

ФАКТОРЫ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ 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

Качество адаптации в обществе для пациентов с шизофренией зависит от особенностей течения заболевания, клинических проявлений, частоты обострений, а также от эффективности терапии и социальной поддержки со стороны родных и близких. Цель исследования – верификация факторов социальной дезадаптации больных шизофренией после первого психотического эпизода для разработки рекомендаций по первичной и вторичной психопрофилактике. С использованием клинико-психопатологического и психометрического методов обследованы 145 пациентов с диагнозом «шизофрения» в возрастном промежутке 15–40 ($27,4 \pm 6,5$) лет, госпитализированных в первый или во второй раз при длительности заболевания, не превышающей 3 лет. Выявлено три типа социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Почти в половине случаев – 47,6% (без гендерных различий) – встречался продуктивно-психопатологический тип. Среди женщин в сравнении с мужчинами личностно-негативный тип дезадаптации выявлялся чаще: 36,4% и 17,6% соответственно (с шансом выше в 3 раза), а аддиктивный тип – реже: 15,6% и 35,3% соответственно. Лица с аддиктивным типом социальной дезадаптации в 22,2% случаев совершали общественно опасные действия (ООД). Установлено, что риск совершения ООД у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические вещества, более чем в 10 раз выше, чем у пациентов без аддиктивного поведения. Установлено, что больные шизофренией с личностно-негативным типом дезадаптации менее комплаентны, чем пациенты с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным типами. Критика к болезни в большей степени снижена у пациентов с негативно-личностным типом дезадаптации. Пациенты с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным типом социальной дезадаптации более высоко оценивают роль семьи, друзей и поддержку значимых других, чем лица с личностно-негативным типом. В аспекте психопрофилактики социальной дезадаптации важно учитывать ее тип. Требуется раннее выявление лиц с личностно-негативным и аддиктивным типами и их своевременная терапия.

Ключевые слова: шизофрения, первый психотический эпизод, аддиктивное поведение, негативная симптоматика, критика к болезни, социальная дезадаптация.

THE FACTORS OF 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 quality of socio-environmental adaptation of the patients with schizophrenia depends on the characteristics of the disease course, clinical implications, frequency of the disease aggravation together with treatment efficacy and social support from family members and close/dear ones. The goal of the research is to verify the factors of social maladjustment of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode in order to elaborate the recommendations for primary and secondary psychoprophylaxis. We used clinical, psychopathological and psychometric research methods to examine 145 patients with schizophrenia at the age interval of 15–40 (27.4 ± 6.5) years, hospitalized for the first or second time, while the duration of the disease did not exceed 3 years. Three types of social maladjustment of the patients with schizophrenia after the first psychotic episode were revealed. A productive psychopathological type was displayed in almost half of the cases - 47.6% (without gender differences). A personality-negative type was more common among females - 36.4% than among males – 17.6% with a 3 times higher chance. An addictive type of social maladjustment was more often displayed among males – 35.3% than among females – 15.6%. The individuals with an addictive type of social maladjustment committed socially dangerous acts in 22.2% of cases. It was established that the risk of committing socially dangerous acts is more than 10 times higher for the patients with schizophrenia, alcohol abusers and drug users than for patients without any addictive behavior. It was established that patients with schizophrenia with a personality-negative type of social maladjustment are less compliant than patients with productive-psychopathological and addictive types. The insight into disease is reduced to a greater extent for patients with a negative personality type of social maladjustment. The patients with productive-psychopathological and addictive types of social maladjustment appreciate the role of family, friends and close/dear ones support much higher than people with a personal-

negative type. It is important to consider the type of social maladjustment in the aspect of psychoprophylaxis. An early detection of the individuals with personality-negative and addictive types and early treatment is also important.

Keywords: schizophrenia, first psychotic episode, addictive behaviour, deficit symptoms, insight into disease, social maladjustment.

Пациенты с шизофренией являются одной из наиболее уязвимых групп в отношении социальной дезадаптации [1, 2]. Социальная адаптация больных шизофренией зависит от многих факторов: пола, возраста пациента, преморбидных характеристик, возраста начала заболевания [3], особенностей клинических проявлений [4], продолжительности заболевания [5].

Выявлена прямая зависимость уровня социальной адаптации больных шизофренией от особенностей течения заболевания, клинических проявлений, частоты обострения [6, 7]. Важную роль также играют эффективность терапии, внутренние резервы пациента и социального окружения, в первую очередь – социальная поддержка со стороны родных и близких [8, 9].

Цель исследования – верификация факторов социальной дезадаптации больных шизофренией после первого психотического эпизода для разработки рекомендаций по первичной и вторичной психопрофилактике.

Материал и методы исследования

С 2015 по 2018 гг. нами были обследованы 145 больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, из которых 68 (46,9%) лиц мужского и 77 (53,1%) женского пола. Средний возраст пациентов составил $27,4 \pm 6,5$ года в возрастном диапазоне от 15 до 40 лет. Критерии включения в выборку совпадали с таковыми для первого психотического эпизода: длительность заболевания, не превышающая трех лет, и количество госпитализаций в психиатрический стационар не более двух [10].

Основными методами исследования были: клинико-психопатологический, клинико-динамический, психометрический (шкалы PANSS, PSP, GAF, социальной поддержки Зимета, «Шкала нарушения осознания психического расстройства» в адаптации В.П. Иржевской [11], тест на социальный интеллект Гилфорда). Для статистической обработки полученных данных применялись непараметрические статистические методы (описательная статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, отношение шансов [OR], критерий Манна–Уитни для сравнения двух независимых переменных) с использованием пакета прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Изучив клиническую симптоматику и особенности социальной адаптации/дезадаптации методом клинико-психопатологического и социально-

психологического анализа, мы выделили 3 типа факторов социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод (табл. 1).

Таблица 1

Факторы 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

Из таблицы 1 видно, что почти в половине случаев – 47,6% (без гендерных различий) – отмечались продуктивно-психопатологические расстройства, создающие риск социальной дезадаптации. Личностно-негативный тип встречался чаще у лиц женского пола (36,4%), чем мужского (17,6%) ($\chi^2=5,431$ $p=0,020$ $OR=2,7$ $95\% CI=1,1-6,3$). Таким образом, шанс формирования личностно-негативного типа дезадаптации почти в 3 раза выше среди женщин.

Риск аддиктивного типа социальной дезадаптации был более характерен для мужского пола (35,3%), в отличие от 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.

Более чем пятая часть – 8 (22,2%) пациентов с аддиктивным типом социальной дезадаптации совершали общественно опасные действия (ООД) и привлекались к уголовной ответственности, тогда как при личностно-негативном типе социальной дезадаптации – только 1 (2,5%) пациент ($\chi^2=5,297$ $p=0,022$ $OR=11,1$ $95\% CI=1,3-255,3$), и с продуктивно-психопатологическим типом также 1 (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.

Изучение комплаентности пациентов в зависимости от типа социальной дезадаптации показало, что больные шизофренией с личностно-негативным типом дезадаптации были статистически значимо ($p<0,05$) 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 (табл. 2) показал, что по медианному показателю пациенты с личностно-негативным типом выявили полное отсутствие осознания болезни по параметрам «Общая идея наличия психического расстройства» (5 баллов) и «Социальные последствия» (5 баллов). К социальным последствиям заболевания были не критичны все пациенты. В отношении необходимости лечения и применения медикаментов пациенты во всех группах показали «неполное осознание».

Таблица 2

Сравнение результатов «Шкалы нарушения осознания психического расстройства» в зависимости от типа социальной дезадаптации

Показатели	1-ППТ		2-АТ		p= 1-2	3-НЛТ		p= 1-3	p= 2-3
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
Общая идея психического расстройства	4,0	3,0–5,0	4,0	3,0–5,0	–0,707	5,0	3,0–5,0	–0,016	–0,099
Необходимость лечения	3,0	2,0–3,0	3,0	2,5–4,0	0,190	4,0	2,0–5,0	–0,009	–0,081
Эффект медикаментов	3,0	2,0–4,0	2,0	2,0–4,0	–0,916	3,5	3,0–5,0	–0,000	–0,000
Социальные последствия	5,0	4,0–5,0	5,0	4,0–5,0	–0,063	5,0	5,0–5,0	–0,019	–0,654

1 – продуктивно-психопатологический тип; 2 – аддиктивный тип; 3 – личностно-негативный тип.

Оценка уровня социальной адаптации по шкале GAF в зависимости от типа социальной дезадаптации показала, что в общей сложности удовлетворительный уровень социального функционирования был присущ пациентам с продуктивно-психопатологическим ($p=0,010$) и аддиктивным типами социальной дезадаптации ($p=0,003$), в отличие от лиц с негативным типом. Это свидетельствует о более выраженном влиянии негативной симптоматики на социальную адаптацию больных шизофренией.

Изучение социально ориентированного и социального функционирования (PSP) в зависимости от типа социальной дезадаптации (табл. 3) показало, что у лиц с продуктивно-психопатологическим типом дезадаптации уровень функционирования выше, чем у больных с личностно-негативным типом, по таким параметрам, как: «самообслуживание» ($p=0,000$), «социально полезная деятельность» ($p=0,001$), «беспокоящее и агрессивное поведение» ($p=0,008$) и «отношения с близкими» ($p=0,025$). 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» ($p=0,000$), что связано с относительно более высокой сохранностью их психической сферы. Данное обстоятельство обусловлено тем фактом, что склонны к злоупотреблению алкоголем и употреблению наркотических средств пациенты с преимущественно аффективными и психопатоподобными расстройствами.

Таблица 3

Результаты шкалы PSP в зависимости от типа социальной дезадаптации

Показатели	1-ППТ		2-АТ		p=1-2	3-НЛТ		p=1-3	p=2-3
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
Социально полезная деятельность	71,0	65,0–82,0	77,0	70,0–80,0	–0,602	67,5	49,0–77,0	0,001	0,000
Отношения с близкими	73,0	65,0–80,0	75,0	67,0–78,5	0,740	71,0	50,0–80,0	0,025	0,069
Самообслуживание	100,0	90,0–100,0	100,0	95,0–100,0	–0,197	87,0	81,0–98,0	0,000	0,000
Беспокоящее и агрессивное поведение	97,0	91,0–100,0	98,0	83,5–100,0	0,649	91,0	84,5–99,0	0,008	0,132

1 – продуктивно-психопатологический тип; 2 – аддиктивный тип; 3 – личностно-негативный тип.

Тест Гилфорда (табл. 4) показал, что результаты больных шизофренией с продуктивно-психопатологическим типом дезадаптации превосходят результаты пациентов с личностно-негативным типом по субтесту № 1 «Истории с завершением» ($p=0,016$) и субтесту № 4 «Истории с дополнением» ($p=0,021$). В свою очередь при аддиктивном типе дезадаптации отмечаются более высокие результаты по субтесту № 2 «Группы экспрессии» ($p=0,002$) и субтесту № 3 «Вербальные экспрессии» ($p=0,010$) по сравнению с больными, имеющими личностно-негативный тип дезадаптации. Таким образом, при нарастании негативной симптоматики у больных шизофренией больше страдает способность понимать поступки и действия людей, невербальные реакции (мимику, позы и жесты), а также речевую продукцию человека.

Таблица 4

Характеристики социального интеллекта больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, в зависимости от типа социальной дезадаптации

Субтесты	1-ППТ		2-АТ		p=1-2	3-НЛТ		p=1-3	p=2-3
	Me	Q ₂₅₋₇₅	Me	Q ₂₅₋₇₅		Me	Q ₂₅₋₇₅		
Субтест № 1	4,0	2,0–6,0	4,0	3,0–9,0	–0,082	3,0	2,0–3,5	0,016	0,000
Субтест № 2	5,0	3,0–7,0	3,0	2,0–5,0	0,194	2,0	2,0–3,0	0,000	0,002
Субтест № 3	2,0	1,0–4,0	2,0	2,0–5,0	–0,507	2,0	2,0–2,0	0,417	0,051
Субтест № 4	2,0	2,0–4,0	3,0	2,0–3,0	0,954	2,0	1,0–2,5	0,021	0,010
Композиционная оценка	14,0	9,0–19,0	12,0	10,0–21,0	–0,728	9,0	8,0–11,0	0,000	0,000

1 – продуктивно-психопатологический тип; 2 – аддиктивный тип; 3 – личностно-негативный тип.

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

Сравнение результатов шкалы PANSS при поступлении больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, показало, что при аддиктивном типе

дезадаптации по сравнению с продуктивно-психопатологическим в большей степени ($p < 0,05$) были выражены враждебность, агрессивность, гневливость и аффективная лабильность, т.е. симптомы, играющие существенную роль в социальной дезадаптации.

Изучение степени выраженности негативных симптомов по шкале PANSS при поступлении в зависимости от типа дезадаптации (рис. 1, 2) показало, что при негативно-личностном типе дезадаптации по сравнению с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным все негативные симптомы были статистически значимо выражены в большей степени.

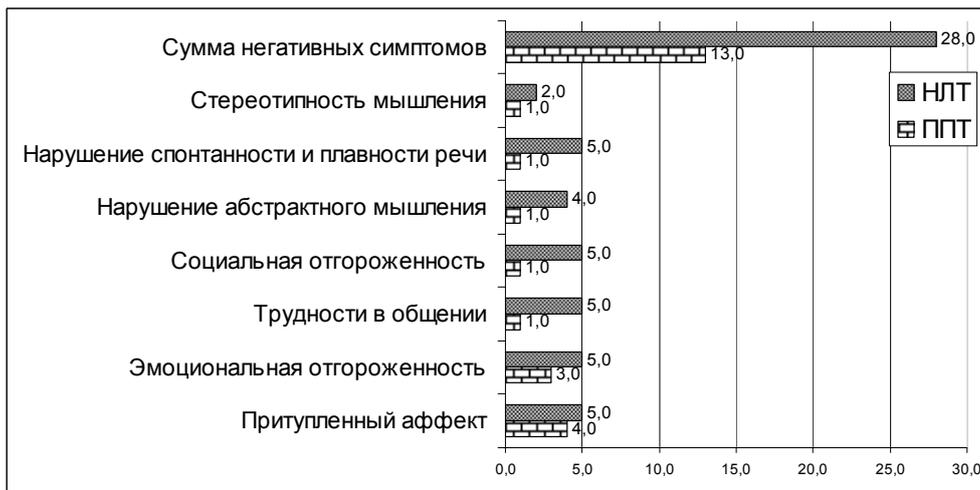


Рис. 1. Сравнительная характеристика степени выраженности негативных симптомов по шкале PANSS при НЛТ и ППТ дезадаптации



Сравнительная характеристика степени выраженности негативных симптомов по шкале PANSS при АТ и НЛТ дезадаптации

Кроме того, как ни 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 таких больных были более выраженными активная социальная устранимость, снижение критичности, расстройство воли, моторная заторможенность и малоCONTACTность. При продуктивно-психопатологическом типе, в отличие от аддиктивного, была выше выраженность депрессии, необычного содержания мыслей и активной социальной устранимости.

Заключение

Выявлено три типа социальной дезадаптации больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод. Почти в половине случаев (47,6%) это продуктивно-психопатологический тип. Среди женщин в сравнении с мужчинами личностно-негативный тип дезадаптации выявлялся чаще: 36,4% и 17,6% соответственно (с шансом выше в 3 раза), а аддиктивный тип – реже: 15,6% и 35,3% соответственно. Лица с аддиктивным типом социальной дезадаптации в 22,2% случаев совершали ООД. Риск совершения ООД у больных шизофренией, злоупотребляющих алкоголем и употребляющих наркотические вещества, более чем в 10 раз выше, чем у пациентов без аддиктивного поведения. Установлено, что больные шизофренией с личностно-негативным типом дезадаптации менее комплаентны, чем пациенты с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным типами. Критика к болезни в большей степени снижена у пациентов с негативно-личностным типом дезадаптации. Пациенты с продуктивно-психопатологическим и аддиктивным типом социальной дезадаптации более высоко оценивают роль семьи, друзей и поддержку значимых других, чем лица с личностно-негативным типом.

В аспекте психопрофилактики социальной дезадаптации важно учитывать ее тип. Также требуются раннее выявление лиц с личностно-негативным и аддиктивным типами и своевременная терапия.

Список литературы

1. Кузнецова С.Л., Коцюбинский А.П., Петрова Н.Н. Комплексный диагностический подход к оценке биопсихосоциального функционирования больных с эндогенными

- психическими расстройствами с позиций функционального диагноза. Часть 2 // Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 6. С. 6. DOI: 10.24411/2219-8245-2018-16060.
2. 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.
 3. Dewangan R.L., Singh P.1. Premorbid Adjustment in Predicting Symptom Severity and Social Cognitive Deficits in Schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry*. 2018. V. 28(3). P. 75-79.
 4. 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.
 5. Vita A., Barlati S. Recovery from schizophrenia: is it possible? *Curr. Opin. Psychiatry*. 2018. V. 31(3). P. 246-255. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000407.
 6. Шмилович А.А., Гончаренко С.Н. Клинические аспекты социального функционирования больных параноидной шизофренией в ремиссии // Психическое здоровье. 2015. № 13(10). С. 8-16.
 7. Guedes de Pinho L.M., Pereira A.M.S., Chaves C.M.C.B. Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018. V. 40(3). P. 202-209. DOI: 10.1590/2237-6089-2017-0002.
 8. Семке А.В., Федоренко О.Ю., Лобачева О.А., Рахмазова Л.Д., Корнетова Е.Г., Смирнова Л.П., Микилев Ф.Ф., Щигорева Ю.Г. Клинические, эпидемиологические и биологические предпосылки адаптации больных шизофренией как основа персонализированного подхода к антипсихотической терапии // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2015. № 3 (88). С. 19-25.
 9. Zäske H., Linden M., Degner D., Jockers-Scherübl M., Klingberg S., Klosterkötter J., Maier W., Möller H., Sauer H., Schmitt A., Gaebel W. Stigma experiences and perceived stigma in patients with first-episode schizophrenia in the course of 1 year after their first in-patient treatment. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 2019. V. 269(4). P. 459-468. DOI: 10.1007/s00406-018-0892-4.
 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.