic Approach to Assessment of Remitting Conditions. V.M. *Bekhterev Rev Psychiatry Med Psychol*. 2016;(1):37–42. (in Russian)
13. Smulevich A.B. The new psychopathological paradigm of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Zh Nevrol Psikhiatr Im S S Korsakova*. 2024;124(1):7–15. (in Russian). doi: 10.17116/jnevro20241240117
14. Handest R., et al. A systematic review and meta-analysis of the association between psychopathology and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2023;49(6):1470–1485. doi: 10.1093/schbul/sbad051
15. Mosolov S.N., Yaltonskaya P.A. Primary and secondary negative symptoms in schizophrenia. *Front Psychiatry*. 2022;12:766692. (in Russian)