

© Н.Н. Петрова, К.А. Цыренова, 2021

ОРИГИНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

УДК 616-052

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33>

## Клинико-терапевтические факторы, влияющие на социальную адаптацию больных шизофренией

Наталья Н. Петрова, Кристина А. Цыренова

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия

Автор для корреспонденции: Наталья Николаевна Петрова, [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

### Резюме

**Обоснование:** в настоящее время остается открытым вопрос о факторах, влияющих на социальное функционирование больных шизофренией, в том числе о роли негативной симптоматики, нейрокогнитивного дефицита и психофармакотерапии. **Цель исследования:** изучение влияния этих факторов на социальное функционирование пациентов с шизофренией. **Пациенты и методы:** обследовано 64 больных шизофренией (средний возраст  $35,9 \pm 10,9$  года) на этапе становления ремиссии. Давность заболевания составила  $9,71 \pm 6,0$  лет. Большинство больных переносили параноидные и галлюцинаторно-параноидные приступы (43 и 23% соответственно). В исследовании применялись катamnестический, клинико-психопатологический и психометрический методы: PANSS, SANS, BACS, шкалы Калгари и шкалы UKU. Введен интегративный показатель для оценки социальной адаптации пациентов. **Результаты:** установлено, что показатель социальной адаптации снижается по мере увеличения длительности болезни. На социальную адаптацию влияют побочные эффекты антипсихотической терапии. Применение антипсихотиков второго поколения способствует повышению уровня социального функционирования пациентов. Более низкий уровень социального функционирования с асоциальностью и социальной отгороженностью характерен для пациентов с выраженными апатоабулическими нарушениями, уплощенностью аффекта, ангедонией. Пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации отличаются от пациентов с низким уровнем социальной адаптации лучшими показателями слухоречевой памяти, моторных навыков, скорости обработки информации, способностью к планированию и поведению, направленному на решение проблем. **Заключение:** интегративный показатель социальной адаптации пациентов с шизофренией ассоциирован с рядом когнитивных и негативных симптомов, особенностями антипсихотической терапии и длительностью заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения, социальное функционирование, когнитивное функционирование, негативные симптомы

**Для цитирования:** Петрова Н.Н., Цыренова К.А. Клинико-терапевтические факторы, влияющие на социальную адаптацию больных шизофренией. *Психиатрия*. 2021;19(4):26–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33>

RESEARCH

UDC 616-052

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33>

## Clinical and Therapeutic Factors Affecting the Social Adaptation of Patients with Schizophrenia

Nataliia N. Petrova, Kristina A. Tsyrenova

Saint-Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Corresponding author: Nataliia N. Petrova, [petrova\\_nn@mail.ru](mailto:petrova_nn@mail.ru)

### Resume

**Background:** currently, the question remains open about the factors that affect the social functioning of patients with schizophrenia, including the role of negative symptoms and neurocognitive deficits. **The aim:** to study factors that affect the social functioning of patients with schizophrenia. **Patients and methods:** 64 in-patient with schizophrenia (mean age  $35.9 \pm 10.9$  years) were examined at the stage of remission. The disease duration was  $9.71 \pm 6.0$  years. The majority of patients suffered from paranoid and hallucinatory-paranoid attacks (43 and 23%, respectively). The study used follow-up, clinical and psychopathological methods as well as psychometric scales: PANSS, SANS, BACS, Calgary scales and UKU scales. An integrative indicator was introduced to assess the social adaptation of patients. **Results:** it is shown that as the duration of the disease increases, the indicator of social adaptation decreases. The presence of side effects of antipsychotic therapy is associated with restrictions on the social functioning of patients, but the use of second-generation antipsychotics contributes to an increase in the level of social functioning of patients. Patients with more pronounced apathetic-abulic disorders, flattened affect, anhedonia-asociality and social isolation are characterized by a lower level of social functioning. Adapted patients differ from maladapted

patients by better indicators of auditory-speech memory, motor skills, information processing speed, ability to plan and problem-solving behavior. **Conclusion:** the integrative indicator of social adaptation of patients with schizophrenia is associated with a number of cognitive and negative symptoms, features of antipsychotic therapy and the duration of the disease.

**Keywords:** social functioning, schizophrenia, cognitive functioning, negative symptoms

**For citation:** Petrova N.N., Tsyrenova K.A. Clinical and Therapeutic Factors Affecting the Social Adaptation of Patients with Schizophrenia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2021;19(4):26–33. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2021-19-4-26-33>

## ВВЕДЕНИЕ

Проблемы социального функционирования у пациентов с шизофренией связаны с нарушениями социального восприятия, вербальной коммуникации, способности к решению межличностных проблем и адаптации к сложным жизненным ситуациям [1]. Ухудшение социального функционирования, способности к трудовой деятельности и качества жизни больных шизофренией связывают с влиянием негативных симптомов [2–5]. Есть мнение, что негативные симптомы, например апатия, влияют на производительность труда. Возможно, по мере увеличения продолжительности негативных симптомов снижается вовлеченность в повседневную жизнь общества [6]. Предполагают, что когнитивное функционирование и негативные симптомы являются перекрестными и предполагаемыми предикторами работоспособности. Остается открытым вопрос о том, влияют ли негативные симптомы и когнитивное функционирование независимо или совместно на результаты работоспособности. Отмечено, что снижение скорости обработки информации становится частичным посредником между негативными симптомами и ухудшением работоспособности [7, 8].

**Целью исследования** стало изучение факторов, влияющих на социальное функционирование пациентов с шизофренией.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследованы 64 больных параноидной шизофренией (F20 по МКБ-10) в возрасте  $35,9 \pm 10,9$  года (от 20 до 70 лет), из них 71,9% женщин. Давность заболевания составила  $9,71 \pm 6,0$  лет (от 1 года до 36 лет). Количество перенесенных приступов в среднем достигало пяти, длительность ремиссии в прошлом — 6 мес. 35,9% пациентов имели законченное высшее и 18,8% — среднее специальное образование. Большинство больных переносили параноидные и галлюцинаторно-параноидные приступы (43 и 23% соответственно). Все пациенты находились на этапе становления ремиссии. Исследование проводилось в соответствии с этическими правилами, установленными Хельсинкской декларацией 1964 г. и пересмотренной в 2013 г. Проведение исследования одобрено Локальным этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета (протокол утверждения НИР № 10562/1 от 18.11.2020).

В остром периоде 79,7% ( $n = 51$ ) пациентов получали монотерапию антипсихотиками первой генерации, 18,8% ( $n = 12$ ) — антипсихотиками второй генерации, 1,6% ( $n = 1$ ) — комбинированную антипсихотическую

терапию. 7,8% ( $n = 5$ ) пациентов на момент обследования получали терапию антипсихотиком пролонгированного действия.

Исследование носило комплексный характер с применением катamnестического, клинико-психопатологического и психометрического методов. На основе шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), состоящей из 30 признаков и имеющей семь градаций, оценивались выраженность продуктивной, негативной симптоматики и другие психические нарушения по общей психопатологической шкале, входящей в PANSS [9, 10]. Пять групп симптомов — аффективное уплощение или притупление, алогию, абулию-апатию, ангедонию-асоциальность (нарушение социальных контактов) и внимание — оценивали по шкале негативной симптоматики (SANS) [11]. Когнитивное функционирование исследовали с помощью краткой шкалы оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia — BACS), в которую входят тест на вербальную память и заучивание, тест на оперативную память, тест на двигательные функции, тест шифровка, тесты на ассоциативную беглость (семантическая беглость и словесная беглость и тест, оценивающий функции программирования и контроля) [12]. С целью оценки депрессии при шизофрении использовалась шкала Калгари, состоящая из девяти пунктов, первые восемь из которых содержат вопрос, а 9-й оценивается врачом на основании наблюдения за поведением пациента во время беседы. Каждый пункт оценивается от 0 до 3 баллов, сумма 6 баллов и выше является признаком депрессивного расстройства [13]. Для оценки побочных эффектов проводимой терапии применялась шкала оценки побочного действия (UKU Side-Effect Rating Scale — UKU), состоящая из 48 пунктов, каждый из которых оценивается от 0 до 3 баллов [14].

Для оценки социальной адаптации пациентов был введен интегративный показатель, представляющий собой сумму баллов по восьми показателям: семейное положение в настоящее время, наличие детей, занятость учебной или работой, наличие инвалидности, теплые отношения в семье. Помимо этого, оценивалось, не мешают ли проявления болезни и терапия повседневной жизни пациента, наличие социальных связей, общения, способность к независимому функционированию (возможность самостоятельного жизнеобеспечения без помощи родственников, друзей, государства в том числе материальной). Каждый из показателей был оценен в 0 баллов или 1 балл. Чем больше суммарный балл, тем выше показатель социальной адаптации пациентов.

Для описания категориальных переменных использовали абсолютные значения и доли от целого (%). Переменные, имеющие непрерывный характер распределения, описывали средним и стандартным отклонениями с помощью критерия Манна–Уитни. Сравнение клинических и шкальных оценок с нормативными значениями осуществляли с помощью двухстороннего одновыборочного критерия Манна–Уитни (U-статистика). Межгрупповое сравнение осуществляли с помощью двухвыборочной версии данного критерия. Для оценки равенства межгрупповых частот использовали хи-критерий ( $\chi^2$ ). Для поиска взаимосвязей между показателями применяли корреляционный анализ с помощью коэффициента Спирмена. Значимыми считали статистические различия при  $p \leq 0,05$ . Статистический анализ выполняли в среде программирования R-версии 3.6.1.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

82,8% пациентов теряли работу в связи с болезнью без дальнейшего восстановления или переходили на менее квалифицированный труд после перенесенного психотического эпизода. На момент исследования работали 31,2% пациентов. Инвалидность имелась у 45,3% пациентов. Доля женатых/замужних больных составила 7,8%. 21,9% пациентов имели детей, не были лишены родительских прав и общения с ребенком. 54,7% больных считали, что справляются с ежедневными обязанностями и не нуждаются в посторонней помощи. Экспертная оценка с применением формализованных критериев социальной адаптации показала, что 54,7% пациентов можно отнести к социально адаптированным (4 балла и более при среднем показателе по группе в целом  $3,64 \pm 1,35$  балла). Несмотря на то что половина адаптированных пациентов имела инвалидность, большинство отмечало, что проявления болезни и постоянный прием лекарств не мешают им справляться с повседневной жизнью, в том числе с работой и учебой, иметь достаточно широкий круг общения и независимое функционирование. Характеристика социальной адаптации пациентов представлена в табл. 1.

Имеющие детей пациенты характеризовались более выраженными негативными расстройствами по подшкале Н1 — снижением эмоциональности, проявляющимся преимущественно в виде уменьшения экспрессивности мимики ( $p = 0,02$ ), по подшкале Н2 — некоторой эмоциональной отгороженностью ( $p = 0,01$ ), по подшкале Н4 — снижением волевых побуждений ( $p = 0,03$ ), по подшкале Н6 — апатией ( $p = 0,03$ ), по шкале негативных расстройств (SANS) — оценками 3 и 4 балла, а также более высоким суммарным баллом по шкале негативных симптомов PANSS ( $p = 0,01$ ). Эти группы пациентов — имеющие детей и бездетные — также значимо различались по давности заболевания. У больных, имеющих детей, длительность болезни была более чем в два раза больше, чем у бездетных больных

(соответственно  $M(14,12) \pm m(12,08)$  и  $M(5,36) \pm m(4,6)$ ,  $p = 0,01$ ), что может косвенно свидетельствовать о том, что раньше пациенты имели больше шансов завести семью и детей.

Работающие пациенты и отмечавшие, что проявления болезни и постоянная терапия не мешают повседневной жизни, отличались менее выраженной негативной симптоматикой по подшкалам PANSS Н6 (спонтанность и плавность речи) ( $p = 0,03$ ), SANS 1 (аффективная уплощенность или притупленность) ( $p = 0,01$ ), SANS 3 (мотивация-апатия) ( $p = 0,02$ ) и SANS 4 (ангедония-асоциальность) ( $p = 0,04$ ) по сравнению с неработающими пациентами и отмечавшими, что заболевание и постоянный прием лекарств оказывают существенное влияние на привычную жизнедеятельность. Больные преимущественно отмечали проблемы в общении и побочные эффекты терапии: сонливость, невозможность сосредоточиться, тремор, скованность движений.

Пациентам с наличием инвалидности были свойственны более выраженные негативные симптомы по таким подшкалам PANSS, как Н3 (некоммуникабельность), Н4 (пассивно-апатическая отгороженность от общества), Н5 (нарушения абстрактного мышления), Н6 (нарушения плавности и спонтанности речи), Н7 (ригидность речи), по субшкалам SANS 2 (алогия), SANS 3 (снижение мотивации) и SANS 5 (нарушения внимания), а также более высокая суммарная оценка негативной симптоматики по PANSS ( $p < 0,001$ ) по сравнению с теми пациентами, которые не были признаны инвалидами.

Пациенты, сохранившие социальные связи, общение, теплые взаимоотношения внутри семьи, характеризовались менее выраженной негативной симптоматикой по отдельным показателям шкалы PANSS, таким как Н3 (малообщительность) ( $p = 0,01$ ), Н4 (отгороженность) ( $p = 0,02$ ), Н6 (нарушения речи) ( $p = 0,01$ ), по субшкалам SANS 1 (недостаточность экспрессии жестов) ( $p = 0,02$ ) и SANS 3 (физическая анергия) ( $p = 0,01$ ) по сравнению с теми, кто отмечал проблемы в общении как в социуме, так и в семье.

Пациентам, способным к независимому функционированию, т.е. к самостоятельному жизнеобеспечению без помощи, в том числе материальной, со стороны родственников, друзей, государства, были свойственны менее выраженные негативные симптомы по следующим подшкалам PANSS: Н3 (сокращение социальных связей,  $p = 0,04$ ), Н4 (отгороженность от социума,  $p = 0,05$ ), Н6 (нарушения вербальных процессов,  $p = 0,01$ ), по шкале негативных расстройств SANS 1 (снижение спонтанности движений,  $p = 0,07$ ), SANS 3 (забота о внешности,  $p = 0,01$ ), SANS 4 (интересы и досуг,  $p = 0,02$ ) и SANS 5 (социальная невнимательность,  $p = 0,05$ ). У них же отмечена более низкая суммарная оценка негативной симптоматики по PANSS ( $p = 0,01$ ), по сравнению с теми, кто был вынужден прибегать к помощи семьи, знакомых и государственных органов.

Эти корреляции указывают на связь уровня социального функционирования и выраженности

**Таблица 1.** Характеристика социальной адаптации пациентов с параноидной шизофренией  
**Table 1.** Characteristics of social adaptation of patients with paranoid schizophrenia

Параметры/Parameters	Число пациентов/Number of patients n (%)
Наличие семьи в настоящее время/The presence of the family at present	5 (8)
Наличие детей/The presence of children	14 (22)
Наличие учебы или работы/Availability of study or work	22 (34)
Наличие инвалидности/The presence of disability	35 (54)
Теплые отношения в семье/Warm relations in the family	34 (53)
Проявления болезни и терапия субъективно не мешают повседневной жизни пациента/The manifestations of the disease and therapy do not subjectively interfere with the patient's daily life	53 (82)
Наличие социальной связи (связей), общения/The presence of a social connection (connections), communication	35 (54)
Способность к независимому функционированию/Ability to function independently	35 (54)

**Таблица 2.** Характеристика негативной симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от социальной адаптации

**Table 2.** Characteristics of negative symptoms in patients with paranoid schizophrenia, depending on social adaptation

Показатель/Indicator	Пациенты с низким уровнем социальной адаптации/ Patients with a low level of social adaptation (M ± m)	Пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации/ Patients with a satisfactory level of social adaptation (M ± m)	Достоверность различий/The significance of differences (p)
PANSS H1, баллы/points	2,07 ± 0,884	1,83 ± 0,891	*p = 0,233
PANSS H2, баллы/points	1,86 ± 0,789	1,54 ± 0,701	p = 0,094
PANSS H3, баллы/points	2,06 ± 0,827	1,52 ± 0,653	*p = 0,032
PANSS H4, баллы/points	1,88 ± 0,857	1,36 ± 0,638	*p = 0,033
PANSS H5, баллы/points	2,59 ± 0,733	2,54 ± 0,657	p = 0,537
PANSS H6, баллы/points	2,17 ± 0,889	1,6 ± 0,775	*p = 0,010
PANSS H7, баллы/points	2,59 ± 0,733	2,2 ± 0,797	*p = 0,050
PANSS negative сумма, баллы/points	15,24 ± 4,348	12,6 ± 3,759	*p = 0,013
SANS 1 Уплющение и ригидность аффекта, баллы/Flattening and rigidity of affect, points	12,53 ± 5,088	7,24 ± 5,540	*p = 0,005
SANS 2 Нарушение речи, баллы/Speech impairment, points	7,38 ± 3,144	5,89 ± 3,724	p = 0,068
SANS 3 Апати-абулические расстройства, баллы/Avolition scores, points	8,06 ± 2,749	4,68 ± 2,529	*p < 0,001
SANS 4 Ангедония-асоциальность, баллы/Anhedonia-asociality, points	8,18 ± 2,767	4,84 ± 2,897	*p = 0,001
SANS 5 Внимание, баллы/Attention, points	8,06 ± 2,749	4,68 ± 2,529	*p < 0,001

\* Различия статистически значимы/Significant differences (p < 0,05).

негативной симптоматики у больных шизофренией. Пациенты с проблемами социального функционирования отличались почти в два раза большей выраженностью негативной симптоматики по PANSS по сравнению с социально адаптированными пациентами (табл. 2).

Данные, приведенные в табл. 3, свидетельствуют о том, что пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации отличались от пациентов с низким уровнем социальной адаптации лучшими показателями слухоречевой памяти (более высокий балл в тесте на звучание слов и числовую последовательность), более высоким уровнем моторных навыков (по результатам двигательного теста с фишками), более высокими показателями скорости обработки информации (тест «Кодирование символов») и лучшей способностью к планированию, проблемно-решающему поведению

и рациональному решению поставленной задачи (тест «Башня Лондона»).

Данные, приведенные в табл. 4, демонстрируют, что наличие побочных эффектов антипсихотической терапии ассоциировано с ограничениями социального функционирования пациентов с шизофренией. Пациенты с низким уровнем социальной адаптации характеризовались большей давностью заболевания и большей выраженностью общих психопатологических синдромов.

Показатель социальной адаптации выше у пациентов, получающих антипсихотики второй генерации (3,9 ± 1,35 балла против 2,71 ± 0,91 балла, p = 0,005). Терапия антипсихотиками второго поколения на амбулаторном этапе лечения способствует повышению показателя социальной адаптации (+1,20 ± 0,354 балла).

**Таблица 3.** Характеристика когнитивного функционирования пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от социальной адаптации**Table 3.** Characteristics of cognitive functioning of patients with paranoid schizophrenia depending on social adaptation

Показатель/Indicator BACS	Пациенты, с низким уровнем социальной адаптации/Patients with a low level of social adaptation (M ± m) in T points	Пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации/Patients with a satisfactory level of social adaptation (M ± m) in T points	Значимость различий/Significance of differences (p)
Слухоречевая память, баллы/Immediate and delayed verbal memory, points	40,42 ± 13,767	43,30 ± 14,092	p = 0,32
Последовательность чисел, баллы/Sequence of numbers, points	11,41 ± 3,067	13,62 ± 5,023	p = 0,058
Двигательный тест с фишками, баллы/Motor test with chips, points	45,24 ± 18,178	56,24 ± 12,347	*p = 0,030
Речевая беглость, баллы/ Speech fluency, points	34,42 ± 12,512	36,33 ± 13,611	p = 0,22
Кодирование символов, баллы/ The character encoding, points	28,06 ± 16,645	37,20 ± 11,214	*p = 0,046
«Башня Лондона», баллы/»The Tower of London», points	12,06 ± 6,456	16,40 ± 4,528	*p = 0,024

\* Различия статистически значимы/Significant differences (p < 0,05).

**Таблица 4.** Характеристика пациентов с различной социальной адаптацией**Table 4.** Characteristics of patients with different social adaptations

Показатель/Indicator	Пациенты, с низким уровнем социальной адаптации/Patients with a low level of social adaptation (M ± m)	Пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации/Patients with a satisfactory level of social adaptation (M ± m) in T points	Достоверность различий/The significance of differences (p)
Возраст, лет/Age, years	38,71 ± 11,757	29,76 ± 5,434	*p = 0,035
Давность заболевания, лет/Prescription of the disease, years	14,12 ± 12,088	5,36 ± 4,636	*p = 0,028
PANSS 0–1, баллы/points	1,53 ± 0,800	1,08 ± 0,277	*p = 0,022
PANSS 0–13, баллы/points	2,12 ± 0,993	1,40 ± 0,764	*p = 0,011
PANSS 0–16, баллы/points	1,47 ± 0,624	1,08 ± 0,277	*p = 0,010
УКУ Дистония, баллы/Dystonia, points	0	0,24 ± 0,436	*p = 0,031
УКУ Ригидность, баллы/Rigidity, points	0	0,28 ± 0,458	*p = 0,018
УКУ Акатизия, баллы/Akathisia, points	0	0,20 ± 0,408	p = 0,052

\* Приведены показатели со значимыми статистическими различиями/Significant differences (p < 0,05).

Однако уровень социального функционирования пациентов с шизофренией снижается по мере увеличения длительности заболевания (–0,039 ± 0,015 балла на 1 год заболевания).

Данные, приведенные в табл. 5, демонстрируют отсутствие различий по числу пациентов с разным уровнем социальной адаптации в зависимости от наличия депрессии в структуре шизофрении. Результаты корреляционного анализа подтвердили, что показатель социальной адаптации не связан с уровнем депрессии по шкале Калгари в структуре шизофрении, возрастом начала заболевания, длительностью ремиссии в прошлом и полом пациентов.

В то же время есть положительная связь с уровнем когнитивного функционирования по тестам «Последовательность чисел» (r = 0,28, p = 0,028), «Башня Лондона» (r = 0,41, p = 0,001) и «Кодирование символов» (r = 0,29, p = 0,020). Корреляционный анализ подтвердил наличие обратной зависимости между показателем адаптированности и длительностью

заболевания (r = –0,44, p < 0,001), возрастом пациентов (r = –0,37, p = 0,003), а также суммарным баллом по PANSS (r = –0,32, p = 0,011), баллам по подшкалам SANS «Уплотнение и ригидность аффекта» (r = –0,25, p = 0,043), «Нарушение речи» (r = –0,36, p = 0,042), «Апатобулические расстройства» (r = –0,41, p = 0,001) и «Внимание» (r = –0,26, p = 0,035). Показатель адаптированности коррелирует с уровнем общих симптомов (r = –0,38, p = 0,002) и негативных симптомов (r = –0,25, p = 0,045), но не позитивных симптомов по PANSS (r = –0,03, p = 0,70).

## ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

Признается, что выраженность нейрокогнитивного дефицита связана с возможностями социализации и функциональным исходом при шизофрении [15–19]. Однако есть мнение, что наличие связи между социальным функционированием больных шизофренией и когнитивными процессами нельзя считать главным

**Таблица 5.** Депрессивная симптоматика у пациентов с различной социальной адаптацией  
**Table 5.** Depressive symptoms in patients with different social adaptation

Показатель/Indicator Calgary depression schizophrenia scale	Число пациентов/Number of patients	
	Пациенты, с низким уровнем социальной адаптации/Patients with a low level of social adaptation, n (%)	Пациенты с удовлетворительным уровнем социальной адаптации/Patients with a satisfactory level of social adaptation, n (%)
Наличие депрессии по шкале Калгари/Depression presents	2 (3)	6 (9)
Отсутствие депрессии по шкале Калгари/No depression	27 (42)	29 (45)

предиктором нарушений социального функционирования пациентов [20]. Существует гипотеза, что негативные симптомы являются «катализатором» нейрокогнитивных нарушений, влияющих на способность к трудовой деятельности и на социальное функционирование больных в целом [21]. По нашим данным, на уровень социальной адаптации больных параноидной шизофренией оказывают влияние как отдельные когнитивные, так и негативные симптомы. Более низкий уровень социальной адаптации характерен для пациентов с более выраженными апатоабулическими нарушениями, уплощенностью аффекта, ангедонией, асоциальностью и социальной отгороженностью, что подтверждают данные литературы [22].

Результаты исследования демонстрируют у пациентов с низким уровнем социальной адаптации более выраженное снижение таких когнитивных функций, как способность к принятию решений, внимание и моторные навыки, по сравнению с больными, имеющими удовлетворительный уровень социальной адаптации, что подтверждают имеющиеся данные [23]. Способность к концентрации внимания также ассоциирована с уровнем социальной адаптации больных. Снижение уровня социального функционирования пациентов с шизофренией с течением времени согласуется с результатами исследования [24].

Согласно данным литературы, социальные взаимоотношения больных шизофренией чаще носят конфликтный характер. У них ухудшаются взаимоотношения с окружающими, растет неудовлетворенность семейным образом жизни. Более высокая самооценка своего социального функционирования характерна для пациентов с более сохранной функцией активного внимания [25], что соответствует полученным нами данным.

В работе показано, что применение антипсихотиков второй генерации сопряжено с повышением показателя социальной адаптации пациентов. Эти результаты соответствуют представлениям о положительном влиянии антипсихотиков второй генерации на социальное функционирование пациентов с шизофренией, в том числе за счет улучшения социальных когниций [26].

Высказано мнение, что депрессивная симптоматика оказывает негативное влияние на такие сферы социального функционирования, как социально-полезная деятельность, отношения с окружающими и самообслуживание [27]. Однако, по данным настоящего

исследования, наличие депрессии в структуре шизофрении значимо не сказывается на социальной адаптации больных.

Возраст начала заболевания, длительность ремиссии в прошлом и пол не влияют на социальное функционирование пациентов, что согласуется с неоднозначностью связи различий по полу с социальным функционированием и не подтверждает связь возраста и длительности ремиссии с уровнем социального функционирования [28].

Таким образом, интегративный показатель социальной адаптации пациентов с шизофренией ассоциирован с когнитивными и негативными симптомами, особенностями антипсихотической терапии и длительностью заболевания.

#### СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Dziwota E, Stepulak MZ, Włoszczak-Szubzda A, Olajossy M. Social functioning and the quality of life of patients diagnosed with schizophrenia. *Ann Agric Environ Med.* 2018;25(1):50–55. doi: 10.5604/12321966.1233566 Epub 2017 Jan 11. PMID: 29575877
2. Fervaha G, Foussias G, Agid O, Remington G. Impact of primary negative symptoms on functional outcomes in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2014;(29):449–455. doi: 10.1016/j.eurpsy.2014.01.007
3. Hunter R, Barry S. Negative symptoms and psychosocial functioning in schizophrenia: neglected but important targets for treatment. *Eur Psychiatry.* 2012;27(6):432–436. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.02.015 Epub 2011 May 23. PMID: 21602034
4. Shamsi S, Lau A, Lencz T, Burdick KE, De Rosse P, Brenner R, Lindenmayer J-P, Malhotra AK. Cognitive and symptomatic predictors of functional disability in schizophrenia *Schizophr Res.* 2011;126 (1–3):257–264. doi: 10.1016/j.schres.2010.08.007 Epub 2010 Sep 15.
5. Ventura J, Subotnik KL, Gitlin MJ, Gretchen-Doorly D, Ered A, Villa KF, Helleman GS, Nuechterlein KH. Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophr Res.* 2015;161(2–3):407–413. doi: 10.1016/j.schres.2014.10.043 Epub 2014 Dec 8. PMID: 25499044; PMCID: PMC4308531

6. Thomas EC, Snethen G, McCormick B, Salzer MS. An exploration of linear and curvilinear relationships between community participation and neurocognition among those with serious mental illnesses. *Psychiatr Rehabil J*. 2019;42(4):358–365. doi: 10.1037/prj0000364 Epub 2019 Apr 4. PMID: 30945919; PMCID: PMC6776709
7. Ventura J, Helleman GS, Thames AD, Koellner V, Nuechterlein KH. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2009;113(2–3):189–199. doi: 10.1016/j.schres.2009.03.035 Epub 2009 Jul 22. PMID: 19628375; PMCID: PMC2825750
8. Llerena K, Reddy LF, Kern RS. The role of experiential and expressive negative symptoms on job obtainment and work outcome in individuals with schizophrenia. *Schizophr Res*. 2018;192:148–153. doi: 10.1016/j.schres.2017.06.001 Epub 2017 Jun 7. PMID: 28599750
9. Мосолов СН. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001:238.  
Mosolov SN. Scales of psychometric assessment of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders. М.: New color, 2001:238. (In Russ.).
10. Mass R, Schoemig T, Hitschfeld K, Wall E, Haasen C. Psychopathological syndromes of schizophrenia: evaluation of the dimensional structure of the positive and negative syndrome scale. *Schizophr Bull*. 2000;26(1):167–177. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033437 PMID: 10755679
11. van Erp TG, Preda A, Nguyen D, Faziola L, Turner J, Bustillo J, Belger A, Lim KO, McEwen S, Voyvodic J, Matalon DH, Ford J, Potkin SG, Fbirn. Converting positive and negative symptom scores between PANSS and SAPS/SANS. *Schizophr Res*. 2014;152(1):289–294. doi: 10.1016/j.schres.2013.11.013 Epub 2013 Dec 11. PMID: 24332632; PMCID: PMC3966195
12. Саркисян ГР, Гурович ИЯ, Киф РС. Нормативные данные для Российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS). *Социальная и клиническая психиатрия*. 2010;3:13–19.  
Sarkisyan GR, Gurovich IYa, Keef RS. Normative data for the Russian population and standardization of the “Brief Assessment of Cognitive Functions in Patients with Schizophrenia” (BACS). *Social and Clinical Psychiatry*. 2010;3:13–19. (In Russ.).
13. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. *Schizophr Res*. 1992;6(3):201–208. doi: 10.1016/0920-9964(92)90003-n PMID: 1571313
14. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P. Udvald for Kliniske Undersogelser Scale. *Acta psychiat Scand*. 1987;76(308):115.
15. Addington J, Saeedi H, Addington D. Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? *Schizophr Res*. 2006;85(1–3):142–150. doi: 10.1016/j.schres.2006.03.028 Epub 2006 May 5. PMID: 16678388
16. Brekke J, Kay DD, Lee KS, Green MF. Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2005;80(2–3):213–225. doi: 10.1016/j.schres.2005.07.008 Epub 2005 Aug 30. PMID: 16137859
17. Sergi MJ, Rasseovsky Y, Nuechterlein KH, Green MF. Social perception as a mediator of the influence of early visual processing on functional status in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2006;163(3):448–454. doi: 10.1176/appi.ajp.163.3.448 PMID: 16513866
18. Vauth R, Rüscher N, Wirtz M, Corrigan PW. Does social cognition influence the relation between neurocognitive deficits and vocational functioning in schizophrenia? *Psychiatry Res*. 2004;128(2):155–165. doi: 10.1016/j.psychres.2004.05.018 PMID: 15488958
19. Littrell K, Jones-Vaughn JE, MacFarlane JE. Adherence and mental-health: what every case manager, should know in caring for clients with schizophrenia. *Care Management*. 2005;11(2):32–38.
20. Антохин ЕЮ, Ерзин АИ, Епанчинцева ГА, Крюков ЕМ. Роль когнитивных нарушений в формировании особенностей проактивности и социального функционирования у больных шизофренией. *Неврологический вестник*. 2017;49(2):5–12.  
Antokhin EY, Erzin AI, Epanchintseva GA, Kryukov EM. The role of cognitive impairment in the formation of the features of proactivity and social functioning in patients with schizophrenia. *Neurological Bulletin*. 2017;49(2):5–12. (In Russ.).
21. Maxwell SE, Cole DA. Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation. *Psychol Methods*. 2007;12(1):23–44. doi: 10.1037/1082-989X.12.1.23 PMID: 17402810
22. Петрова НН. К вопросу о гетерогенности негативной симптоматики при шизофрении. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2020;30(1):81–87.  
Petrova NN. To the question of heterogeneity of negative symptoms in schizophrenia. *Social and clinical psychiatry*. 2020;30(1):81–87. (In Russ.).
23. Петрова НН, Гвоздецкий АН, Дорофейкова МВ, Ашенбрэннер ЮВ. Когнитивные расстройства как транснозологический и междисциплинарный феномен. Status praesens психиатрии. Междисциплинарный консилиум. [Электронное издание]: сборник материалов, 2019.  
Petrova NN, Gvozdetsky AN, Dorofeikova MV, Ashenbrenner SV. Cognitive disorders as a transnosological and interdisciplinary phenomenon. Status praesens of psychiatry. Interdisciplinary consultation. [Electronic edition]: collection of materials, 2019. (In Russ.).
24. Luther L, Suor JH, Rosen C, Jobe TH, Faulk RN, Harrow M. Clarifying the direction of impact of

- negative symptoms and neurocognition on prospective work functioning in psychosis: A 20-year longitudinal study. *Schizophr Res.* 2020;220:232–239. doi: 10.1016/j.schres.2020.03.012 Epub 2020 Mar 20. PMID: 32201031
25. Лебедева ГГ. Структура и динамика когнитивного дефицита у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. СПб., 2016:13–14. Lebedeva GG. Structure and dynamics of cognitive deficits in patients with disorders of the schizophrenic spectrum. St. Petersburg, 2016:13–14.
26. Петрова НН, Цыренова КА. COMPLIANCE и когнитивное функционирование пациентов с первым эпизодом шизофрении. *Российский психиатрический журнал.* 2019;(4):36–41. doi: 10.24411/1560-957X-2019-11934 eLIBRARY ID: 41107730 Petrova NN, Tsyrenova KA. Compliance and cognitive functioning of patients with the first episode of schizophrenia. *Russian psychiatric journal.* 2019;(4):36–41. (In Russ.). doi: 10.24411/1560-957X-2019-11934 eLIBRARY ID: 41107730
27. Живаго КС. Особенности социального функционирования больных параноидной шизофренией с симптомами депрессии и их медико-социальная реабилитация. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология.* 2016;(4):472–479. Zhivago KS. Features of the social functioning of patients with paranoid schizophrenia with symptoms of depression and their medical and social rehabilitation. *Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology.* 2016;(4):472–479. (In Russ.).
28. Софронов АГ, Пашковский ВЭ, Добровольская АЕ, Гетманенко ЯА, Гвоздецкий АН, Колчев СА. Является ли пол модератором социального функционирования у больных параноидной шизофренией? *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева.* 2019;(4–2):87–93. doi: 10.31363/2313-7053-2019-4-2-87-93 Sofronov AG, Pashkovsky VE, Dobrovolskaya AE, Getmanenko YA, Gvozdetsky AN, Kolchev SA. Is sex a moderator of social functioning in patients with paranoid schizophrenia? *Review of psychiatry and medical psychology named after VM Bekhterev.* 2019;(4–2):87–93. (In Russ.). doi: 10.31363/2313-7053-2019-4-2-87-93

#### Сведения об авторах

Наталья Николаевна Петрова, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет Правительства Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>  
petrova\_nn@mail.ru

Кристина Александровна Цыренова, аспирант, кафедра психиатрии и наркологии, Санкт-Петербургский государственный университет Правительства Российской Федерации, Санкт-Петербург, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-0396-1467>  
kristina.ryuzina@mail.ru

#### Information about the authors

Nataliia N. Petrova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Psychiatry and Addiction, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-4096-6208>  
petrova\_nn@mail.ru

Kristina A. Tsyrenova, Postgraduate Student, Department of Psychiatry and Addiction, St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-0396-1467>  
kristina.ryuzina@mail.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.  
There is no conflict of interests.

Дата поступления 29.01.2021  
Received 29.01.2021

Дата рецензии 10.08.2021  
Revised 10.08.2021

Дата принятия 14.09.2021  
Accepted for publication 14.09.2021