

© Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К., 2022

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616.89-008-055.2-055.1:616.89-008.441.1;

631.524.8:616.891.6;

616-072.7:159.9.07:615.214:615.851

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>

Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией

Николай Александрович Бохан^{1,2}, Александр Владимирович Диденко^{1,2}, Олеся Кареновна Аленина¹¹Научно-исследовательский институт психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук, Томск, Россия²ФГБОУ ВО «Сибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Томск, РоссияАвтор для корреспонденции: Александр Владимирович Диденко, dedzone@yandex.ru

Резюме

Обоснование: гетерогенность психопатологических проявлений и высокая коморбидность социальной фобии с другими психическими расстройствами требуют использования показателей качества жизни пациентов в клинической оценке. **Цель работы:** определение различий в показателях качества жизни у пациентов с социальной фобией, коморбидной с другими психическими расстройствами. **Пациенты:** обследованы 135 человек (78 женщин, 57 мужчин) с диагнозом «Социальная фобия (F40.1 по МКБ-10), сочетанная с другими психическими расстройствами». **Методы исследования:** клинко-психопатологический, психометрический (шкала социальной тревожности Либовица — The Liebowitz Social Anxiety Scale, LSAS; общий опросник здоровья — Medical Outcomes Study-Short Form, MOS SF-36), статистический. **Результаты:** психические расстройства, коморбидные с социальной фобией, представлены следующими диагностическими категориями: F3 — аффективные расстройства ($n = 27$; 20,0%); F4 — невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства ($n = 90$; 66,7%); F6 — расстройства личности ($n = 18$; 13,3%). На основании кластерного анализа пациенты разделены на три подгруппы в зависимости от выраженности страха социальных ситуаций и социального избегания (низкий, средний и высокий уровень социальной тревожности). Установлено, что повышение уровня социальной тревожности связано с увеличением доли коморбидных нарушений депрессивного спектра, личностных расстройств и нарастанием клинических проявлений социальной фобии генерализованного характера. Различия в оценке неспецифического качества жизни между подгруппами получены по четырем субшкалам MOS SF-36, отражающим физическое здоровье (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, $p = 0,0023$; общее состояние здоровья, $p = 0,0428$) и психический компонент здоровья (социальное функционирование, $p = 0,0076$; психическое здоровье, $p = 0,0106$). Однако обратная зависимость показателей неспецифического качества жизни от интенсивности социальной тревожности была установлена только по субшкалам оценки психического здоровья. **Выводы:** коморбидные психические расстройства и уровень социальной тревожности вносят различный вклад в оценку пациентами с социальной фобией отдельных компонентов качества жизни. В этой связи необходим анализ влияния личностных, мотивационных и других индивидуально-психологических факторов, связанных с искажениями в когнитивной сфере.

Ключевые слова: социальная фобия, коморбидность, качество жизни**Для цитирования:** Бохан Н.А., Диденко А.В., Аленина О.К. Коморбидные психические расстройства и качество жизни пациентов с социальной фобией. *Психиатрия*. 2022;20(2):14–23. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>

RESEARCH

UDC 616.89-008-055.2-055.1:616.89-008.441.1; 631.524.8:616.891.6;

616-072.7:159.9.07:615.214:615.851

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>

Comorbid Mental Disorders and Quality of Life in Patients with Social Phobia

Nikolay A. Bokhan^{1,2}, Alexander V. Didenko^{1,2}, Olesya K. Alenina¹¹Mental Health Research Institute, Tomsk NRMС, Tomsk, Russia²Siberian State Medical University, Tomsk, RussiaCorresponding author: Alexander V. Didenko, dedzone@yandex.ru

Resume

Introduction: the heterogeneity of psychopathological manifestations and the high comorbidity of social phobia with other mental disorders require the use the indicators of quality of life in the clinical assessment. **Objective:** determination of differences in quality of life indicators in patients with social phobia, comorbid with other mental disorders. **Patients:** 135 patients (78 women, 57 men) were examined with a diagnosis of social phobia (F40.1 according to ICD-10), comorbid with other

mental disorders. **Methods:** clinical, psychopathological, psychometric (Liebowitz social anxiety scale — LSAS; Medical Outcomes Study — Short Form — MOS SF-36), statistical. **Results:** the structure of mental disorders comorbid with social phobia is presented by next diagnostic categories: F3 — affective disorders ($n = 27$; 20.0%); F4 — neurotic, stress-related and somatoform disorders ($n = 90$; 66.7%); F6 — personality disorders ($n = 18$; 13.3%). Based on cluster analysis, patients were divided into three subgroups depending by severity of fear of social situations and social avoidance (low, medium or high level of social anxiety). It was found that an increasing in the level of social anxiety is associated with a rise in the proportion of comorbid disorders of the depressive spectrum, personality disorders and an greater share of generalized social phobia in clinical manifestations. Differences in the quality of life between subgroups were obtained on the four MOS SF-36 scales, reflecting the physical component of health (role-physical functioning, $p = 0.0023$; general health, $p = 0.0428$) and the mental component of health (social functioning, $p = 0.0076$; mental health, $p = 0.0106$). However, only according to the scales of the mental component of health, an inverse relationship between quality of life indicators and the intensity of social anxiety was established. **Conclusion:** comorbid mental disorders and the level of social anxiety have a differentiated impact on the assessment of individual components of the quality of life by patients with social phobia. In this regard, it is necessary to analyze the influence of personality, motivational and other individual psychological factors associated with distortions in the cognitive sphere.

Keywords: social phobia, comorbidity, quality of life

For citation: Bokhan N.A., Didenko A.V., Alenina O.K. Comorbid Mental Disorders and Quality of Life in Patients with Social Phobia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2022;20(2):14–23. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2022-20-2-14-23>

ВВЕДЕНИЕ

Социальная фобия представляет психопатологический синдром, включающий в себя в качестве базовых признаков страх негативной оценки окружающими и избегание потенциально сложных социальных ситуаций. Отмечающаяся в последнее десятилетие тенденция к отграничению тревожных и фобических состояний от обсессивно-компульсивных расстройств и расстройств, связанных со стрессом [1], определила появление перспективных направлений исследования социальной фобии (социальной тревожности), связанных с изучением характерологических влияний, специфики избегающего поведения в определенных средовых и социокультуральных условиях [2].

Характерные для социальной тревожности патопсихологические проявления в виде сдвигов в системе мотивов, целей и средств деятельности, а также когнитивные искажения снижают уровень социальной адаптации пациентов [3]. В клиническом плане социальная фобия сочетается с расстройствами личности, аффективными нарушениями и другими тревожными расстройствами, приводящими к утяжелению общей клинической картины [4]. Данную клинко-патогенетическую взаимосвязь можно характеризовать как коморбидность, влияющую на общее психическое состояние и социальное функционирование индивида [5]. Отмечается, что обращение за психиатрической помощью и диагностика социальной фобии связаны с выраженностью именно коморбидных психопатологических проявлений [6].

Учитывая клиническую гетерогенность и высокую коморбидность диагностической категории «социальная фобия» с другими психическими расстройствами, в качестве подхода в оценке клинического прогноза и эффективности терапии используется анализ качества жизни. Параметры качества жизни включают в себя клинические, социально-средовые, личностные факторы, а также оценку самим пациентом субъективного состояния, положения в социальной среде и коммуникации [7].

Исследования качества жизни пациентов с социальной фобией, в том числе коморбидной с другими психическими расстройствами, немногочисленны и демонстрируют неоднозначные результаты [8, 9].

Сравнительный анализ качества жизни при тревожных расстройствах показал специфический характер трудностей, испытываемых пациентами с социальной фобией, для которых актуальными являлись проблемы социального взаимодействия, проведения свободного времени, в отличие от пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, испытывающих трудности в семейных отношениях и ежедневной активности [10].

Исследования с использованием Quality of Life Inventory (QOLI) выявили несколько проблемных аспектов качества жизни у пациентов с социально-тревожным расстройством: личные достижения и развитие, проблемы функционирования в социальной среде. Авторы отмечают большое влияние субъективного отношения к переживаемым событиям на оценку качества жизни [11].

Определенное влияние на качество жизни и социальное функционирование пациентов с социальной фобией и коморбидными психическими расстройствами оказывает способность к регуляции негативных эмоциональных состояний [12]. Среди пациентов с социально-тревожным расстройством выявлена зависимость между успешной способностью к саморегуляции негативных эмоций, определяемой по шкале Generalized Expectancies for Negative Mood Regulation Scale (NMR), и высокими показателями качества жизни [13]. Исследование с помощью шкалы NMR позволило прогнозировать качество жизни в группах пациентов с социальной фобией, сходных по полу, возрасту, коморбидным диагнозам и выраженности социальной тревоги. Снижение способности к регуляции эмоциональных состояний у пациентов с социальной фобией объяснялось когнитивными искажениями и низкой самооценкой эффективности. Ухудшение показателей качества жизни пациентов с социальной фобией оказалось связанным с влиянием на психическое состояние

коморбидной депрессии, но не иной недепрессивной тревожной симптоматики [14, 15].

При изучении изолированного (негенерализованного) проявления социальной фобии было установлено, что снижение показателей качества жизни определяет не только выраженность симптоматики и коморбидные психические расстройства, но и субъективное отношение самого пациента к прогнозу будущего, а также оценку влияния социальной тревоги на социальное функционирование и утрату социальных компетенций в будущем [16].

Таким образом, показатели социального функционирования и качества жизни пациентов с социальной фобией (социально-тревожным расстройством) могут отличаться в зависимости от влияния клинко-патогенетических переменных в условиях коморбидности. С другой стороны, параметры качества жизни пациентов с социальной фобией, отражающие в известной мере субъективную оценку своего состояния, связаны с устойчивым влиянием особенностей когнитивной сферы пациента на восприятие и анализ социальной реальности. Проблема, связанная с взаимоотношением указанных факторов, нуждается в дальнейшем изучении.

Целью исследования явилось изучение различий в социальном функционировании и качестве жизни пациентов с социальной фобией, коморбидной с другими психическими расстройствами.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование выполнено на базе клиник НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН. Всего обследованы 135 пациентов, проходивших лечение в клиниках по поводу психических расстройств, определяемых по критериям МКБ-10.

Критерии включения

1. Наличие у всех пациентов клинических проявлений социальной фобии (F40.1) в виде тревоги и страха негативной оценки, сопровождающихся психовегетативной симптоматикой и возникающих в определенных социальных ситуациях с формированием поведенческого паттерна избегания потенциально угрожающих ситуаций.
2. Коморбидные психические расстройства отнеслись к следующим диагностическим рубрикам МКБ-10: F3, F4, F5, F6.

Критерии невключения

1. Возраст больных моложе 18 и старше 55 лет.
2. Психические расстройства следующих диагностических рубрик МКБ-10: F0, F1, F2.
3. Соматические заболевания в стадии декомпенсации.

Проведение исследования соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 2013 г., и одобрено Локальным этическим комитетом НИИ психического здоровья ТНИМЦ РАН (протокол заседания № 140 от 15.03.2021 г., дело

№ 140/2-2021). Все участники исследования подписали добровольное информированное согласие на включение в исследование. Защита персональных данных обеспечивалась соответствующим кодированием.

Статья написана в рамках выполнения государственного задания ГЗ 075-01184-22-00 «Технологии комплексной персонализированной терапии больных с непсихотическими психическими расстройствами», номер госрегистрации АААА-А20-120041690008-9.

В группу вошли 78 (57,7%) женщин и 57 (42,3%) мужчин. Средний возраст обследованных лиц составил $32,8 \pm 11,3$ года. Средняя продолжительность клинических проявлений социальной фобии была равна $13,1 \pm 8,1$ года.

В качестве методов исследования были использованы клинко-психопатологический (наблюдение, беседа, квалификация психического статуса с установлением диагноза, оценка социально-демографических и адаптационных параметров в соответствии с разработанной базисной картой исследования), клинко-психологический и статистический.

Клинко-психологический метод исследования включал в себя такие инструменты, как:

1. «Шкала социальной тревожности Либовица» (англ.: Liebowitz Social Anxiety Scale — LSAS) в адаптации И.В. Григорьевой, С.Н. Ениколопова [17].

2. Российская версия общего опросника здоровья MOS SF-36 (англ.: Medical Outcomes Study — Short Form), оценивающего качество жизни пациента в связи с состоянием здоровья (физического и психического), не связанным с определенным расстройством. Опросник адаптирован сотрудниками Межнационального центра исследования качества жизни [18].

Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного обеспечения StatSoft Statistica версии 10.0 с использованием параметрических и непараметрических методов. Нормальность распределения показателей шкал Liebowitz Social Anxiety Scale и MOS SF-36 в группе проверялась критериями Шапиро–Уилка и Колмогорова–Смирнова. При сравнении двух групп с нормальным распределением и гомогенной дисперсией использовался параметрический Т-критерий Стьюдента. При оценке статистических различий относительных показателей применялся критерий χ^2 Пирсона. Сравнение групп при ненормальности распределения данных проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни. Сравнение множественных данных осуществлялось с использованием непараметрического критерия Краскела–Уоллиса. Различия считались статистически достоверными при уровне статистической значимости $p \leq 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После клинической и психометрической оценки 135 обследованных пациентов на основании количественных параметров выраженности социальной тревожности по шкале Либовица была проведена кластеризация

Таблица 1. Коморбидные психические расстройства у пациентов с различным уровнем социальной тревожности
Table 1. Comorbid mental disorders in patients with different levels of social anxiety

Коморбидные психические расстройства (диагностическая категория МКБ-10)/Comorbid mental disorders (ICD-10 diagnostic category)	Низкий уровень социальной тревожности/Low level of social anxiety (n = 48)		Средний уровень социальной тревожности/Medium level of social anxiety (n = 54)		Высокий уровень социальной тревожности/High level of social anxiety (n = 33)	
	абс./abs.	%	абс./abs.	%	абс./abs.	%
F31.3 Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод легкой или умеренной депрессии/F31.3 Bipolar disorder, current episode of mild or moderate depression	–	–	3	5,5	–	–
F32.01 Депрессивный эпизод легкой степени с соматическими симптомами/F32.01 Mild depressive episode with somatic syndrome	–	–	–	–	2	6,1
F33.01 Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод легкой степени с соматическими симптомами/F33.01 Recurrent depressive disorder, current episode of mild depression with somatic syndrome	3	6,3	–	–	5	15,1
F34.1 Дистимия/F34.1 Dysthymia	3	6,3	7	13,0	4	12,1
F41.0 Паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность)/F41.0 Panic disorder (episodic paroxysmal anxiety)	5	10,4	6	11,1	–	–
F41.1 Генерализованное тревожное расстройство/F41.1 Generalized anxiety disorder	–	–	–	–	6	18,2
F41.2 Другие смешанные тревожно-депрессивные расстройства/F41.2 Mixed anxiety and depressive disorder	12	24,8	13	24,1	2	6,1
F42.1 Обсессивно-компульсивное расстройство (преимущественно компульсивное, ритуалы)/F42.1 Obsessive-compulsive disorder (predominantly compulsive acts, obsessional rituals)	7	14,6	–	–	–	–
F43.2 Расстройство приспособительных реакций/F43.2 Adjustment disorders	8	16,7	9	16,6	4	12,1
F45.3 Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы/F45.3 Somatoform autonomic dysfunction	7	14,6	11	20,4	–	–
F60–F61 Специфическое расстройство личности; смешанные расстройства личности/F60–F61 Specific personality disorders; Mixed and other personality disorders	3	6,3	5	9,3	10	30,3

данных методом К-средних. В качестве параметров кластеризации были использованы три показателя, определяемые по шкале Либовица: суммарный балл всех подшкал страха социальных ситуаций, суммарный балл всех подшкал социального избегания и общий интегративный параметр — социальная тревожность, представляющий собой сумму двух указанных выше показателей. Процедура кластеризации позволила разделить пациентов на три подгруппы, отличающиеся по выраженности социальной тревожности:

- 1) кластер 1 — низкий уровень социальной тревожности** (n = 48, среднее значение показателя $24,8 \pm 7,5$);
- 2) кластер 2 — средний уровень социальной тревожности** (n = 54, среднее значение показателя $52,6 \pm 8,3$);
- 3) кластер 3 — высокий уровень социальной тревожности** (n = 33, среднее значение показателя $87,4 \pm 15,4$).

Анализ распределения пациентов по возрасту (на момент обследования) показал преобладание лиц более молодого возраста в подгруппе с высоким уровнем социальной тревожности ($29,3 \pm 9,4$ года) в сравнении

с пациентами в подгруппах со средним ($34,4 \pm 10,7$ года; U = 600,0 при p = 0,0109) и низким уровнем социальной тревожности ($33,0 \pm 12,2$ года; U = 1297,5 при p = 0,0484). В подгруппе с высоким уровнем социальной тревожности отмечалась наименьшая доля лиц мужского пола (n = 6) в сравнении с подгруппами со средним (n = 24, $\chi^2 = 6,25$, p = 0,012) и низким уровнем социальной тревожности (n = 21, $\chi^2 = 5,75$, p = 0,017). Подгруппа с высоким уровнем социальной тревожности характеризовалась преобладанием лиц, никогда не вступавших в брачные отношения (n = 24, 72,7%) в сравнении с подгруппами со средним (n = 27, $\chi^2 = 4,36$, p = 0,037) и низким уровнем социальной тревожности (n = 21, $\chi^2 = 6,65$, p = 0,009).

Доля лиц с высшим образованием оказалась значительно больше в подгруппе пациентов со средним уровнем социальной тревожности (n = 33; 61,1%) в сравнении с подгруппами с высоким (n = 12; $\chi^2 = 5,02$; p = 0,025) и низким уровнем социальной тревожности (n = 12; $\chi^2 = 13,44$; p = 0,0002). В то же время лица со средним специальным образованием значительно преобладали среди пациентов с низким уровнем социальной тревожности (n = 27; 56,3%) по сравнению с больными

Таблица 2. Характеристика типов проявлений социальной фобии**Table 2.** Types of characteristics the social phobia manifestations

Типы проявлений социальной фобии/Types of social phobia manifestations	Низкий уровень социальной тревожности/Low level of social anxiety (n = 48)		Средний уровень социальной тревожности/Medium level of social anxiety (n = 54)		Высокий уровень социальной тревожности/High level of social anxiety (n = 33)	
	абс./abs.	%	абс./abs.	%	абс./abs.	%
Генерализованный тип/Generalized type	3	6,3	12	22,2	21	63,6
Изолированный тип/Isolated type	45	93,7	42	77,8	12	36,4

со средним уровнем социальной тревожности ($n = 9$, $\chi^2 = 17,43$; $p = 0,00001$).

В подгруппе пациентов с низким уровнем социальной тревожности оказался более высокий уровень трудовой занятости ($n = 36$; 75,0%) в сравнении с пациентами со средним ($n = 30$, $\chi^2 = 4,21$; $p = 0,04$) и высоким уровнем социальной тревожности ($n = 15$, $\chi^2 = 7,32$; $p = 0,007$). Самостоятельно финансово обеспечивали себя за счет получения заработной платы трудоустроенные пациенты с низким уровнем социальной тревожности ($n = 36$; 75,0%), а среди пациентов с высоким уровнем социальной тревожности велика доля лиц, находящихся на содержании родных и близких ($n = 15$, $\chi^2 = 5,17$; $p = 0,023$).

Анализ структуры коморбидных психических расстройств у пациентов с высоким уровнем социальной тревожности (табл. 1) показал преобладание личностных расстройств ($n = 10$, 30,3%), доля которых была статистически значимо больше по сравнению с пациентами со средним ($n = 5$; $\chi^2 = 6,36$; $p = 0,012$) и низким уровнем социальной тревожности ($n = 3$; $\chi^2 = 8,40$; $p = 0,004$).

Личностные расстройства были представлены преимущественно смешанным типом расстройства личности, сочетающим в себе тревожные, избегающие, зависимые, а также ананкастные черты. Госпитализация пациентов с коморбидным расстройством личности была связана с состоянием его декомпенсации. Кроме этого, в структуре коморбидных психических расстройств у пациентов с высоким уровнем социальной тревожности диагностировалось генерализованное тревожное расстройство ($n = 6$, 18,2%), не отмечавшееся у пациентов двух других подгрупп.

В сравнительном аспекте с увеличением социальной тревожности возрастала и частота диагностированных расстройств депрессивного спектра в виде биполярного аффективного расстройства, депрессивного эпизода легкой степени с соматическими симптомами, рекуррентного депрессивного расстройства и дистимии. Однако статистически значимое отличие доли психических расстройств депрессивного спектра в структуре коморбидных психических нарушений выявлялось только в подгруппах с низким и высоким уровнями социальной тревожности ($\chi^2 = 5,12$; $p = 0,024$) в сторону увеличения частоты коморбидных депрессий при более высоком уровне социальной тревожности. По мере нарастания уровня социальной тревожности отмечалось снижение доли лиц с диагнозом «Другие

смешанные тревожные расстройства», в то время как представленность диагностической категории «Расстройство приспособительных реакций» во всех трех подгруппах статистически достоверно не отличалась.

Проявления социальной фобии генерализованного или изолированного типа отмечались во всех группах с нарастанием доли генерализованных и снижением доли изолированных вариантов по мере увеличения уровня социальной тревожности (табл. 2).

Проявления генерализованного типа характеризовались избегающим поведением, касающимся множества социальных ситуаций, возникающих на фоне высокой эмоциональной насыщенности переживаний и фиксации внимания на негативных сигналах со стороны окружающих. На этапе первичной диагностической оценки психического состояния при генерализованном типе социальной фобии коморбидные психические расстройства (прежде всего депрессивного спектра) выступали на первый план. В дальнейшем по мере стабилизации эмоционального состояния выявлялись характерные для генерализованной социальной фобии поведенческие особенности.

Изолированный тип социальной фобии был связан с избирательным избеганием отдельных ситуаций при отсутствии затруднений в других аспектах социального функционирования. Однако данный тип проявлений отмечался независимо от интенсивности социальной тревоги, определяемой по шкале Либовица.

Сравнительный анализ качества жизни пациентов в зависимости от уровня социальной тревожности по данным опросника SF-36 (табл. 3) показал статистически достоверные различия по четырем субшкалам, отражающим физический компонент здоровья (ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; общее состояние здоровья) и психический компонент здоровья (социальное функционирование; психическое здоровье).

Шкала «Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием» связана с оценкой влияния физического состояния на ежедневную ролевую активность (выполнение профессиональных, семейных обязанностей). Несмотря на низкий уровень социальной тревожности, по этой шкале также фиксировались низкие показатели качества жизни. При ответе на вопросы MOS SF-36 пациенты с низким и средним уровнем социальной тревожности придавали особое значение имеющейся соматической симптоматике.

Таблица 3. Параметры качества жизни по данным опросника SF-36 у пациентов с различным уровнем социальной тревожности**Table 3.** Quality of life parameters according to the SF-36 questionnaire in patients with different levels of social anxiety

Уровень социальной тревожности по шкале Либовица (подгруппы)/The level of social anxiety according to the Liebowitz scale (subgroups)	Суммы рангов/ Rank sums	Среднее значение рангов/ Average rank	H-критерий Краскела–Уоллиса/ Kruskal–Wallis H-test	p
I. Физический компонент здоровья/Physical health (PH)				
1. Физическое функционирование/Physical Functioning (PF)				
Низкий/Low (n = 48)	3574,5	74,469	3,097049	0,2126
Средний/Medium (n = 54)	3658,5	67,750		
Высокий/High (n = 33)	1947,0	59,000		
2. Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием/Role-Physical Functioning (RP)				
Низкий/Low (n = 48)	2584,5	53,844	12,12781	0,0023*
Средний/Medium (n = 54)	3888,0	72,000		
Высокий/High (n = 33)	2707,5	82,045		
3. Интенсивность боли/Bodily pain (BP)				
Низкий /Low (n = 48)	3385,5	70,531	0,4455098	0,8003
Средний/Medium (n = 54)	3532,5	65,417		
Высокий/High (n = 33)	2262,0	68,545		
4. Общее состояние здоровья/General Health (GH)				
Низкий/Low (n = 48)	3790,5	78,969	6,303066	0,0428*
Средний/Medium (n = 54)	3240,0	60,000		
Высокий/High (n = 33)	2149,5	65,136		
II. Психический компонент здоровья/Mental Health (MH)				
5. Жизненная активность/Vitality (VT)				
Низкий/Low (n = 48)	3723,0	77,563	5,347339	0,0690
Средний/Medium (n = 54)	3550,5	65,750		
Высокий/High (n = 33)	1906,5	57,773		
6. Социальное функционирование/Social Functioning (SF)				
Низкий/Low (n = 48)	3921,0	81,688	9,748353	0,0076*
Средний/Medium (n = 54)	3370,5	62,417		
Высокий/High (n = 33)	1888,5	57,27		
7. Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием/Role-Emotional (RE)				
Низкий/Low (n = 48)	3435,0	71,563	3,925759	0,1405
Средний/Medium (n = 54)	3289,5	60,917		
Высокий/High (n = 33)	2455,5	74,409		
8. Психическое здоровье/Mental Health (MH)				
Низкий/Low (n = 48)	3898,5	81,219	9,092669	0,0106*
Средний/Medium (n = 54)	3150,0	58,333		
Высокий/High (n = 33)	2131,5	64,591		

Примечание: * — различия статистически значимы.

Note: * — the differences are statistically significant.

Соответствующий характер ответов определяли и коморбидные психические расстройства в виде диагностированной у части пациентов соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы. В этой связи при оценке качества жизни низкий уровень социальной тревожности выводил на первый план проблемы влияния на ролевое функционирование именно соматических факторов (или соматоформной симптоматики), нежели психопатологических факторов, связанных

со страхом оценки и избегающим поведением, «психического компонента здоровья» опросника SF-36.

Шкала «Общее состояние здоровья» включает оценку пациентом актуального состояния здоровья и прогноза на будущее. По результатам данной шкалы при статистически достоверных различиях между подгруппами был получен парадоксальный результат: самая низкая оценка качества жизни (в баллах) была получена у пациентов со средним уровнем социальной

Таблица 4. Сравнительный анализ интегральных параметров качества жизни по данным опросника MOS SF-36 у пациентов с различным уровнем социальной тревожности**Table 4.** Comparative analysis of integral parameters of quality of life according to the MOS SF-36 questionnaire in patients with different levels of social anxiety

Уровень социальной тревожности по шкале Либовица (подгруппы)/The level of social anxiety according to the Liebowitz scale (subgroups)	Суммы рангов/ Rank sums	Среднее значение рангов/Average rank	H-критерий Краскела–Уоллиса/ Kruskal–Wallis H-test	p
I. Физический компонент здоровья/Physical health (PH)				
Низкий/Low (n = 48)	3394,5	70,719	2,845139	0,2411
Средний/Medium (n = 54)	3312,0	61,333		
Высокий/High (n = 33)	2473,5	74,955		
II. Психический компонент здоровья/Mental Health (MH)				
Низкий/Low (n = 48)	3916,5	81,594	10,65943	0,0048*
Средний/Medium (n = 54)	3495,0	64,722		
Высокий/High (n = 33)	1768,5	53,591		

Примечание: * — различия статистически достоверны.
 Note: * — the differences are statistically significant.

тревожности, группа с высоким уровнем социальной тревожности заняла промежуточное положение. Тем не менее самые высокие показатели качества жизни по данной шкале все же отмечались у пациентов с низким уровнем социальной тревожности. Данная особенность проявлений шкалы «Общее состояние здоровья» показывает отсутствие прямой связи данного параметра физического компонента здоровья с уровнем социальной тревожности, так же как и в случае шкалы «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием». Вероятно, что на оценку качества жизни по этим двум шкалам могли повлиять не только преобладающие коморбидные расстройства, но и другие параметры, например особенности восприятия соматической симптоматики, влияние расстройств депрессивного спектра при ответе на вопросы опросника SF-36, что может быть связано с когнитивными искажениями.

Шкала «Социальное функционирование» оценивает интенсивность влияния физических и эмоциональных факторов на социальную активность и коммуникативные возможности. При анализе показателей шкалы отмечалась обратная зависимость: чем выше уровень социальной тревожности, тем ниже показатели качества жизни по шкале «Социальное функционирование». Представленные различия имели высокую статистическую значимость и коррелировали с нарастанием доли генерализованных проявлений социальной фобии при увеличении уровня социальной тревожности.

Шкала «Психическое здоровье» связана с характеристиками общего эмоционального фона и влиянием на него депрессивной и тревожной симптоматики. Как и в случае со шкалой «Социальное функционирование», в отношении параметров психического здоровья отмечалась закономерность, связанная со снижением показателей качества жизни при повышении уровня социальной тревожности. Низкие показатели качества жизни по данной шкале коррелировали с нарастанием в структуре коморбидности личностных расстройств,

расстройств депрессивного спектра и появлением генерализованного тревожного расстройства.

Сравнительный анализ интегральных характеристик опросника MOS SF-36 «Физический компонент здоровья» и «Психический компонент здоровья» в зависимости от уровня социальной тревожности показал отсутствие статистически значимых различий между подгруппами по показателю «Физический компонент здоровья» (табл. 4).

Однако прослеживалось закономерное снижение показателей качества жизни по интегральному параметру «Психический компонент здоровья» ($H = 10,65943$; $p = 0,0048$) при нарастании уровня социальной тревожности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В результате исследования были получены характеристики, отражающие взаимосвязи между коморбидной клинической патологией, параметрами социального функционирования и показателями качества жизни по опроснику MOS SF-36 у пациентов с социальной фобией в зависимости от выраженности социальной тревожности, определяемой по шкале Либовица.

Высокий уровень социальной тревожности оказался связанным с более молодым возрастом пациентов и преобладанием в подгруппе лиц женского пола. Установлена прямая связь нарастания уровня социальной тревожности и трудностей установления межличностных и семейно-брачных отношений. Выявляемая интенсивность социальной тревожности не имеет прямой связи с уровнем профессионального образования пациентов. Однако отсутствие трудоустройства и финансовая зависимость от окружающих как показатели снижения социального функционирования и неэффективной коммуникации были связаны с высоким уровнем социальной тревожности.

Анализ клинко-диагностической структуры коморбидных психических расстройств показал, что

преобладающими нарушениями, сочетанными с социальной фобией, являются аффективные расстройства (расстройства депрессивного спектра) — F3 ($n = 27$; 20,0%); невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства — F4 ($n = 90$; 66,7%); расстройства личности — F6 ($n = 18$; 13,3%). Установлено, что нарастание выраженности социальной тревожности связано с увеличением доли расстройств депрессивного спектра, личностных расстройств, появлением тревожной симптоматики генерализованного характера в диагностической структуре сочетанных расстройств. Оценка клинических особенностей социальной фобии на момент обследования в виде генерализованного или изолированного типа показала, что с увеличением уровня социальной тревожности отмечается нарастание доли генерализованных проявлений социальной фобии. Однако этот тип социальной фобии отмечался при различном уровне социальной тревожности. Кроме этого, при детальном анализе показателей шкалы Либовица была отмечена следующая особенность, связанная с изменением соотношения выраженности двух базисных признаков социальной фобии в виде страха и избегания: с повышением выраженности социальной тревожности наблюдалось постепенное нарастание социального страха с уменьшением выраженности избегающего поведения. Данная особенность клинической картины социальной фобии нуждается в дальнейшем изучении. Вероятно, изолированность (избегание отдельных четко очерченных ситуаций) и генерализованность симптоматики (с изоляцией от социального окружения и контактов) зависит также и от других факторов. К их числу можно отнести личностные влияния, наличие определенных мотивационно-смысловых, когнитивных искажений, приводящих в итоге к социальной изоляции и снижению социального функционирования.

Оценка качества жизни по данным опросника MOS SF-36 показала, что параметры, включенные в «Психический компонент здоровья», зависят от интенсивности социальной тревожности, в то время как параметры «Физического компонента здоровья» не имеют такой зависимости. Можно говорить о том, что особенности проявлений социальной фобии в связи с коморбидными психическими расстройствами и уровень социальной тревожности дифференцированно отражаются на оценке пациентами отдельных компонентов качества жизни. Очевидно, что показатели качества жизни пациентов с социальной фобией зависят не только от психопатологических (коморбидных) влияний. Можно предположить, что на оценку качества жизни, как указывалось выше, влияют индивидуально-психологические, мотивационные особенности пациентов, а также патопсихологические факторы, включающие систему когнитивных искажений в восприятии себя, своих ролевых особенностей, угрозы негативной оценки со стороны окружающих. Оценка значимости указанных факторов, установление их взаимосвязей с качеством жизни улучшит понимание сложных

клинико-психопатологических и социально-психологических влияний при социальной фобии, что позволит сформулировать итоговую оценку проведенной терапии и прогнозировать ее эффективность.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Сиволап ЮП. Систематика и лечение тревожных расстройств. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2020;120(7):121–127. doi: [10.17116/jnevro2020120071121](https://doi.org/10.17116/jnevro2020120071121)
Sivolap YuP. Systematics and treatment of anxiety disorders. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2020;120(7):121–127. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2020120071121](https://doi.org/10.17116/jnevro2020120071121)
2. Диденко АВ, Аксенов ММ, Аленина ОК. Социальная фобия и избегающее расстройство личности: коморбидность и клинико-диагностические проблемы (аналитический обзор). *Клиническая и специальная психология*. 2020;9(4):1–20. doi: [10.17759/cpse.2020090401](https://doi.org/10.17759/cpse.2020090401)
Didenko AV, Aksenov MM, Alenina OK. Social Phobia and Avoidant Personality Disorder: Comorbidity and Clinical-Diagnostic Problems (Analytical Review). *Klinicheskaja i spetsial'naia psikhologija/Clinical Psychology and Special Education*. 2020;9(4):1–20. (In Russ.). doi: [10.17759/cpse.2020090401](https://doi.org/10.17759/cpse.2020090401)
3. Сагалакова ОА, Трубецвев ДВ, Стоянова ИЯ. Синдром социальной фобии и его психологическое содержание. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2017;117(4):15–22. doi: [10.17116/jnevro20171174115-22](https://doi.org/10.17116/jnevro20171174115-22)
Sagalakova OA, Truevcev DV, Stojanova IJa. The syndrome of social phobia and its psychological content. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2017;117(4):15–22. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro20171174115-22](https://doi.org/10.17116/jnevro20171174115-22)
4. Koyuncu A, İnce E, Ertekin E, Tükel R. Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in Context*. 2019;8(212573). doi: [10.7573/dic.212573](https://doi.org/10.7573/dic.212573)
5. Аведисова АС, Жабин МО, Акжигитов РГ, Гудкова АА. Проблема множественной соматической и/или психической патологии. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2018;118(5):5–13. doi: [10.17116/jnevro2018118515](https://doi.org/10.17116/jnevro2018118515)
Avedisova AS, Zhabin MO, Akzhigitov RG, Gudkova AA. The problem of multiple somatic and/or mental pathology. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal neurologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2018;118(5):5–13. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro2018118515](https://doi.org/10.17116/jnevro2018118515)
6. Park SH, Song YJC, Demetriou EA, Pepper KL, Hickie IB, Glozier N, Hermens DF, Scott EM, Guastella AJ. Distress, quality of life and disability in treatment-seeking young adults with social anxiety disorder.

Early Intervention in Psychiatry. 2021;15(1):57–67. doi: [10.1111/eip.12910](https://doi.org/10.1111/eip.12910)

7. Кирьянова ЛМ, Сальникова ЛИ. Социальное функционирование и качество жизни психически больных — важнейший показатель эффективности психиатрической помощи. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;20(3):73–75. Kir'janova LM, Sal'nikova LI. Psychiatric patients' social functioning and quality of life as an important indicator of mental care effectiveness. *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;20(3):73–75. (In Russ.).
8. Hyett MP, McEvoy PM. Social anxiety disorder: looking back and moving forward. *Psychological Medicine*. 2018;48(12):1937–1944. doi: [10.1017/S0033291717003816](https://doi.org/10.1017/S0033291717003816)
9. Holubova M, Prasko J, Ociskova M, Kantor K, Vanek J, Slepecky M, Vrbova K. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders: a cross-sectional study. *Psychology Research and Behavior Management*. 2019;1(12):81–95. doi: [10.2147/PRBM.S179838](https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838)
10. Lochner C, Mogotsi M, du Toit PL, Kaminer D, Niehaus DJ, Stein DJ. Quality of life in anxiety disorders: a comparison of obsessive-compulsive disorder, social anxiety disorder, and panic disorder. *Psychopathology*. 2003;36(5):255–262. doi: [10.1159/000073451](https://doi.org/10.1159/000073451)
11. Dryman MT, Gardner S, Justin SG, Weeks JW, Heimberg RG. Social anxiety disorder and quality of life: How fears of negative and positive evaluation relate to specific domains of life satisfaction. *J Anxiety Disord*. 2016;38:1–8. doi: [10.1016/j.janxdis.2015.12.003](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.12.003)
12. Juretić J. Quality of close relationships and emotional regulation regarding social anxiety. *Psychiatra Danubina*. 2018;30(4):441–451. doi: [10.24869/psyd.2018.441](https://doi.org/10.24869/psyd.2018.441)
13. Sung SC, Porter E, Robinaugh DJ, Marks EH, Marques LM, Otto MW, Pollack MH, Simon NM. Mood regulation and quality of life in social anxiety disorder: an examination of generalized expectancies for negative mood regulation. *J Anxiety Disord*. 2012;26(3):435–441. doi: [10.1016/j.janxdis.2012.01.004](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.004)
14. Ratnani IJ, Vala AU, Panchal BN, Tiwari DS, Karambelkar SS, Sojitra MG, Nagori NN. Association of social anxiety disorder with depression and quality of life among medical undergraduate students. *J Family Med Prim Care*. 2017;6(2):243–248. doi: [10.4103/2249-4863.219992](https://doi.org/10.4103/2249-4863.219992)
15. Wersebe H, Lieb R, Meyer AH, Miche M, Mikoteit T, Imboden C, Hoyer J, Bader K, Hatzinger M, Gloster AT. Well-being in major depression and social phobia with and without comorbidity. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(3):201–208. doi: [10.1016/j.ijchp.2018.06.004](https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2018.06.004)
16. Wong N, Sarver DE, Beidel DC. Quality of Life Impairments among Adults with Social Phobia: The Impact of Subtype. *J Anxiety Disord*. 2012;26(1):50–57. doi: [10.1016/j.janxdis.2011.08.012](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.08.012)
17. Григорьева ИВ, Ениколопов СН. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)». *Национальный психологический журнал*. 2016;1(21):31–44. doi: [10.11621/npj.2016.0105](https://doi.org/10.11621/npj.2016.0105) Grigorieva IV, Enikolopov SN. Testing questionnaires “Liebowitz Social Anxiety Scale” and “Fear of Negative Evaluation Scale” (short version). *National Psychological Journal/Nacional'nyj psihologicheskij zhurnal*. 2016;1(21):31–44. (In Russ.). doi: [10.11621/npj.2016.0105](https://doi.org/10.11621/npj.2016.0105)
18. Новик АА, Ионова ТИ. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. академика РАМН ЮЛ Шевченко. 2-е изд. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп». 2007:114–124. Novik AA, Ionova TI. Rukovodstvo po issledovaniju kachestva zhizni v medicine / Pod red. akademika RAMN JuL Shevchenko. 2-e izd. M.: ZAO «OLMA Media Grupp». 2007:114–124. (In Russ.).

Сведения об авторах

Николай Александрович Бохан, академик РАН, профессор, доктор медицинских наук, директор, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ); заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и психотерапии, Сибирский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ), Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

bna909@gmail.com

Александр Владимирович Диденко, профессор, доктор медицинских наук, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ); кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии, Сибирский государственный медицинский университет (ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава РФ), Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>

dedzone@yandex.ru

Олеся Кареновна Аленина, врач-психиатр, НИИ психического здоровья, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН (ФГБНУ ТНИМЦ РАН, НИИ ПЗ), Томск, Россия, <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>

dr.alenina.ok@mail.ru

Information about the authors

Nikolay A. Bokhan, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Academician of RAS, Director, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences; Head of the Department, Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-1052-855X>

bna909@gmail.com

Alexander V. Didenko, Professor, Dr. of Sci. (Med.), Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia; Department of Psychiatry, Narcology and Psychotherapy, Siberian State Medical University, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-9796-1673>

dedzone@yandex.ru

Olesya K. Alenina, Psychiatrist, Mental Health Research Institute, Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia, <https://orcid.org/0000-0001-7169-2647>

dr.alenina.ok@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

There is no conflict of interests.

Дата поступления 13.10.2021 Received 13.10.2021	Дата рецензии 10.12.2021 Revised 10.12.2021	Дата принятия 01.03.2022 Accepted for publication 01.03.2022
--	--	---