

## СУБЪЕКТИВНАЯ И ОБЪЕКТИВНАЯ ОЦЕНКА СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Швец К.Н., Руженков В.А.

*ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», Белгород, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

Уровень социальной адаптации больных шизофренией является показателем социального функционирования и риска инвалидизации. При этом важны как объективная, так и субъективная оценки. Последняя связана с критичностью пациента и его адаптивными установками. Цели исследования – разработка и валидизация «Визуальной аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации» (далее – Шкала) больных шизофренией с последующим исследованием сравнительных характеристик субъективной и объективной оценки социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Для разработки Шкалы нами за основу были взяты «Визуальная аналоговая шкала», разработанная Huskisson E.C. (1974), и широко известный в психологии тест Дембо–Рубинштейн. Оценка согласованности шкал теста проводилась при помощи альфы Кронбаха. Изучались ретестовая надежность и конвергентная валидность. Обследованы 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. Установлено, что шкалы теста хорошо согласованы: альфа Кронбаха = 0,872 и 0,854. Ретестовая надежность в диапазоне  $r=0,640-0,845$ . Оценка социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, показала, что на период исследования значительная часть (41,4%) пациентов были безработными. Объективная оценка статистически значимо ниже, чем субъективная, что связано с низкой критичностью пациентов как к заболеванию, так и к его социальным последствиям. Требуется более длительные сроки лечения больных шизофренией, госпитализированных после первого психотического эпизода, в условиях стационара до формирования критики к болезни и проведение социореабилитационных мероприятий, направленных на повышение (сохранение) уровня социальной адаптации.

Ключевые слова: больные шизофренией, социальная дезадаптация, визуальная аналоговая шкала, объективная оценка, субъективная оценка, критика к болезни.

## A SUBJECTIVE AND AN OBJECTIVE EVALUATION OF THE SOCIO-ENVIRONMENTAL ADAPTATION OF THE PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AFTER THE FIRST PSYCHOTIC EPISODE

Shvets K.N., Ruzhenkov V.A.

*FSAEI HE «Belgorod State National Research University», Belgorod, e-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru*

The level of the socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia is an indicator of the social functioning and the risk of disability. According to this fact, both objective and subjective evaluation are important. The latter is connected with patient's insight and his adaptive mindsets. The goal of the research is the development and validation of the "Visual analogue scale of subjective and objective evaluation of the socio-environmental adaptation-level" for the patients with schizophrenia with post survey of comparative analysis of subjective and objective evaluation of the socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode. For the development of the «Scale», we took as a basis the «Visual analogue scale» developed by Huskisson E.S. (1974) and the well-known in psychology Dembo–Rubinstein test. The assessment of the test scales correlation was carried out by using Cronbach's alpha method. The test-retest reliability and the converged validity were studied. 145 patients with schizophrenia after the first psychotic episode at the age of 15-40 ( $27.4 \pm 6.5$ ), 68 (46.9%) males and 77 (53.1%) females were examined. It was found that the test scales were well correlated: Cronbach's alpha = 0.872 and 0.854. The test-retest reliability in the range  $r = 0.640-0.845$ . The evaluation of the socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode showed that a significant part – 41.4% of the patients for the study period were unemployed. An objective evaluation is statistically significantly lower than a subjective one, which is associated with patient's low insight into both illness and its social implications. It requires a longer-term treatment duration for the patients with schizophrenia admitted to the hospital after the first psychotic episode in a clinical setting before the insight into illness is formed and in order to take social rehabilitation measures intended to the increasing (maintaining) the level of socio-environmental adaptation.

Keywords: patients with schizophrenia, social maladjustment, visual analogue scale, objective evaluation, subjective evaluation, insight.

Оценка уровня социальной адаптации/дезадаптации лиц с психическими расстройствами является одним из показателей социального функционирования и риска инвалидизации. Распространенными способами оценки социальной адаптации больных шизофренией являются известная методика, разработанная А.Б. Шмуклером и И.Я. Гуровичем [1], а также шкала автономии [2]. Для оценки уровня социальной адаптации служат шкалы GAF и PSP. Шкала GAF – шкала глобального функционирования – предназначена для общей оценки способности к повседневному функционированию лиц с психическими расстройствами. Шкала PSP была разработана для оценки социального и профессионального функционирования больных шизофренией и оценивает 4 параметра: социально полезную деятельность (включая работу и учебу), отношения с близкими и прочие социальные отношения, самообслуживание, беспокоящее и агрессивное поведение. Оценку по шкалам проводит сам исследователь [3]. Еще одним измерительным инструментом является известная в клинической психиатрии шкала социальной дезадаптации Шихана, позволяющая оценить уровень социальной адаптации по трем сферам: производственной (учебной), семейной и социальной, что не дает всестороннего понимания уровня социального функционирования пациента [4].

Важными аспектами изучения уровня социальной адаптации являются ее самооценка самим пациентом (его критичность) и объективная оценка врачом-психиатром на основе достоверной информации, полученной от родственников пациента, так как только они могут объективно оценить как характер внутрисемейных отношений, так и поддержку, в которой пациент нуждается со стороны семьи [5, 6]. Этой цели служит «Шкала самооценки социальной адаптации», дающая обобщенную оценку. Для всесторонней оценки социальной адаптации лиц с психическими расстройствами требуются оценка в нескольких сферах социальной жизни, возможность сравнения субъективной оценки с объективной, а инструмент должен обладать простотой, высокой точностью и оперативностью измерения. В связи с этим целями исследования были разработка визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) изучения субъективной и объективной оценки социальной адаптации больных шизофренией, ее валидизация и изучение уровня социальной адаптации пациентов, перенесших первый психотический эпизод.

### **Материал и методы исследования**

Для разработки «Визуальной аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации» больных шизофренией нами за основу была взята «Визуальная аналоговая шкала» [7] для оценки интенсивности боли у пациентов с

хроническим панкреатитом. Положительными качествами данной шкалы являются простота, оперативность и достаточная для клинических исследований точность. Кроме оценки болевого синдрома, «Визуальная аналоговая шкала» применяется в наркологической практике для измерения субъективной оценки больного степени влечения к алкоголю или наркотику [8], а также для оценки боли в рамках предменструального синдрома [9]. Фактически визуальная аналоговая шкала применяется и в широко известном тесте Дембо–Рубинштейн. Разработанная нами визуальная аналоговая шкала оценки социальной адаптации представляет собой вертикальную прямую линию длиной 10 см. Нижний конец (начало) соответствует нулевой точке – «полная социальная дезадаптация», верхняя точка – «полная социальная адаптация без каких-либо проблем».

Для верификации субъективной оценки уровня социальной адаптации пациенту предлагается сделать на этой линии отметку, соответствующую, с его точки зрения, уровню его социальной адаптации в той или иной сфере на период обследования. Расстояние между началом линии и сделанной больным отметкой измеряют в сантиметрах и округляют до целого. Каждый сантиметр визуальной аналоговой шкалы соответствует 1 баллу. Объективная оценка уровня социальной адаптации проводилась врачом-психиатром на основе объективной информации, полученной от родственников пациента.

Исследовались 9 сфер:

- 1) семейная (отношение с родными и близкими);
- 2) бытовая (самообслуживание, способность распоряжаться деньгами, наводить порядок в доме, 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 в продолжительной работе);
- 8) интеллектуальная трудоспособность (продуктивность);
- 9) хобби и досуг (увлечение, посещение кино, театра, чтение книг, журналов, прогулки, интерес к политической жизни).

Обследованы 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» [10].

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (шкалы PSP и GAF, «Шкала нарушения осознания психического расстройства» [11] и разработанная нами «Визуальная аналоговая шкала субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации»).

Проверка надежности – согласованности шкал теста – проводилась при помощи вычисления альфы Кронбаха. Статистическая обработка базы данных осуществлялась методами непараметрической статистики (описательная статистика, корреляционный анализ [коэффициент ранговой корреляции Спирмена]), рассчитывался критерий Манна–Уитни для сравнения двух независимых переменных при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.0.

### Результаты исследования и их обсуждение

Изучение согласованности шкал разработанной нами ВАШ (субъективная и объективная оценка) показало высокую согласованность – альфа Кронбаха соответственно 0,872 и 0,854 (рис. 1 и 2).

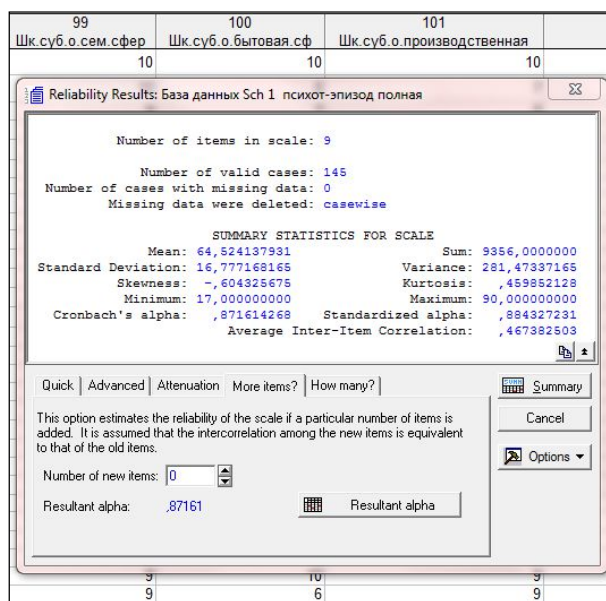


Рис. 1. Альфа Кронбаха шкал субъективной оценки уровня социальной адаптации

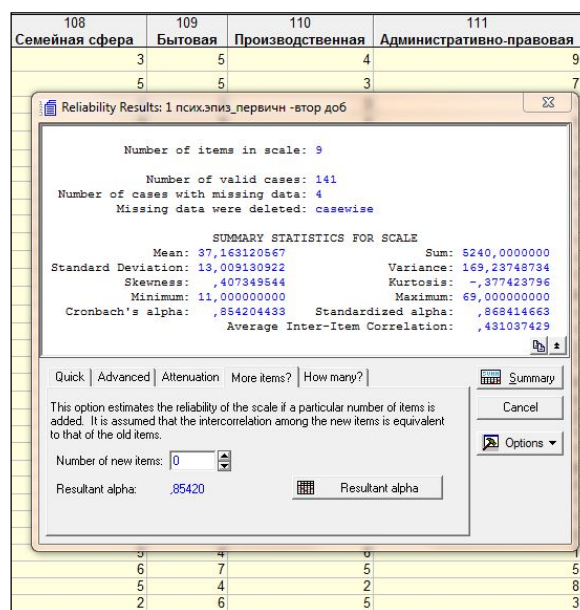


Рис. 2. Альфа Кронбаха шкал объективной оценки уровня социальной адаптации

Проверка ретестовой надежности (табл. 1) 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  $r=0,692-0,845$ ;  $p=0,000$ ).

Таблица 1

Результаты проверки ретестовой надежности шкал «Визуальной

аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки  
уровня социальной адаптации»

Социальная сфера	Объективная оценка		Субъективная оценка	
	г	р	г	р
Семейная	0,831	0,000	0,768	0,000
Бытовая	0,812	0,000	0,732	0,000
Производственная	0,845	0,000	0,789	0,000
Административно-правовая	0,801	0,000	0,817	0,000
Коммуникативная	0,769	0,000	0,703	0,000
Здоровье психическое	0,805	0,000	0,743	0,000
Физическая трудоспособность	0,780	0,000	0,834	0,000
Интеллектуальная продуктивность	0,733	0,000	0,769	0,000
Хобби и досуг	0,692	0,000	0,640	0,000

Анализ конвергентной валидности показал значимые корреляции показателей «Визуальной аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации» с показателями шкал GAF и PSP (таблица 2 – объективная оценка и таблица 3 – субъективная оценка).

Таблица 2

Корреляционные зависимости шкал «Визуальной аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации» – объективная оценка

Социальная сфера	GAF		PSP							
			А		В		С		D	
	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р
Семейная	0,460	0,002	0,414	0,000	0,525	0,000	0,330	0,000	0,326	0,000
Бытовая	0,379	0,001	0,329	0,000	0,344	0,003	0,302	0,000	0,382	0,000
Производственная	0,455	0,000	0,467	0,000	0,482	0,000	0,495	0,000	0,497	0,000
Административно-правовая	0,431	0,003	-0,090	0,283	0,474	0,002	-0,044	0,599	0,013	0,878
Коммуникативная	0,444	0,000	0,419	0,000	0,413	0,010	0,366	0,000	0,151	0,069
Здоровье психическое	0,335	0,024	0,108	0,195	0,053	0,528	0,250	0,002	0,077	0,357
Физическая трудоспособность	0,412	0,010	0,414	0,000	0,404	0,014	0,363	0,001	0,382	0,029
Интеллектуальная продуктивность	0,499	0,000	0,543	0,000	0,439	0,004	0,421	0,000	0,483	0,000
Хобби и досуг	0,320	0,041	0,448	0,003	0,491	0,021	0,141	0,090	0,492	0,020

Примечание. **А** – социально полезная деятельность, включая работу и учебу; **В** – отношения с близкими и прочие социальные отношения; **С** – самообслуживание; **Д** – беспокоящее и агрессивное поведение

Как видно из таблицы 2, слабые, но высокодостоверные прямые корреляционные зависимости выявлены фактически по всем социальным сферам. Обращает на себя внимание отсутствие корреляций с административно-правовой сферой и оценкой «психического здоровья» в таблице 3 (субъективная оценка). Это связано с тем, что тест PSP не включает оценку психического здоровья и степень адаптации в административно-правовой сфере; также большинство пациентов не критически относятся к состоянию своего психического здоровья. Кроме того, среди обследованных нами пациентов 20% были госпитализированы в недобровольном порядке, а более половины из оставшихся – по инициативе родственников.

В силу этого у пациентов сформировалось отрицательное отношение к оценке своего правового статуса.

Таблица 3

Корреляционные зависимости шкал «Визуальной аналоговой шкалы субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации» – субъективная оценка

Социальная сфера	GAF		PSP							
			А		В		С		D	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Семейная	0,306	0,013	0,197	0,017	0,116	0,164	-0,009	0,918	0,458	0,002
Бытовая	0,383	0,027	0,322	0,007	0,366	0,047	0,125	0,135	0,147	0,077
Производственная	0,351	0,000	0,369	0,001	0,398	0,017	0,085	0,312	0,377	0,033
Административно-правовая	0,020	0,814	-0,006	0,938	0,036	0,667	-0,027	0,750	0,007	0,934
Коммуникативная	0,320	0,008	0,383	0,028	0,251	0,070	-0,028	0,736	0,222	0,007
Здоровье психическое	0,351	0,045	0,095	0,258	0,064	0,445	-0,033	0,691	0,127	0,128
Физическая трудоспособность	0,153	0,067	0,143	0,087	0,019	0,819	0,094	0,260	0,031	0,714
Интеллектуальная продуктивность	0,310	0,000	0,318	0,009	0,371	0,040	0,118	0,156	0,400	0,000
Хобби и досуг	0,378	0,001	0,369	0,001	0,309	0,012	0,126	0,131	0,432	0,000

Примечание. **A** – социально полезная деятельность, включая работу и учебу; **B** – отношения с близкими и прочие социальные отношения; **C** – самообслуживание; **D** – беспокоящее и агрессивное поведение

Анализ возрастных характеристик пациентов показал, что подавляющее большинство обследуемых – 79,3% – были в возрасте 21–40 лет. Уровень образования у больных шизофренией был достаточно высоким – 46,2% имели высшее и неоконченное высшее образование (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 – 28,6% обследованных, чем среди мужчин (8,8%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность вступления в брак лиц женского пола до начала заболевания шизофренией (или в первые годы) более чем в 4 раза выше, чем мужского.

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%). Отношение шансов свидетельствует, что вероятность употребления наркотиков больными шизофренией мужского пола до первого психотического эпизода в 2,6 раза выше, чем женского. Часть пациентов – 15 (10,3%) человек – злоупотребляли алкоголем на уровне бытового пьянства и зависимости, одинаково часто – 10 (14,7%) лица мужского и 5 (6,5%) – женского пола.

Верификация социального положения пациентов до первой госпитализации показала, что, несмотря на относительно высокий уровень образования, только 6,2% были индивидуальными предпринимателями и 17,9% – квалифицированными рабочими. Значительная часть пациентов – 41,4% – были безработными.

Установлено (рис. 3), 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.

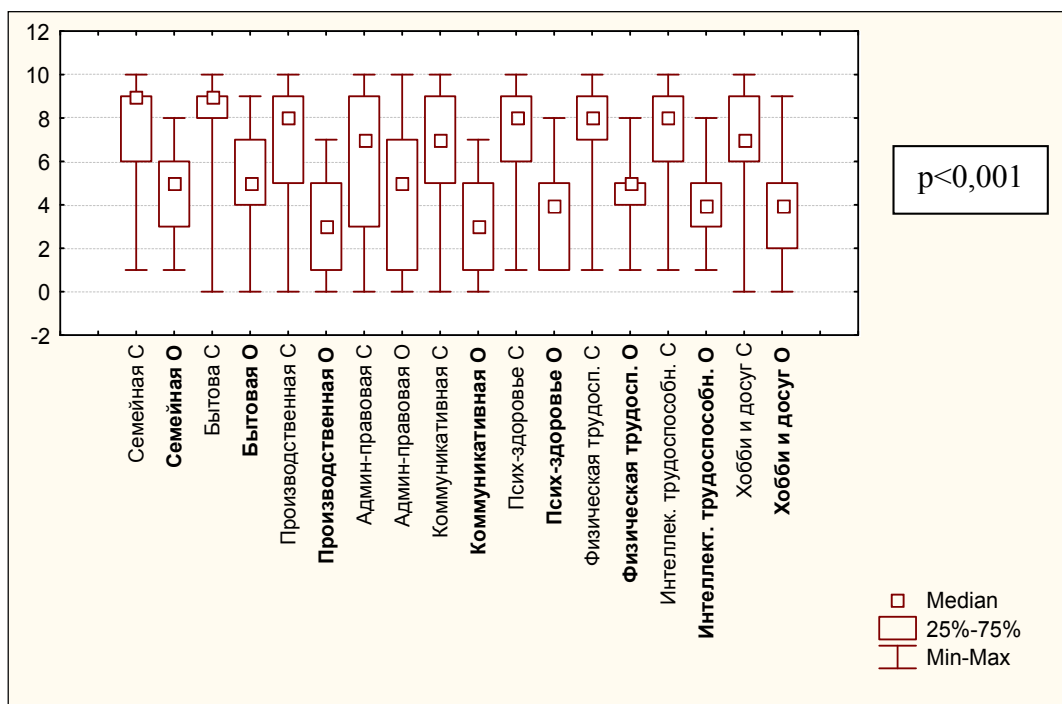


Рис. 3. Сравнительные характеристики субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод

### Заключение

Таким образом, «Визуальная аналоговая шкала субъективной и объективной оценки уровня социальной адаптации», показавшая удовлетворительную конвергентную валидность и хорошую ретестовую надежность, может служить эффективным инструментом для оценки как уровня социальной адаптации пациента, так и его критичности к состоянию здоровья, психическому расстройству и социальным последствиям.

Оценка социальной адаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, показала, что на период исследования значительная часть – 41,4% – пациентов были безработными. Объективная оценка статистически значимо ниже, чем субъективная, что связано с низкой критичностью пациентов как к заболеванию, так и к его к социальным последствиям.

Одним из важных факторов социальной дезадаптации больных шизофренией является употребление наркотиков и злоупотребление алкоголем. Выраженная семейная дезадаптация

создавала затруднения в социальном функционировании пациентов в других социальных сферах.

Требуются более длительные сроки лечения больных шизофренией, госпитализированных после первого психотического эпизода, в условиях стационара до формирования критики к болезни и проведение социореабилитационных мероприятий, направленных на повышение (сохранение) уровня социальной адаптации.

### Список литературы

1. Савельева О.В. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Санкт-Петербург, 2014. 36 с.
2. Морозова М.А., Рупчев Г.Е. Новая шкала для оценки автономии у больных шизофренией (описание и исследование валидности) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2015. Т. 115, № 1. С. 53–57.
3. Гурович И.Я., Папсуев О.О. Дифференциация подходов к изучению нарушений социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и инструментарий для его оценки // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25, № 2. С. 9–18.
4. Емелин К.Э., Ахапкин Р.В., Александровский Ю.А. Когнитивный профиль пациентов с депрессивными расстройствами и его значение для антидепрессивной терапии и социального функционирования // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2018. № 1. С. 23–32.
5. Соколов В.П. Адаптация больных шизофренией к заболеванию // Экологофизиологические проблемы адаптации: материалы XVII Всероссийского симпозиума. Москва: Издательство: «Российский университет дружбы народов», 2017. С. 206–207.
6. Швец К.Н., Лукьянцева И.С. Факторы социальной дезадаптации больных шизофренией и подходы к психосоциальной терапии и реабилитации // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 2. С. 72–85.
7. Шиленок В.Н., Никитина Е.В. Сравнительный анализ различных методов обезболивания у пациентов с острым панкреатитом при помощи шкал боли // Казанский медицинский журнал. 2016. Т. 97, №2. С. 217–221.



8. Ненастьева А.Ю. Психометрические шкалы, используемые в клинической наркологии // Наркология. Национальное руководство: 2-е изд., перераб. и доп. / Под ред. Н.Н. Иванца, И.П. Анохиной, М.А. Винниковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 905–921.
9. Вербицкая М.С., Вербицкий В.С., Ромашко М.С., Туровец Е.Г. Характеристика предменструальных расстройств у девушек-студенток Белорусского государственного медицинского университета // Медицинский журнал. 2017. №3. С. 52–55.
10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь): монография. М.: МЕДПРАКТИКА-М, 2010. 544 с.
11. Иржевская В.П. Нарушения осознания психической болезни при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. Москва, 2009. 212 с.