

Зубатюк О.В., Пилягина Г.Я.

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика,
Киев, Украина

Zubatiuk O., Pyliagina G.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Социальное функционирование у пациентов с депрессивно-параноидной симптоматикой и факторы его прогнозирования

Social Functioning in Patients with Depressive-Paranoid Symptoms and Factors of its Prognosis

Резюме

Вопросы реадaptации и ресoциализации пациентов, страдающих различными психотическими расстройствами, стабильно находятся в зоне пристального внимания исследователей и клиницистов. В данном исследовании изучалась выраженность психопатологической симптоматики и ее влияние на динамику уровня социального функционирования у пациентов с различными психотическими расстройствами. В исследование были включены пациенты с депрессивно-параноидной симптоматикой при параноидной шизофрении, шизоаффективном расстройстве и рекуррентном депрессивном расстройстве. Исследование показало, что социальная дезадаптация характерна для всех психотических расстройств, однако каждой нозологии присущ свой дезадаптивный профиль, который определяется клинико-психопатологическими факторами, значимо негативно влияющими на уровень социального функционирования у больных в динамике. Также выявлены специфические для каждой из групп ресурсные зоны, связанные с позитивной динамикой уровня социального функционирования. Исследование показало, что один и тот же симптом при разных нозологиях может выступать как прогностический фактор социальной дезадаптации, так и как фактор ресурса. Выявленные специфические особенности дезадаптивного профиля при каждой из нозологий в группе психотических расстройств отражают необходимость дифференцированного подхода в выборе фокус-мишеней при проведении терапевтических и психореабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: социальное функционирование, психотические расстройства, депрессивно-параноидная симптоматика.

Abstract

The issues of re-adaptation and re-socialization of patients that suffer from various psychotic disorders stay in close focus of researchers and clinicians. In this study, there was examined the intensity of psychopathological symptoms and its effect on the dynamics of the level of social functioning in patients with various psychotic disorders. The study included patients with depressive-paranoid symptoms in paranoid schizophrenia, schizoaffective disorder, and recurrent depressive disorder. The study showed that social maladaptation is typical for all psychotic disorders; however, each nosology has its own maladaptive profile, which is determined by clinical and psychopathological

factors that in a significant way negatively affect the level of social functioning in patients within dynamics. The resource zones, specific to each group, were also identified, associated with the positive dynamics of the level of social functioning. The study showed that the same symptom in different nosologies can act both as a prognostic factor of social maladaptation and as a resource factor. The revealed specific features of the maladaptive profile for each of the nosologies in the group of psychotic disorders reflect the need for a differentiated approach in choosing the targets to provide therapies and psycho-rehabilitation actions.

Keywords: social functioning, psychotic disorders, depressive-paranoid symptoms.

■ ВВЕДЕНИЕ

Вопросы реадaptации и ресoциализации пациентов, страдающих различными психотическими расстройствами (ПР), стабильно находятся в зоне пристального внимания исследователей и клиницистов. Так, восстановление нарушенного социального функционирования у больных шизофренией (Шф), наряду с купированием продуктивной клинической симптоматики и предотвращением нарастания негативных проявлений, – одна из ключевых проблем, которая сохраняет актуальность не только в период активного лечения больных, но и в период ремиссии [1]. Концепция «восстановления» социальных компетенций у пациентов, страдающих ПР, приобретает все большее значение в психиатрических исследованиях [2–5]. Именно такое изменение клинической парадигмы сделало социальное функционирование основным фокусом лечебных интервенций и критерием их эффективности [6]. Этот подход согласуется с данными многочисленных исследований, демонстрирующих, что успешность применения психофармакотерапии очевидно уменьшает уровень регоспитализации больных с ПР, но практически не влияет на их социальную реадaptацию – восстановление или поддержание уровня социального функционирования (СФ) и/или социальных компетенций [7]. Эта тема достаточно широко представлена в исследованиях в области изучения Шф, однако, несмотря на наличие отдельных работ, она намного менее изучена по отношению к другим ПР, в частности, это касается динамики уровня СФ при шизоаффективном расстройстве (ШаР) и рекуррентном депрессивном расстройстве (РДР) [8, 9]. То, что большинство исследований ограничено рамками одной нозологии – Шф, сужает рамки изучения проблемы и не отвечает запросам клинической практики. Недостаточное количество исследований динамики уровня СФ при ПР, сопровождающихся аффективными нарушениями, послужило основанием для определения темы нашего исследования.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить взаимосвязь выраженности психопатологической симптоматики (депрессивно-параноидный синдром (ДПС)) и нарушений социальных когнитивных функций (СКФ), а также их влияние на динамику уровня СФ у пациентов с различными ПР.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проведено на базе кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национальной медицинской академии последиplomного образования имени П.Л. Шупика и Территориального медицинского объединения «ПСИХИАТРИЯ» в городе Киеве. Нами были исследованы уровень СФ и его динамика (ДСФ) у 124 пациентов с различными видами ПР, у которых ДПС был ведущим симптомокомплексом. Все обследованные пациенты были разделены на три группы в соответствии с критериями МКБ-10. В 1-ю группу (ГрF20) вошел 41 пациент с диагнозом «параноидная форма Шф» (F20.0); во 2-ю группу (ГрF25) – 43 пациента с диагнозом ШАР, депрессивный тип (F25.1), в 3-ю группу (ГрF33) – 40 пациентов, у которых было диагностировано РДР, текущий эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами (F33.3).

В обследовании всех пациентов для дифференцированной оценки выраженности ДПС использовалась Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) [10] и ее пятифакторный вариант Five-factor Version of the Positive and Negative Syndrome Scale (5F PANSS), разработанный J.P. Lindenmayer [11]. Данный вариант выделяет вместо традиционных трех субшкал оценки симптоматики пять факторов психопатологического состояния: продуктивный (Prod5F), негативный (Neg5F), дезорганизации мышления (Dez5F), возбуждения (Exc5F) и депрессии (Depr5F). Оценка СКФ проводилась с использованием теста «Эмоциональный интеллект» Дж. Мейера, П. Селовея и Д. Карузо (MSCEIT V. 2.0) в адаптированном варианте Е.А. Сергиенко, И.И. Ветровой [12]. Нами были использованы две из четырех веток этого теста, каждая из которых состоит из двух секций. Ветка «Идентификация эмоций» (ИЭ) включала секции измерения восприятия лиц (А) и восприятия предметов (Е), а ветка «Сознательное управление эмоциями» (СУЭ): секции управление своими эмоциями (D) и эмоциями других людей (H). Для оценки уровня СФ использовалась шкала Personal and Social Performance scale (PSP) [13]. Статистическая обработка данных производилась с помощью статистического пакета Microsoft Excel 10.0 с использованием метода канонического корреляционного анализа, который, в отличие от парного корреляционного анализа, изучает зависимость между двумя множествами переменных.

Исследование проводилось в два этапа. Первый – диагностический этап осуществлялся при становлении ремиссии ПР у пациентов во время окончания их стационарного лечения. На этом этапе проводилась оценка выраженности психопатологической симптоматики с использованием шкалы PANSS, теста MSCEIT для измерения СКФ и начальная оценка уровня СФ по шкале PSP (PSP-1). Второй этап – катamnестическое исследование – проводился при повторном тестировании через год и включал оценку СФ в амбулаторных условиях (PSP-2).

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Основные демографические данные обследованных пациентов (N=124), включая длительность заболевания, представлены в табл. 1.

Во всех трех группах было зафиксировано достоверное преобладание женщин, что обусловлено преобладанием ДПС при ПР у пациенток женского пола. Также отмечается достоверно выше показатель

Таблица 1**Распределение пациентов в группах исследования по основным демографическим критериям и длительности заболевания****Table 1****Distribution of patients in the study groups according to the main demographic criteria and duration of the disease**

Группы пациентов	Основные демографические и клинические критерии			
	пол		средний возраст, годы	длительность заболевания, годы
	мужской, n (%)	женский, n (%)		
ГрF20 (n=41)	16 (39)	25 (61)*	36,4±4,4	7,1±2,1
ГрF25 (n=43)	18 (42)	25 (58)*	36,2±3,9	4,8±1,2
ГрF33 (n=40)	15 (38)	25 (62)*	44,6±8,2*	10,2±3,1*
Всего (n=124)	49 (40)	75 (60)	39,1±5,5	7,4±2,1

Примечание: * p<0,05.

длительности заболевания в ГрF33 по сравнению с ГрF25 ($p=0,001$), так как для РДР характерны более длительные ремиссии между психотическими приступами. Статистически достоверной разницы показателя стажа заболевания между ГрF33 и ГрF20 не выявлено ($p=0,181$). В ГрF33 вошли пациенты достоверно более старшего возраста по сравнению с ГрF20 и ГрF25 ($p=0,04$, $p=0,02$). Это связано с тем, что РДР обычно манифестирует в более зрелом возрасте.

При сравнительной оценке выраженности психопатологической симптоматики по шкале 5F PANSS в трех группах были выявлены показатели, представленные в табл. 2.

В ГрF20 статистически достоверно выше был уровень негативной симптоматики ($p=0,0005$) и ниже – депрессивных симптомов ($p=0,005$), чем в группах ГрF25 и ГрF33. ГрF33 отличалась от ГрF25 и ГрF20 статистически достоверно более низкими показателями продуктивной симптоматики ($p=0,0005$), а также уровнем симптомов дезорганизации мышления ($p=0,005$) и возбуждения ($p=0,0005$). В ГрF33 также был выявлен статистически достоверно более низкий показатель общего балла по шкале PANSS ($p=0,001$). Следовательно, негативная симптоматика в ГрF20 и депрессивная в ГрF33 могут быть выделены как фокус-мишени для психореабилитационной работы в данных группах.

Уровень тяжести симптоматики в ГрF25 был промежуточным по отношению к двум другим группам: выраженность продуктивной симптоматики, симптомов дезорганизации мышления и возбуждения

Таблица 2**Выраженность психопатологической симптоматики, согласно шкале 5F PANSS, в группах обследованных пациентов (в баллах)****Table 2****The severity of psychopathological symptoms, according to the scale 5F PANSS, in the groups of the examined patients (in points)**

Группы пациентов	Prod5F	Neg5F	Dez5F	Exc5F	Depr5F	Общий балл
ГрF20	26,0±3,5	20,8±2,3*	21,6±1,5	8,1±1,7	15,9±1,8*	92,4±7,5
ГрF25	26,0±6,4	14,9±3,6	20,4±4,4	9,3±3,7	19,4±4,2	89,0±7,6
ГрF33	17,8±2,1*	12,1±1,6	14,7±2,5*	6,9±1,1*	19,1±2,1	70,7±8,1*

Примечание: * p<0,05.

соответствовала уровню, выявленному у GrF20 ($p=1,0$, $p=0,321$, $p=0,264$), а депрессивной симптоматики – тому, что был зафиксирован в GrF33 ($p=0,78$). Соответственно, у пациентов данной группы может использоваться большее количество фокус-мишеней в психореабилитационной работе.

Также нами изучалась корреляционная зависимость между различными показателями, оценивающими выраженность психопатологической симптоматики и нарушений СФ в группах обследованных пациентов на всех этапах исследования (тестирование PSP-1 и PSP-2). Изучались показатели уровня СФ (согласно данным шкалы PSP); уровня СКФ (согласно данным шкалы MSCEIT); негативной (N-PANSS), продуктивной (P-PANSS) и общей симптоматики (G-PANSS), согласно данным шкалы PANSS; а также ее пятифакторной версии – 5F PANSS.

На рис. 1 представлены корреляционные связи между группами показателей в GrF20: отдельными симптомами шкал N-PANSS (N1 – N7), P-PANSS (P1 – P7) и G-PANSS (G1 – G16), пятью факторами Prod5F, Neg5F, Dez5F, Exc5F и Depr5F, а также группой показателей шкалы MSCEIT (ИЭ, СУЭ, А, Е, D, Н). Было выявлено, что наиболее сильную связь с динамикой показателей шкалы PSP обнаруживает группа общих психопатологических симптомов (G1-G16): как с показателем PSP-1 ($R=0,76$), так и с PSP-2 ($R=0,73$). Также выявлена средней силы связь показателя PSP-1 с группой негативных и продуктивных симптомов, пятью факторами PANSS и показателями MSCEIT. Обнаруживается слабой силы связь показателя PSP-1 с продуктивной симптоматикой.

Согласно результатам исследования, представленным в табл. 3, у пациентов GrF20 симптом «тревоги», относящийся к подшкале G-PANSS, имел наиболее сильную отрицательную связь с показателем PSP-1 ($R=-0,84$), а положительную – симптом «загруженность психическими переживаниями» ($R=0,86$). В то же время у показателя PSP-2 выявлены

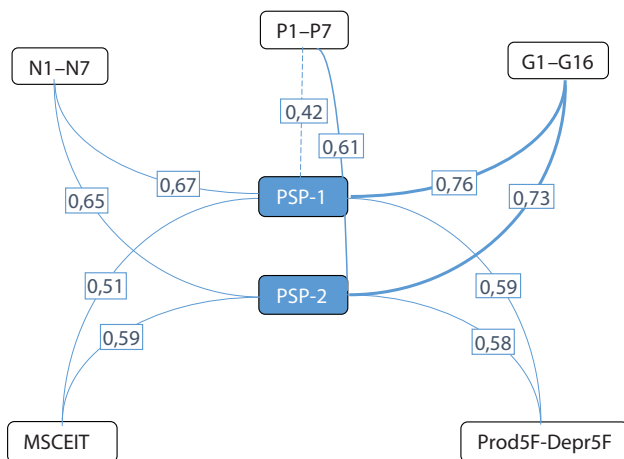


Рис. 1. Корреляционные связи по данным канонического корреляционного анализа в GrF20

Fig. 1. Correlation relationships according to canonical correlation analysis in the GrF20

связи с другими симптомами и в обоих случаях эта связь отрицательная, а именно: с депрессией ($R=-0,61$) и нарушением внимания ($R=-0,61$).

Эти результаты позволяют сделать вывод, что более выраженный уровень тревоги у пациентов GrF20 негативно влияет на уровень СФ на этапе становления ремиссии. Тем не менее в прогнозировании динамики его уровня значимыми факторами риска являются симптомы депрессии и нарушения внимания. Эти данные позволяют осуществлять «точечные» воздействия на определенные симптомы для коррекции нарушений СФ на уровне отдельной симптоматики, используя адекватное фармако- и психотерапевтическое вмешательство для снижения выраженности тревоги и депрессии и нейрокогнитивные тренинги – для коррекции нарушений внимания.

Прямую сильную корреляционную связь между симптомом «загруженности психическими переживаниями» и уровнем СФ на момент выхода из психоза можно объяснить тем, что часто значительная выраженность и насыщенность симптоматики на этапе развертывания ПР, характерная для психотических эпизодов при параноидной форме ШФ, сопровождается быстрой редукцией симптомов. В отличие от тех случаев, когда, при так называемой сглаженности симптоматики, то есть ее меньшей интенсивности в период экзацербации ПР, наблюдается более медленное восстановление состояния.

Результаты проведенного канонического корреляционного анализа показателей в GrF25 представлены на рис. 2. В целом отмечались сильные корреляционные связи обоих показателей PSP с группами

Таблица 3

Результаты канонического корреляционного анализа в GrF20, согласно шкале PSP и подшкале G-PANSS (коэффициент канонической корреляции, R)

Table 3
Results of canonical correlation analysis in the GrF20, according to the scale PSP and the subscale G-PANSS (canonical correlation coefficient, R)

Симптомы подшкалы G-PANSS	Этапы исследования	
	PSP-1	PSP-2
G1 Соматическая озабоченность	-0,4147	-0,4716
G2 Тревога	-0,8453	-0,1436
G3 Чувство вины	-0,5678	-0,1391
G4 Напряженность	0,4471	-0,1620
G5 Манерность и позирование	-0,4146	0,1503
G6 Депрессия	-0,2539	-0,6178
G7 Моторная заторможенность	0,0634	0,0582
G8 Малоконтактность	-0,4639	0,0730
G9 Необычное содержание мыслей	0,6101	0,0381
G10 Дезориентированность	-0,4007	-0,0739
G11 Нарушение внимания	-0,5702	-0,6145
G12 Снижение критичности	-0,3781	0,0354
G13 Расстройство воли	-0,0667	-0,4787
G14 Агрессивность	0,4301	0,0876
G15 Загруженность психическими переживаниями	0,8689	0,2469
G16 Активная социальная устранимость	-0,1188	0,1248

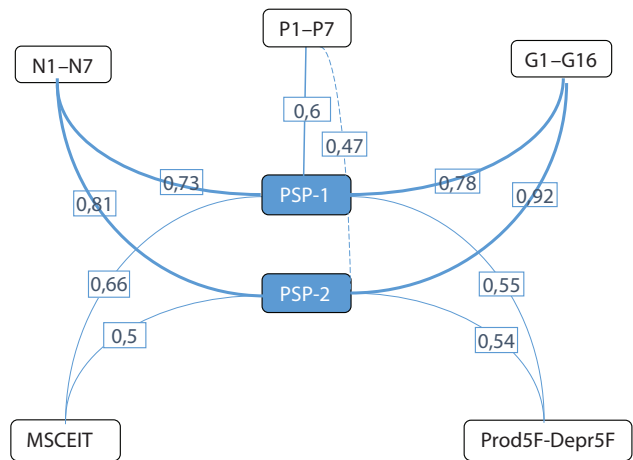


Рис. 2. Корреляционные связи по данным канонического корреляционного анализа в GrF25

Fig. 2. Correlation relationships according to canonical correlation analysis in the GrF25

общих и негативных психопатологических симптомов. Самая сильная из них была зафиксирована между показателем PSP-2 и группой общих психопатологических симптомов ($R=0,92$).

Как показано в табл. 4, нами была обнаружена положительная корреляционная связь между показателем PSP-1 и симптомом депрессия

Таблица 4
Результаты канонического корреляционного анализа в GrF25, согласно шкале PSP и подшкале G-PANSS (коэффициент канонической корреляции, R)

Симптомы подшкалы G-PANSS	Этапы исследования	
	PSP-1	PSP-2
G1 Соматическая озабоченность	0,2175	-0,2339
G2 Тревога	1,2685	1,3421
G3 Чувство вины	-1,9640	-0,9760
G4 Напряженность	0,7656	0,4177
G5 Манерность и позирование	0,6015	0,7529
G6 Депрессия	2,3183	1,1318
G7 Моторная заторможенность	-2,8346	-2,3676
G8 Малоконтактность	-0,3734	0,2340
G9 Необычное содержание мыслей	1,4865	0,7931
G10 Дезориентированность	-1,2583	-0,7340
G11 Нарушение внимания	-1,4401	-1,1187
G12 Снижение критичности	1,8522	1,6179
G13 Расстройство воли	-0,2016	-0,0556
G14 Агрессивность	-2,4036	-2,1326
G15 Загруженность психическими переживаниями	-1,1563	-1,3694

($R=2,31$), как показателем подшкалы общих психопатологических симптомов (G-PANSS), а отрицательная – с симптомами моторной заторможенности ($R=-2,83$) и агрессивности ($R=-2,40$). Показатель PSP-2 также выявил сильную отрицательную корреляционную связь с симптомами моторной заторможенности ($R=-2,36$) и агрессивности ($R=-2,13$).

Данные результаты позволили нам выделить в GrF25 общие прогностические факторы риска снижения уровня СФ, как на этапе становления ремиссии, так и в катамнезе. К ним относятся выраженные проявления моторной заторможенности и агрессивности. Закономерность этих результатов подтверждается тем, что именно эти симптомы существенно влияют на продуктивность и целенаправленность повседневной деятельности пациента – значимой составляющей СФ. Эти факторы риска оказались характерными только для данной группы больных, поэтому их можно рассматривать как фокус-мишени в коррекции нарушений СФ у пациентов с ШАР с использованием адекватного фармако- и психотерапевтического вмешательства.

Тогда как выраженность депрессивной симптоматики в приступе, как показало наше исследование, связано с лучшим восстановлением уровня СФ на этапе становления ремиссии в GrF25. Так как смещение симптоматики в сторону аффективного полюса у таких больных, как правило, связано с меньшей интенсивностью проявлений симптомов шизофренического спектра, это способствует лучшему восстановлению их социальных компетенций в ходе становления ремиссии и проведения психореабилитационных мероприятий.

В табл. 5 отображены данные изучения корреляционных связей показателей шкалы PSP (на обоих этапах исследования) с отдельными симптомами подшкалы N-PANSS в рамках проведенного канонического корреляционного анализа у пациентов GrF25.

Было выявлено, что показатель PSP-1 имел самую сильную связь с таким симптомом, как эмоциональная отгороженность ($R=0,81$), а показатель PSP-2 – с трудностями в общении ($R=0,64$). Обе связи являются положительными, что оказалось для нас парадоксальным и трудно объяснимым результатом.

Таблица 5

Результаты канонического корреляционного анализа в GrF25, согласно шкале PSP и подшкале N-PANSS (коэффициент канонической корреляции, R)

Table 5
Results of canonical correlation analysis in the GrF25, according to the scale PSP and the subscale N-PANSS (canonical correlation coefficient, R)

Симптомы подшкалы N-PANSS	Этапы исследования	
	PSP-1	PSP-2
N1. Приглушенный аффект	-0,1040	0,3920
N2. Эмоциональная отгороженность	0,8053	0,1590
N3. Трудности в общении	0,3885	0,6471
N4. Социальная отгороженность	-0,3931	-0,4538
N5. Нарушение абстрактного мышления	0,3182	0,4848
N6. Нарушение спонтанности и плавности речи	0,1010	-0,0001
N7. Стереотипное мышление	-0,0209	-0,4691

На рис. 3 представлены выявленные корреляционные связи, которые были зафиксированы при проведении канонического корреляционного анализа показателей PSP у пациентов ГрF33. Так, показатель PSP-1 обнаружил сильные связи с симптомами подшкал P-PANSS и G-PANSS, а также с пятью факторами этой шкалы (5F PANSS). Тогда как для показателя PSP-2 в этой группе была зафиксирована сильная связь только с группой общих психопатологических симптомов (подшкала G-PANSS).

В табл. 6 показаны данные, полученные при проведении канонического корреляционного анализа в ГрF33 с целью изучения связей показателей PSP (на обоих этапах исследования) с отдельными симптомами подшкалы G-PANSS. Данный статистический анализ выявил, что показатель PSP-1 имел сильную положительную связь с симптомом «чувство вины» ($R=1,13$) и отрицательную – с симптомом «снижение критичности» ($R=-0,98$). Показатель PSP-2 также обнаружил сильную отрицательную связь с симптомом «снижение критичности» ($R=-1,00$), при этом положительную с другим симптомом – «тревогой» ($R=1,15$).

Эти результаты позволили выделить у пациентов в ГрF33 прогностический фактор, негативно влияющий на уровень СФ и общий для обоих этапов исследования, – снижение критичности к своему состоянию. С нашей точки зрения, это связано со снижением комплаенса, трудностями включения в лечебные и реабилитационные процессы, что и обуславливает худший результат восстановления состояния. В то же время выраженность такого симптома, как чувство вины, позитивно влияет на процессы восстановления, а выраженность тревоги при РДР с психотической симптоматикой оказалась значимым показателем более высокого уровня СФ через год. Это позволяет рассматривать данные симптомы как позитивные прогностические критерии при РДР и ресурсные зоны в психореабилитационном процессе.

Выявленные связи показателя PSP-1 с отдельными симптомами подшкалы P-PANSS и шкалы 5F PANSS представлены в табл. 7. Так, было

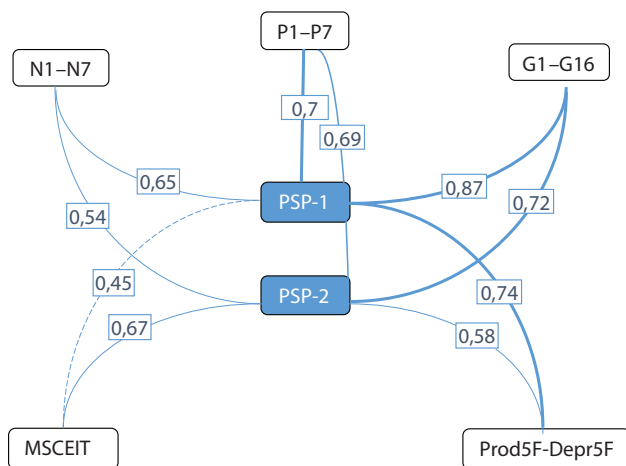


Рис. 3. Корреляционные связи по данным канонического корреляционного анализа в ГрF33

Fig. 3. Correlation relationships according to canonical correlation analysis in the GrF33

Таблица 6

Результаты канонического корреляционного анализа в GrF33, согласно шкале PSP и подшкале G-PANSS (коэффициент канонической корреляции, R)

Table 6

Results of canonical correlation analysis in the GrF33, according to the scale PSP and the subscale G-PANSS (canonical correlation coefficient, R)

Симптомы подшкалы G-PANSS	Этапы исследования	
	PSP-1	PSP-2
G1 Соматическая озабоченность	-0,2096	-0,0492
G2 Тревога	-0,1108	1,1533
G3 Чувство вины	1,1363	0,0949
G4 Напряженность	0,2947	0,1254
G6 Депрессия	-0,6188	-0,7108
G7 Моторная заторможенность	0,1358	0,1728
G8 Малоконтактность	0,2395	0,5042
G9 Необычное содержание мыслей	0,0951	0,4083
G11 Нарушение внимания	-0,3673	-0,5376
G12 Снижение критичности	-0,9867	-1,0036
G13 Расстройство воли	0,6377	0,9860
G14 Агрессивность	-0,0130	-0,4865
G15 Загруженность психическими переживаниями	-0,0597	0,2890
G16 Активная социальная устранимость	0,3302	0,0067

обнаружено, что показатель PSP-1 имел сильную положительную связь с симптомом «дезорганизация мышления» подшкалы P-PANSS ($R=1,29$). Данный результат был подтвержден сильной положительной связью этого показателя с фактором «дезорганизация» пятифакторного варианта шкалы PANSS ($R=1,36$). Это позволило выделить данный симптом как важный позитивный прогностический фактор с точки зрения уровня нарушений СФ на этапе становления ремиссии у пациентов с ДПС при РДР.

Таблица 7

Результаты канонического корреляционного анализа в GrF33, согласно шкале PSP-1, подшкале P-PANSS и шкале 5F PANSS (коэффициент канонической корреляции, R)

Table 7

Results of canonical correlation analysis in the GrF33, according to the scale PSP-1, the subscale P-PANSS, and the scale 5F PANSS (canonical correlation coefficient, R)

Симптомы подшкалы P-PANSS	PSP-1
P1. Бред	-0,2727
P2. Деорганизация мышления	1,2899
P3. Галлюцинации	0,2623
P4. Психомоторное возбуждение	-0,5923
P6. Подозрительность	-0,6229
P7. Враждебность	-0,4946
Факторы 5F PANSS	
Prod5F	-0,8968
Neg5F	-0,2199
Dez5F	1,3559
Exc5F	-0,4754
Depr5F	0,2401

■ ВЫВОДЫ

1. Социальная дезадаптация характерна для всех ПР, однако каждой нозологии присущ свой дезадаптивный профиль, который определяется клинико-психопатологическими факторами, значимо негативно влияющими на уровень СФ у больных в динамике. Изучение особенностей СФ в синдромальном подходе при различных вариантах ПР и выявление общности факторов, которые влияют на его уровень, отображает возможность эффективного влияния на степень социальной дезадаптации у больных с тяжелыми психопатологическими нарушениями путем определения предикторов нарушений СФ и поиска ресурсных зон для возможности их коррекции.
2. Исследование, проведенное с помощью канонического корреляционного анализа между выраженностью психопатологической симптоматики и нарушений СФ в группах обследованных пациентов, выявило, что для каждого из вариантов ПР характерны принципиально различные психопатологические симптомы, являющиеся основными факторами, негативно влияющими на уровень СФ. Так, в ГрF20 такими симптомами были тревога, депрессия и нарушение внимания, в ГрF25 – моторная заторможенность и агрессивность, а в ГрF33 – снижение критичности. Данные симптомы можно рассматривать как прогностические факторы риска и дифференцированные фокус-мишени для терапевтического и психореабилитационного вмешательства. Тогда как в целом существенная корреляционная зависимость между показателями шкалы PSP (на обоих этапах исследования) с выраженностью общей психопатологической симптоматики, согласно подшкале G-PANSS, свойственна ДПС при всех исследованных ПР и была зафиксирована у пациентов во всех трех группах пациентов.
3. В нашем исследовании благодаря методу канонического корреляционного анализа во всех трех группах обследованных больных была выявлена корреляционная взаимосвязь средней силы между показателями уровня нарушений СФ (шкала PSP) и СКФ (шкала MSCEIT). Таким образом, было выявлено, что характер и выраженность психопатологических симптомов являются более значимыми прогностическими факторами нарушений уровня СФ по сравнению с выраженностью нарушений СКФ. Возможно, этот вопрос требует дополнительного изучения с применением других статистических методов исследования.
4. Помимо факторов риска социальной дезадаптации в каждой из групп ПР наше исследование позволило выделить ресурсные зоны, а именно симптомы, корреляционно связанные с более высоким уровнем СФ в каждой из групп пациентов. Так, в ГрF20 таким симптомом является загруженность психическими переживаниями, в ГрF25 – депрессия, в ГрF33 – тревога, чувство вины и дезорганизация мышления. Кроме того, нами было выявлено, что один и тот же симптом при разной нозологии может выступать как прогностический фактор социальной дезадаптации, так и как фактор ресурса, то есть позитивной динамики уровня СФ.

5. Проведенное исследование позволяет выделять «группы риска» социальной дезадаптации среди пациентов с ДПС при различных нозологических вариантах ПР. А выявленные нами факторы (психопатологические симптомы) можно рассматривать как предикторы нарушения СФ в динамике, что важно для ранней профилактики нарушений СФ у таких пациентов. Выявленные специфические особенности дезадаптивного профиля при каждой из нозологий в группе ПР подчеркивают значимость дифференцированного подхода в выборе фокус-мишеней при проведении терапевтических и психореабилитационных мероприятий. Подобная оптимизация существующих подходов в лечении и реабилитации пациентов с ДПС способна повысить эффективность проводимых вмешательств и уменьшить социальное бремя ПР для самих пациентов, их семей, системы здравоохранения и общества в целом.

■ ЛИТЕРАТУРА

1. Harvey P.D. (2014) Disability in schizophrenia: contributing factors and validated assessments. *J. Clin Psychiatry*; 75 (Suppl 1), pp. 15–20
2. Charzynska K., Kucharska K., Mortimer A. (2015) Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J. Occup Med Environ Health*; vol. 28, pp. 407–418
3. Yarborough B.J., Yarborough M.T., Janoff S.L. (2016) Getting by, getting back, and getting on: matching mental health services to consumers' recovery goals. *Psychiatr Rehabil J*; vol. 39, pp. 97–104
4. Strauss G.P., Harrow M., Grossman L.S. (2010) Periods of recovery in deficit syndrome schizophrenia: a 20-year multi-follow-up longitudinal study. *Schizophr Bull*; vol. 36, pp. 788–799
5. Robinson D.G., Woerner M.G., McMeniman M. (2004) Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J. Psychiatry*; vol. 161, pp. 473–479
6. Burns T., Patrick D. (2007) Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand*; vol. 116, pp. 403–418
7. Harvey P.D., Bowie C.R. (2012) Cognitive Enhancement in Schizophrenia: Pharmacological and Cognitive Remediation Approaches. *Psychiatr Clin North Am. Sep*; vol. 35(3), pp. 683–698.
8. Furukawa T.A., Azuma H., Takeuchi H. (2011) 10-year course of social adjustment in major depression. *Int J. Soc Psychiatry*; vol. 57, pp. 501–508
9. Judd L.L., Schettler P.J., Solomon D.A. (2008) Psychosocial disability and work role function compared across the long-term course of bipolar I, bipolar II and unipolar major depressive disorders. *J Affect Disord*; vol. 108, pp. 49–58
10. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull*; vol. 13(2), pp. 261–276
11. Lindenmayer J.P., Bernstein-Hyman R., Grochowski S. (1994) Five-factor model of schizophrenia. Initial validation. *J Nerv Ment Dis*; vol. 182(11), pp. 631–638.
12. Sergienko E.A., Vetrova I.I. (2010) *Test G. Mayer, P. Salovey, D. Caruso Emotsionalnyi intellect MSCEIT v. 2.0. Rukovodstvo* [Test G. Mayer, P. Salovey, D. Caruso Emotional intelligence MSCEIT v 2.0 Guide]. M.: Izd-vo «Institut psihologii RAN», 176 p. (in Russian)
13. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., & Pioli R. (2000). Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; vol. 101, pp. 323–329.

Поступила/Received: 18.10.2019

Контакты/Contacts: oksan4ik_z@ukr.net