

На правах рукописи



Швец Ксения Николаевна

**ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД
(клинико-профилактический аспект)**

14.01.06-психиатрия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Белгород – 2021

Работа выполнена в Федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

Научные руководители:

Руженков Виктор Александрович

доктор медицинских наук, профессор

Руженкова Виктория Викторовна

кандидат медицинских наук

Официальные оппоненты:

Бадмаева Валентина Доржиевна

доктор медицинских наук,

Федеральное государственное бюджетное

учреждение «Национальный медицинский

исследовательский центр психиатрии и

наркологии имени В.П. Сербского»

Министерства здравоохранения Российской

Федерации, руководитель отдела социальных и

судебно-психиатрических проблем

несовершеннолетних

Дробижев Михаил Юрьевич

доктор медицинских наук,

Федеральное государственное бюджетное

научное учреждение «Национальный научно-

исследовательский институт общественного

здоровья имени Н.А. Семашко», ведущий

научный сотрудник отдела изучения образа

жизни и охраны здоровья населения

Защита диссертации состоится «03» декабря 2021 г. в 9.00 на заседании диссертационного совета БелГУ.03.01 при ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» по адресу: 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» и на сайте <https://www.bsu.edu.ru>

Автореферат разослан « ___ » _____ 2021 г.

Ученый секретарь

диссертационного совета БелГУ.03.01,

доктор биологических наук, доцент

И.Н. Сорокина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования

Шизофрения, являясь одним из наиболее распространенных психических расстройств – болезненность до 0,8-1,0% (Гурович И.Я. с соавт., 2007; Гофман А.Г., 2010; Ayano G., 2016) часто приводит к нетрудоспособности (Левина Н.Б. и др., 2010) и нарушению социальной адаптации, в связи с чем ее изучение продолжает оставаться одной актуальных проблем клинической психиатрии (Незнанов Н. Г., 2011; Бохан Н. А. с соавт., 2015). По степени инвалидизации, шизофрения – одно из самых тяжелых заболеваний (Шемет В.А., Карпюк В.А., 2012; Figueira M.L., Brissos S., 2011; Brissos S. et al., 2011), лидирует по тяжести социальных последствий (Жукова О.А., Кром И.Л., 2011) и сокращает продолжительность жизни больного (ВОЗ, 2001).

Нарушение критичности больных шизофренией является наиболее частым симптомом и одним из факторов, определяющих социальную адаптацию пациента (Крупченко Д.А., 2014; Степанова А.В. с соавт., 2017; Осокина О.И. с соавт., 2018) и встречается в диапазоне от 84,1% (Наджаров Н.А. с соавт., 1987) до 95% случаев (Циркин С.Ю., 1994). В свою очередь, нарушение осознания пациентом своего заболевания существенно влияет на лечение, ухудшая комплаенс и, как следствие, социальную адаптацию (Семке А.В. с соавт., 2013). В то же время реалистичная внутренняя картина болезни является признаком нормализации в структуре клинко-психологической адаптационно-компенсаторной модели (Кузнецова С.Л. с соавт., 2018).

Пациентам с первым психотическим эпизодом в настоящее время уделяется повышенное внимание (Васильченко К.Ф., Дроздовский Ю.В., 2018) так как в первые 5 лет сохраняется максимальная пластичность патологических процессов при их наибольшей активности (Шмуклер А.Б., 2017) и как следствие возможна ранняя профилактика дезадаптации (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010; Шмилович А.А., 2011).

Социальная адаптация больных шизофренией зависит от социально-демографических факторов (Соколов В.П., 2017; Воловик В.М., Коцюбинский А.П., 2017; Dewangan R.L., Singh P., 2018; Treen Calvo D. et. al., 2018) и уровня поддержки со стороны родных и близких (Соколов В.П., 2017). Также существенную роль играют клинические проявления заболевания (Корнетова Е.Г., 2016; Vita A., Barlati S., 2018), состояние

соматического здоровья (Альшина Е.Н. с соавт., 2012) и частота обострений (Шмилович А.А., Гончаренко С.Н., 2015; Guedes de Pinho L.M. et al., 2018), а также система лечебно-реабилитационных мероприятий и эффективность терапии (Семке А.В. с соавт., 2015; Гурович И.Я., Демчева Н.К., 2018; Fujii T. et al., 2018).

Степень разработанности темы исследования

Несмотря на значительное число работ, посвященных изучению первого психотического эпизода и социальную адаптацию больных шизофренией (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010; Дмитриева Е.Г., 2018), влияние критики к болезни (Иржевская В.П., 2009; Крупченко Д.А., 2014; Рассказова Е.И. с соавт., 2016) и социального интеллекта (Рычкова О.В., 2011), а также их взаимосвязи, изучены явно недостаточно.

Цель исследования – разработка рекомендаций по сохранению уровня социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, на основе изучения ее взаимосвязи с клинической картиной эндогенного процесса, критикой болезни, комплаентностью и социальным интеллектом.

Задачи исследования:

1. Разработать визуальную аналоговую шкалу и сравнить субъективную и объективную оценку уровня социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.
2. Верифицировать влияние критики к болезни и комплаентности на социальную адаптацию исследуемого контингента больных шизофренией.
3. Изучить влияние социального интеллекта на адаптацию больных шизофренией.
4. Выделить факторы риска и разработать типологию социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.
5. Разработать рекомендации по повышению уровня социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.

Научная новизна

Впервые разработана шкала для сравнительной субъективной и объективной оценки социальной адаптации больных шизофренией, реализовано исследование на репрезентативной выборке и доказано, что пациенты, перенесшие первый психотический эпизод, значительно переоценивают уровень своей социальной адаптации. Впервые на клинически репрезентативной выборке изучено влияние критики к болезни и

комплаентности на социальную адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Впервые изучено влияние социального интеллекта на адаптацию указанного контингента и критику к болезни, ее социальным последствиям и необходимости терапии. Выделены факторы риска социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, разработана типология дезадаптации.

Теоретическая и практическая значимость

Разработан простой и эффективный инструмент для сравнительной оценки субъективного восприятия пациентами собственной социальной адаптации и объективной ее оценки, что позволяет в том числе верифицировать критичность пациента к социальным последствиям заболевания. Выявленные особенности социального интеллекта и их взаимосвязь с критичностью к болезни и особенностями социальной адаптации позволили разработать дифференцированные рекомендации по психосоциальной терапии и реабилитации. Результаты исследования могут быть использованы для разработки дифференцированных подходов к психосоциальной терапии и реабилитации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод.

Методология и методы исследования

Исследование проводилось в категориальном поле клинической и социальной психиатрии и основывалось на работах отечественных (И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера, Т.Б. Дмитриевой) и зарубежных (Figueira M.L., Brissos S., 2011; Galderisi S. et al., 2014; Lim M.H. et al., 2018) авторов. Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический.

Положения, выносимые на защиту

1. Социальная дезадаптация больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, является результирующей клинико-психопатологических (степень выраженности негативных и позитивных симптомов, коморбидный алкоголизм, или наркомания), социально-средовых и преморбидно-личностных факторов.

2. Базовыми факторами социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, являются личностно-негативные, продуктивно-психопатологические и аддиктивные.

3. На степень выраженности социальной дезадаптации оказывают существенное влияние особенности критичности пациента, его комплаентность и рефлексивная самооценка адаптации.

4. Низкий социальный интеллект, выявленный у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, затрудняет социальную адаптацию.

Степень достоверности и апробация результатов подтверждается репрезентативностью клинической выборки, применением современных клинических, психометрических и статистических методов исследования. Материалы исследования докладывались на Днях науки НИУ БелГУ (2017г., 2018г., 2019г., 2021г.).

Личный вклад автора

Автор лично сформулировал цель, задачи исследования, подготовил его программу, проанализировал отечественные и зарубежные публикации. Соискатель самостоятельно провел исследование, составил и обработал базу данных, обобщил результаты, подготовил публикации, а также рукописи диссертации и автореферата.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 5 печатных работы, в том числе 4 статьи в журналах из перечня рецензируемых научных изданий, рекомендованных ВАК РФ, из них 1 статья в научных изданиях, включенных в мировые базы данных научного цитирования (Scopus).

Объем и структура диссертации

Текст диссертации изложен на 136 страницах. Диссертация состоит из введения, 4 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, библиографического указателя (содержащего 297 источников, из них 170 отечественных и 127 зарубежных). Работа иллюстрирована 56 таблицами, 5 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал, методология и методы исследования

Обследовано 145 пациентов с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод в возрасте 15-40 ($27,4 \pm 6,5$) лет, 68 (46,9%) лиц мужского и 77 (53,1%) женского пола. В выборку включались пациенты с длительностью заболевания до 3 лет и госпитализированные в психиатрический стационар впервые в жизни или второй раз – т.е. соответствующие критериям «первого психотического эпизода» (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2010).

Исследование проводилось в категориальном поле клинической и социальной психиатрии и основывалось на работах отечественных (И.Я.

Гуровича, А.Б. Шмуклера, Т.Б. Дмитриевой) и зарубежных (Figueira M.L., Brissos S., 2011; Galderisi S. et al., 2014; Lim M.H. et al., 2018) авторов.

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (шкалы PSP, GAF, DAI-10, социальной поддержки Зимета, шкала позитивных и негативных симптомов PANSS, «Шкала нарушения осознания психического расстройства», тест на «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда и разработанная нами «Визуальная аналоговая шкала субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации»).

Статистическая обработка базы данных проводилась методами непараметрической статистики (описательная статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, отношение шансов (OR), корреляционный анализ [коэффициент ранговой корреляции Спирмена], критерий Манна-Уитни для сравнения двух независимых переменных, а также факторный анализ методом главных компонент с varimax вращением фактора) при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ возрастных характеристик пациентов показал, что подавляющее большинство – 79,3% были в возрасте 21-40 лет. Уровень образования у больных шизофренией был достаточно высоким – 46,2% с высшим и неоконченным высшим образованием (без гендерных различий).

Изучение семейного положения обследованных пациентов показало, что среди лиц женского пола в браке состояли статистически значимо ($\chi^2=7,815$ $p=0,006$ $OR=4,1$ $95\%CI=1,4-12,4$) большее число – 22 (28,6%) человека, чем среди мужчин – 6 (8,8%) обследованных. Шанс вступления в брак лиц женского пола до начала заболевания шизофренией (или в первые годы), более чем 4 раза выше, чем мужского. Не имели собственной семьи 99 (68,3%) пациентов – чаще ($\chi^2=12,972$ $p=0,001$ $OR=4,3$ $95\%CI=1,8-10,3$) – 57 (83,8%) лица мужского пола, чем женского – 42 (54,5%) человека.

Употребляли наркотики в общей сложности 34 (23,4%) пациента, чаще ($\chi^2=4,761$ $p=0,029$ $OR=2,6$ $95\%CI=1,1-6,2$) лица мужского пола – 22 (32,4%), чем женского – 12 (15,6%). Шанс употребления наркотиков больными шизофренией мужского пола до первого психотического эпизода в 2,6 раза выше, чем женского. Часть пациентов – 26 (17,9%) человек злоупотребляли алкоголем на уровне бытового пьянства и зависимости, чаще ($\chi^2=7,486$ $p=0,007$ $OR=3,9$ $95\%CI=1,4-11,1$) – 19 (27,9%) человек, лица мужского пола,

чем женского – 7 (9,1%) человек. Шанс злоупотребления алкоголем больными шизофренией мужского пола до первого психотического эпизода почти в 4 раза выше, чем женского.

Верификация социального положения пациентов показала, что несмотря на относительно высокий уровень образования, только 9 (6,2%) человек были индивидуальными предпринимателями и 26 (17,9%) – квалифицированными рабочими. Значительная часть – 60 (41,4%) пациентов были безработными. Продолжительность заболевания до первой госпитализации составила 1-3 ($1,5 \pm 0,9$) года. Госпитализированы в недобровольном порядке 29 (20%) человек.

Разработка визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) для объективной и субъективной оценки социальной адаптации больных шизофренией

Визуальная аналоговая шкала разрабатывалась нами для сравнительной объективной и субъективной оценки уровня социальной адаптации изучаемого контингента пациентов, нами на основе модификации теста Дембо-Рубинштейн и включала 9 сфер:

1. Семейная (отношение с родными и близкими)
2. Бытовая (самообслуживание, способность распоряжаться деньгами, наводить порядок в жилище, приготовить пищу, постирать и погладить одежду).
3. Производственная (способность выполнять прежнюю работу, учиться)
4. Административно-правовая (соблюдение правил и норм, установленных законами)
5. Коммуникативная (общение в семье, на улице, в магазине, базаре, транспорте).
6. Здоровье (осознание пациентом своих симптомов, критика к психическому расстройству)
7. Физическая трудоспособность (выносливость к продолжительной работе)
8. Интеллектуальная трудоспособность (продуктивность).
9. Хобби и досуг (увлечение, посещение кино, театра, чтение книг, журналов, прогулки, интерес к политической жизни).

Изучение согласованности шкал разработанной нами ВАШ (субъективная и объективная оценка) показала высокую согласованность – альфа Кронбаха соответственно 0,872 и 0,854.

Проверка ретестовой надежности показала высокий уровень прямой корреляционной зависимости между первичным и повторным тестированием

по субъективной (в диапазоне $r=0,640-0,834$ $p=0,000$) и объективной шкале (в диапазоне $r=0,692-0,845$ $p=0,000$).

Установлено (рисунок 1), что пациенты статистически значимо более высоко оценивали уровень своей социальной адаптации во всех сферах, чем это было в реальности. Это связано с некритическим отношением к своему заболеванию и его социальным последствиям.

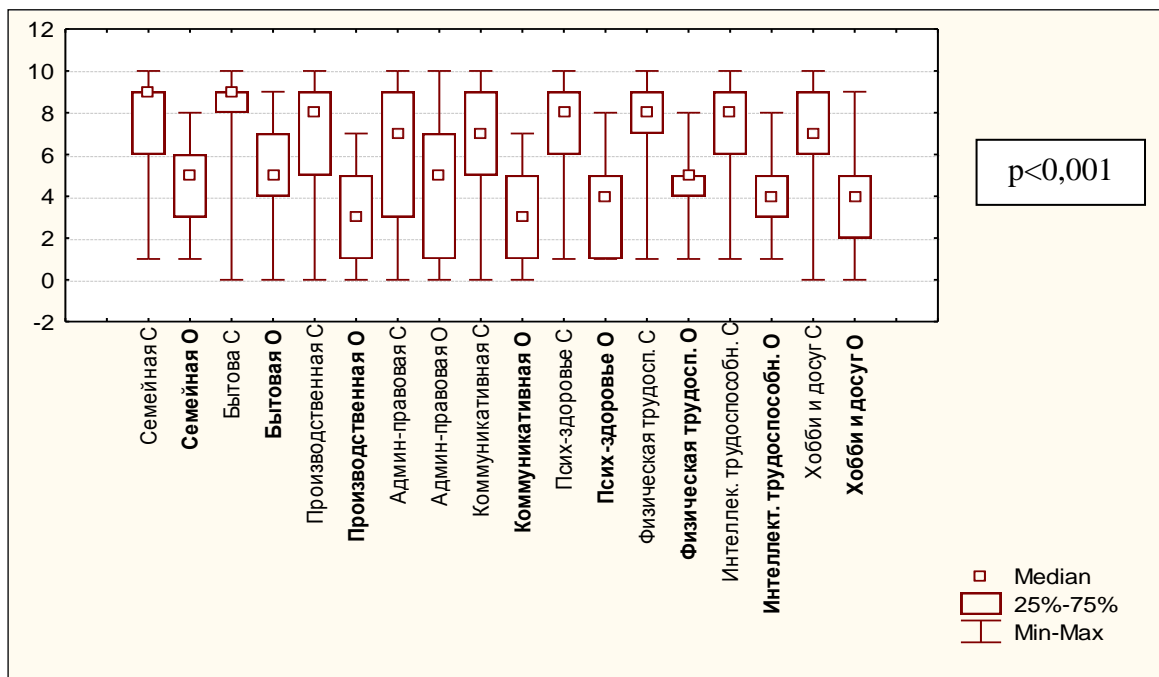


Рисунок 1. Сравнительные характеристики субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Влияние комплаентности на социальную адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Клиническая картина ведущего психопатологического синдрома на период первой госпитализации исчерпывалась галлюцинаторно-параноидным, параноидным и аффективно-бредовым синдромами, занимавшими в общей сложности 88,3%.

Сравнение степени выраженности симптомов по шкале PANSS при поступлении в зависимости от употребления наркотиков показало, что по более высокую степень выраженности «психомоторного возбуждения», «агрессивности», «гневливости» и «аффективной лабильности» показывали пациенты, употребляющие наркотики. В то же время они (*употребляющие наркотики*) показали более низкую степень выраженности симптомов как по суммарному показателю негативных симптомов, так и по параметрам:

«притупленный аффект» и «эмоциональная отгороженность». Кроме того, у них был ниже суммарный балл степени выраженности общепсихопатологических симптомов. Более низкая степень выраженности негативных и общепсихопатологических симптомов связана с тем, что употребление наркотиков было присуще пациентам с преимущественно аффективными расстройствами – более благоприятно протекающему варианту эндогенного процесса. В то же время у употребляющих наркотики была более выраженная социальная дезадаптация (в семейной и административно-правовой сферах) в связи с расстройствами поведения, обусловленными агрессивностью и гневливостью.

Результаты «Шкалы нарушения осознания психического расстройства» показали, что по медианному показателю критичности к «Общей идее наличия психического расстройства» (5 баллов) лица мужского пола выявили полное отсутствие осознания болезни. В то же время лица женского пола ($Me=3,0$) показали «неполное осознание» (различия статистически значимые). Несмотря на «некритичность к социальным последствиям заболевания», лица мужского пола оказались формально более критичными, чем женского ($p=0,018$). В отношении необходимости лечения и эффекта медикаментов все пациенты показали «неполное осознание». Аналогично пациенты были некритичны к позитивным и негативным расстройствам, при «неполном осознании» общепсихопатологических симптомов.

Изучение критичности пациентов к психопатологической симптоматике в зависимости от злоупотребления алкоголем показало, что злоупотребляющие алкоголем были менее критичны к негативным симптомам, чем не употребляющие алкоголь ($p=0,045$).

Изучение изменения социального статуса пациентов после перенесенного первого психотического эпизода показало, что снижение социального статуса произошло у 27 (31,7%) пациентов, в том числе 4 безработных получили группу инвалидности.

Установлено, что больные шизофренией, перенесшие первый психотический эпизод и положительно относящиеся к терапии (*комплаентные*) показали более высокий уровень социальной адаптации в семейной, бытовой, коммуникативной сферах, а также проявили более качественную интеллектуальную продуктивность и критическую оценку состояния психического здоровья.

Выявлены слабые прямые корреляционные зависимости балла комплаентности со шкалой нарушения осознания психического

расстройства»: общая идея психического расстройства ($r = -0,245$ $p = 0,003$), необходимостью лечения ($r = -0,369$ $p = 0,000$) и эффективностью терапии ($r = -0,487$ $p = 0,000$). Другими словами, чем выше критичность к заболеванию, необходимости терапии и ее эффективности – тем выше комплаентность пациента.

Выявлены значимые прямые корреляционные зависимости шкалы социальной поддержки Зимета и шкалы GAF: поддержка значимых других ($r = 0,309$ $p = 0,000$), поддержка семьи ($r = 0,345$ $p = 0,000$) и поддержка друзей ($r = 0,555$ $p = 0,000$). Другими словами, установлено, что чем конструктивнее поддержка пациента со стороны микросоциального окружения, тем выше уровень его социальной адаптации.

Сравнение результатов шкалы PANSS при выписке больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод в зависимости от уровня комплаентности показал, что значительная часть позитивных (бред, идеи преследования, подозрительность, враждебность), негативных (притупленный аффект, эмоциональная отгороженность, расстройства мышления), а также общепсихопатологических (чувство вины, депрессия, моторная заторможенность, манерность и аутизация) были статистически значимо выражены в меньшей степени у пациентов с высоким уровнем комплаентности. При этом было бы некорректным утверждать, что более низкая степень выраженности симптомов напрямую связана только с комплаентностью. Сама комплаентность также зависит от степени выраженности как продуктивной, так и негативной симптоматики, а также микросоциального окружения.

Влияние социального интеллекта на адаптацию больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

При сравнении результатов теста Гилфорда (таблица 1) у пациентов с шизофренией, перенесших первый психотический эпизод и контрольной

Таблица 1

Средние оценки по субтестам шкалы социального интеллекта в основной и контрольной группах

Группы испытуемых	Тест «Социальный интеллект» (баллы: $M \pm SD$)				
	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Общий балл
Больные шизофренией	3,0 \pm 2,96	3,0 \pm 2,34	2,0 \pm 1,48	2,0 \pm 1,42	12,0 \pm 6,66
Контрольная группа	8,0 \pm 3,00	8,0 \pm 2,29	4,0 \pm 2,89	4,0 \pm 2,14	25,0 \pm 7,19
U (критерий Манна-Уитни)	1309,0	968,0	2098,0	1294,0	799,0
p-уровень значимости	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

группы (психически здоровые лица), установлено, что всем субтестам представители контрольной группы статистически значимо превосходили больных шизофренией.

Это свидетельствует о том, что социальный интеллект у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод ниже, чем у психически здоровых. Больные шизофренией испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми.

Верификация уровня социального интеллекта у больных шизофренией в сравнительно-гендерном аспекте (таблица 2) показала, что лица мужского пола более успешно справились с заданиями первого и четвертого субтестов, а также по всему тесту в сумме.

Таблица 2

Социальный интеллект у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Субтесты	Мужчины		Женщины		p=
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅	
Субтест №1	4,0	3,0-6,0	3,0	2,0-5,5	0,045
Субтест №2	3,0	2,0-5,0	3,0	2,0-6,0	0,193
Субтест №3	2,0	2,0-4,0	2,0	2,0-3,0	0,199
Субтест №4	3,0	2,0-3,0	2,0	2,0-3,0	0,034
Композиционная оценка	12,0	10,0-19,0	10,5	8,0-17,0	0,011

Приведенные данные свидетельствуют, что несмотря на низкие показатели (ниже среднего) фактора познания результатов поведения, лица мужского пола несколько лучше, чем женского, способны предвосхищать поступки людей и предсказывать развитие событий на основе анализа реально существующей ситуации (субтест №1). Они несколько более эффективно способны встраивать линию своего поведения. Кроме того, они оказались более способными анализировать взаимоотношения между людьми и понимать внутренние мотивы их поведения.

В определенной степени (субтесты №2 и №4) способность правильно оценивать невербальное поведение (хотя и ниже среднего уровня) более присуще пациентам с высшим и неполным высшим образованием. Они более способны правильно оценивать чувства и намерения окружающих, понимать их мимические реакции, жесты и выразительность поз. Кроме того, полученное высшее образование позволяет им в известной степени

анализировать взаимодействия людей и понимать внутренние мотивы их поведения.

Факторный анализ результатов тестов, применяемых для верификации уровня социальной адаптации, позволил выделить 3 значимых фактора (таблица 3), объясняющих 62, 9% дисперсии.

Таблица 3

Результаты факторного анализа тестов социальной адаптации (GAF, PSP, Визуальная аналоговая шкала)

Название фактора	Составляющие	r=	Собственное значение	% дисперсии
Физическая трудоспособность	Физическая трудоспособность	0,814	5,5	39,6
Социально-полезная деятельность	Социально-полезная деятельность (PSP)	0,929	2,2	15,5
	GAF Scale	0,828		
	Отношения с близкими (PSP)	0,909		
Упорядоченное поведение	Административно-правовая сфера	0,812	1,1	7,8

Установлено, что значимыми факторами социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, являются физическая трудоспособность, социально-полезная деятельность (в том числе и ближайшем микросоциальном окружении), а также социально-адаптивное – упорядоченное поведение (административно-правовая сфера).

Результаты корреляционного анализа показателей шкал теста Гилфорда и PANSS представлен в таблице 4.

Установлено, что позитивные симптомы (расстройства мышления, подозрительность, враждебность) оказывают отрицательное влияние на способность пациента анализировать реальные ситуации общения, понимать чувства и намерения участников коммуникации, в первую очередь в семейном окружении. Здесь же (субтест №1) выявляются отрицательные корреляции с негативной симптоматикой (стереотипностью мышления и трудностями коммуникации). Это приводит к тому, что они плохо владеют пониманием невербальной коммуникации и не способны соотносить ее с вербальной. Идеи величия отрицательно коррелируют со способностью понимать вербальные сообщения окружающих и соотносить их с контекстом и характером взаимоотношений.

Таблица 4

Корреляционные взаимосвязи социального интеллекта и симптомов шизофрении (по шкале PANSS) при выписке

Симптомы	Тест «Социальный интеллект»									
	Субтест 1		Субтест 2		Субтест 3		Субтест 4		Общий балл	
	r=	p=	r=	p=	r=	p=	r=	p=	r=	p=
Позитивные симптомы										
Расстройства мышления	-0,228	0,019	-0,388	0,000	-0,144	0,142	-0,091	0,355	-0,316	0,001
Идеи величия	-0,014	0,887	0,133	0,174	-0,223	0,022	-0,110	0,262	0,053	0,589
Подозрительность	-0,223	0,022	-0,068	0,492	-0,175	0,072	0,046	0,640	-0,154	0,115
Враждебность	-0,285	0,003	-0,225	0,021	-0,097	0,321	-0,059	0,550	-0,264	0,006
<i>Σ позитивных симптомов</i>	-0,325	0,001	-0,270	0,005	-0,261	0,007	-0,045	0,644	-0,307	0,001
Негативные симптомы										
Притупленный аффект	-0,179	0,067	-0,200	0,040	-0,209	0,031	-0,163	0,094	-0,205	0,035
Эмоциональная отгороженность	-0,003	0,977	-0,200	0,040	-0,076	0,438	-0,270	0,005	-0,183	0,061
Трудности в общении	-0,207	0,033	-0,301	0,002	-0,313	0,001	-0,303	0,002	-0,353	0,000
Социальная отгороженность	-0,068	0,487	-0,199	0,040	-0,079	0,419	-0,188	0,053	-0,196	0,044
Наруш. абстрактного мышления	-0,104	0,289	-0,335	0,000	-0,023	0,814	-0,037	0,707	-0,173	0,075
Наруш. спонт. и плавности речи	-0,094	0,340	-0,255	0,008	-0,103	0,294	-0,287	0,003	-0,254	0,009
Стереотипность мышления	-0,265	0,006	-0,329	0,001	-0,075	0,447	-0,022	0,819	-0,259	0,007
<i>Σ негативных симптомов</i>	-0,115	0,240	-0,274	0,004	-0,165	0,091	-0,235	0,015	-0,249	0,010
Шкала общих психопатологических синдромов										
Соматическая озабоченность	-0,221	0,023	-0,199	0,041	-0,102	0,299	-0,044	0,658	-0,223	0,022
Тревога	-0,060	0,541	0,076	0,439	-0,142	0,148	-0,186	0,056	-0,066	0,500
Чувство вины	-0,099	0,313	0,076	0,438	-0,129	0,188	-0,111	0,258	-0,004	0,970
Напряженность	0,047	0,632	0,147	0,133	0,000	0,998	-0,018	0,852	0,107	0,275
Манерность и позирование	-0,339	0,000	-0,001	0,994	-0,253	0,009	0,278	0,004	-0,075	0,448
Депрессия	-0,172	0,077	-0,294	0,002	-0,134	0,171	0,054	0,580	-0,224	0,021
Моторная заторможенность	-0,119	0,224	-0,111	0,256	-0,160	0,102	-0,030	0,759	-0,106	0,279
Малоконтактность	-0,279	0,004	-0,143	0,144	-0,126	0,198	-0,014	0,889	-0,186	0,056
Необычное содержание мыслей	-0,293	0,002	-0,240	0,013	-0,088	0,368	-0,094	0,337	-0,282	0,003
Дезориентированность	0,090	0,359	-0,010	0,922	0,014	0,889	0,091	0,356	0,065	0,505
Снижение внимания	-0,083	0,396	-0,313	0,001	-0,170	0,081	-0,072	0,462	-0,205	0,035
Снижение критичности	-0,109	0,266	-0,060	0,542	-0,058	0,553	-0,123	0,211	-0,034	0,726
Расстройство воли	0,011	0,910	-0,109	0,264	-0,204	0,036	-0,177	0,070	-0,118	0,230
Агрессивность	-0,198	0,042	-0,210	0,031	-0,208	0,032	-0,164	0,093	-0,270	0,005
Загруж. псих. переживаниями	0,162	0,098	0,127	0,195	0,095	0,334	0,040	0,685	0,119	0,223
Акт. социальная устраненность	-0,171	0,080	-0,230	0,018	-0,172	0,078	-0,322	0,001	-0,331	0,001
<i>Σ общих симптомов</i>	-0,223	0,022	-0,168	0,086	-0,301	0,002	-0,160	0,101	-0,223	0,021
Дополнительные симптомы										
Трудн. в задержке GRATИФИКАЦИИ	0,234	0,016	0,243	0,012	0,071	0,466	-0,069	0,485	0,165	0,090
Аффективная лабильность	-0,193	0,047	-0,093	0,341	-0,207	0,033	0,031	0,752	-0,089	0,367

Все негативные симптомы отрицательно коррелировали с субтестом №2. Другими словами, чем более выраженная негативная симптоматика –

тем в большей степени пациенты не способны понимать язык телодвижений, жестов, взглядов и больше ориентируются на содержание высказываний. В результате они могут не совсем правильно понимать смысл высказываний собеседника, а также затрудняются в проявлении эмпатии и рефлексии своего поведения.

Общепсихопатологические симптомы (манерность, малоконтактность, необычное содержание мыслей) затрудняли способность пациентов предвидеть последствия поведения окружающих, неверно представляли их поведение, что могло приводить к конфликтам и затруднениям в социальной адаптации. Кроме того, имеющаяся позитивная и негативная симптоматика затрудняла ориентировку в общепринятых нормах и правилах поведения.

Расстройство воли и агрессивность отрицательно коррелировали с субтестом №3. Это свидетельствует о том, что пациенты затруднялись в понимании вербальных сообщений, не могли учитывать контекст и характер взаимоотношений между людьми. Это приводило к неправильному пониманию и интерпретации слов собеседника, конфликтам и нарушению социальной адаптации.

Клинические типы социальной дезадаптации у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Клинико-психопатологический и социально-психологический анализ клинической симптоматики и особенностей социальной *адаптации / дезадаптации*, позволил выделить 3 клинических типа социально-психологической дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод (таблица 5).

Таблица 5

Типы социальной дезадаптации у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

Факторы дезадаптации	Мужчины		Женщины		Всего	
	п	%	п	%	п	%
Личностно-негативные	12	17,6	28	36,4	40	27,6
Аддиктивные	24	35,3	12	15,6	36	24,8
Продуктивно-психопатологические	32	47,1	37	48,1	69	47,6
Итого	68	100,0	77	100,0	145	100,0

Почти в половине случаев – 47,6% были продуктивно-психопатологические расстройства, создающие риск социальной дезадаптации. Личностно-негативный тип встречался чаще у лиц женского

пола – 36,4%, чем мужского – 17,6% ($\chi^2=5,431$ $p=0,020$ $OR=2,7$ $95\%CI=1,1-6,3$). Шанс формирования личностно-негативного типа дезадаптации у лиц женского пола почти в 3 раза выше, чем у мужского. Аддиктивный тип риска социальной дезадаптации чаще регистрировался у лиц мужского пола – 35,3%, чем у женского – 15,6% ($\chi^2=6,498$ $p=0,012$ $OR=3,0$ $95\%CI=1,3-7,0$). Шанс формирования аддиктивного типа социальной дезадаптации у лиц мужского пола в 3 раза выше, чем у женского.

Значительное число – 22,2% пациентов с аддиктивным типом социальной дезадаптации совершали общественно-опасные действия и привлекались к уголовной ответственности, тогда как при личностно-негативном типе – только 2,5% ($\chi^2=5,297$ $p=0,022$ $OR=11,1$ $95\%CI=1,3-255,3$) и с продуктивно-психопатологическим – 1,4% ($\chi^2=10,511$ $p=0,002$ $OR=19,4$ $95\%CI=2,3-440,6$). Таким образом, риск совершения правонарушений у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические вещества более чем в 10 раз выше, чем у пациентов без аддиктивного поведения.

При личностно-негативном типе дезадаптации больные были статистически значимо менее привержены терапии ($Me=4,0$; $Q_{25-75}=3,0-5,0$), чем пациенты с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным типами ($Me=6,0$; $Q_{25-75}=4,0-8,0$).

Сравнительный анализ критики к болезни, необходимости лечения и социальных последствий заболевания показал, что по медианному показателю критичности к «Общей идее наличия психического расстройства» (5 баллов) и «Социальным последствиям» (5 баллов) лица с личностно-негативным типом выявили полное отсутствие осознания болезни. К «Социальным последствиям заболевания» были некритичны все пациенты. В отношении необходимости лечения и эффекта медикаментов пациенты во всех группах показали «неполное осознание».

Установлено (шкала GAF), что в общей сложности удовлетворительный уровень ($67,0\pm 11,5$) был присущ пациентам с продуктивно-психопатологическим ($p=0,010$) и аддиктивным ($70,0\pm 11,2$) типами социальной дезадаптации ($p=0,003$) в отличие от лиц с негативным ее типом ($60,0\pm 9,4$). Это свидетельствует о более выраженном влиянии негативной симптоматики на социальную адаптацию больных шизофренией.

Социально-ориентированное и социальное функционирование (шкала PSP) у лиц с продуктивно-психопатологическим типом дезадаптации также выше, чем у больных с личностно-негативным типом в следующих областях:

«социально полезная деятельность» ($p=0,001$), «отношения с близкими» ($p=0,025$), «самообслуживание» ($p=0,000$) и «беспокоящее и агрессивное поведение» ($p=0,008$). Также у больных шизофренией с аддиктивным типом отмечался более высокий уровень социального функционирования в сравнении с личностно-негативным типом: «социально полезная деятельность» ($p=0,000$), «самообслуживание» ($p=0,000$).

Тест Гилфорда показал, что больные шизофренией с продуктивно-психопатологическим типом дезадаптации превосходят пациентов с личностно-негативным типом по субтесту №1 – «истории с завершением» ($p=0,016$) и субтесту №4 – «истории с дополнением» ($p=0,021$). Лица с аддиктивным типом дезадаптации по субтесту №2 «группы экспрессии» ($p=0,002$) и субтесту №3 «вербальные экспрессии» ($p=0,010$) превосходят лиц с личностно-негативным типом дезадаптации. Таким образом, при нарастании негативной симптоматики больше страдает способность больных шизофренией понимать поступки и действия людей, невербальные реакции (миимику, позы и жесты), а также речевую продукцию человека.

Шкала социальной поддержки Зимета выявила, что пациенты с продуктивно-психопатологическим типом более высоко оценивают роль семьи ($p=0,001$), друзей ($p=0,005$) и поддержку значимых других ($p=0,001$), чем лица с личностно-негативным типом. Лица с аддиктивным типом дезадаптации по сравнению с личностно-негативным, выше оценивают поддержку семьи ($p=0,004$) и значимых других ($p=0,027$).

Сравнение результатов шкалы PANSS при поступлении в стационар показало, что при аддиктивном типе дезадаптации, по сравнению с продуктивно-психопатологическим, в большей степени были выражены враждебность, агрессивность, гневливость и аффективная лабильность – т.е. симптомы, играющие существенную роль в социальной дезадаптации.

При негативно-личностном типе дезадаптации, по сравнению с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным, все негативные симптомы были статистически значимо выражены в большей степени. Кроме того, как не парадоксально, но при поступлении при негативно-личностном типе дезадаптации степень выраженности более половины позитивных симптомов была также выше, чем при продуктивно-психопатологическом типе. Это объясняется тем фактом, что негативная симптоматика предшествует позитивной, а последняя представляет собой результат искаженной деятельности головного мозга. Аналогичные

результаты показало сравнение степени выраженности общих психопатологических синдромов.

Сравнение степени выраженности симптомов по шкале PANSS при выписке из стационара показало, что при негативно-личностном типе дезадаптации степень выраженности всех негативных симптомов была статистически значимо более высокой, чем при продуктивно-психопатологическом и аддиктивном типе. Аналогично у них были более выраженными активная социальная устранимость, снижение критичности, расстройство воли, моторная заторможенность и малоконтактность. При продуктивно-психопатологическом типе, в отличие от аддиктивного была большая выраженность депрессии, необычного содержания мыслей и активная социальная устранимость.

ВЫВОДЫ

1. Разработана визуальная аналоговая шкала субъективной и объективной оценки социальной адаптации, которая показала высокую согласованность и ретестовую надежность и может быть рекомендована для широкого применения.

2. У больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод к моменту первой госпитализации отмечалась значительная социальная дезадаптация в семейной и производственной сферах: 68,3% пациентов не имели собственной семьи, 41,4% – безработные. После перенесенного первого психотического эпизода снижение социального статуса произошло у 18,6% пациентов. Удовлетворительный уровень социальной адаптации больше характерен для лиц женского пола – 72,7%, чем мужского – 51,5%.

3. Выявлена выраженная некритичность пациентов к своему заболеванию, его социальным последствиям и необходимости лечения – только 10,3% пациентов полностью понимали факт наличия болезни и необходимость лечения, треть (33,7%) формально соглашались с мнением врача. Чем выше критичность к заболеванию и необходимости терапии, тем выше комплаентность пациента. У комплаентных пациентов менее выражены позитивные, негативные и общепсихопатологические симптомы, более высокий уровень социальной адаптации в семейной, бытовой, коммуникативной сферах.

4. Социальный интеллект играет существенную роль в социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией связаны

с психопатологической симптоматикой: позитивные симптомы (расстройства мышления, подозрительность, враждебность) снижают способность пациента анализировать реальные ситуации общения, понимать чувства и намерения участников коммуникации, в первую очередь в семейном окружении; негативные симптомы нивелируют способность понимать язык телодвижений, жестов, взглядов – пациенты не могут правильно понимать смысл высказываний собеседника, а также затрудняются в проявлении эмпатии и рефлексии своего поведения.

5. Выделено три фактора риска социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод: личностно-негативные и аддиктивные, проявляющиеся до психотического эпизода, и продуктивно-психопатологические, актуализирующиеся после манифестации эндогенного процесса. Важным фактором социальной дезадаптации является употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем, приводящие к семейной дезадаптации, которая, в свою очередь, создает затруднения в социальном функционировании пациентов в других социальных сферах.

6. Уровень социальной адаптации пациентов коррелирует с уровнем социальной поддержки пациента со стороны микросоциального окружения. Значимыми факторами, способствующими социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, являются физическая трудоспособность, социально-полезная деятельность (в том числе и ближайшем микросоциальном окружении), а также правильное, социально-адаптивное – упорядоченное поведение (административно-правовая сфера).

Практические рекомендации

1. В диспансерных отделениях, важным аспектом профилактики социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, является ранее выявление пациентов, своевременная диагностика и терапия – на этапе негативных расстройств, что позволит в определенной степени нивелировать неблагоприятное воздействие личностно-негативного типа дезадаптации.

2. В отделениях первого психотического эпизода целесообразно проведение психосоциального тренинга, направленного на формирование критики к болезни и социальным последствиям, а также необходимости лечения (комплаентности), лучшего понимания больными шизофренией различных аспектов невербальной коммуникации, развития эмпатии и рефлексии своего поведения, что будет способствовать сохранению, а также повышению уровня социального функционирования.

3. Важным аспектом лечения больных шизофренией, сочетающейся с алкоголизмом (или наркоманией), перенесших первый психотический эпизод является терапия, направленная на избавление пациента от химической зависимости, что будет способствовать упорядочению поведения в микросоциальной среде и благоприятно влиять на социальную адаптацию.

4. Для сравнительной оценки реалистичности субъективной точки зрения пациента на уровень своей адаптации в 9 социальных сферах, с объективной оценкой врачом, целесообразно использовать разработанную нами визуальную аналоговую шкалу. Кроме указанного это позволит косвенно оценить критичность пациента.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи, опубликованные в рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК РФ:

1. Social cognition and its influence on adaptation of people who suffered from the first psychotic episode of schizophrenia / **K.N. Shvets**, V.A. Ruzhenkov, V.V. Ruzhenkova [et al.] // International Journal of Early Childhood Special Education. –2020. –Vol. 12, № 1. –P. 618-623. (**Scopus**)
2. Руженков, В.А. Субъективная и объективная оценка социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод / Руженков В.А., **Швец К.Н.** // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 2; URL: <http://www.science-education.ru/article/view?id=29613> (дата обращения: 16.03.2020). DOI: 10.17513/spno.29613.
3. **Швец, К.Н.** Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод / Швец К.Н., Руженков В.А. // Современные проблемы науки и образования. –2020. –№ 3; URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=29898> (дата обращения: 23.06.2020). DOI: 10.17513/spno.29898.
4. **Швец, К.Н.** Социальная адаптация, критика к болезни и комплаентность у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод / Швец К.Н., Руженков В.А. // Психическое здоровье –2020. –№7. – С. 40-50.

Публикации в других изданиях:

5. **Швец, К.Н.** Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации (обзор) / Швец К.Н., Хамская И.С. // Научные результаты биомедицинских исследований. – 2019. – Т. 5, № 2. –С. 72-85.