

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ ЕГО ОЦЕНКИ

И.Я. Гурович, О.О. Папсуев

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Функциональная недостаточность больных шизофренией все больше оказывается в центре внимания многочисленных исследований, а также общественных организаций пациентов, их семей, групп защиты их прав, являясь главной для них [35]. Речь идет о дефиците исполнения наиболее важных видов деятельности – работе, обучении, независимом проживании, взаимодействии с окружающими. Эта несостоятельность при шизофрении обнаруживается нередко сразу после первого эпизода болезни и остается в дальнейшей жизни, определяя место шизофрении среди наиболее высокоинвалидирующих заболеваний; по российским данным до 40% больных становятся инвалидами [6]. При этом надо иметь в виду, что данный показатель отражает лишь часть социальной дезадаптации больных шизофренией, связанной со снижением или утратой их трудоспособности. Понятие социальной дезадаптации значительно шире. Также имеются исследования, показывающие, что недостаточность социального функционирования может проявляться еще в преморбиде и продроме болезни.

Указывается, например, также, несмотря на то, что старение больных шизофренией часто сопровождается ослаблением позитивных симптомов, урежением госпитализаций, почти 60% пожилых больных шизофренией в США остаются в домах со специализированной помощью [35]. Таким образом, большинство больных шизофренией нуждается в помощи, направленной на уменьшение проявлений недостаточности социального функционирования.

Н.Hafner, К.Mauser [40], приводя результаты появления функциональной недостаточности и социального снижения в выборке из 232 пациентов с первым эпизодом, следующим образом показали риск раннего социального снижения. Они выбрали шесть социальных ролей, показывающих достижение

базового социального статуса во взрослом возрасте в большинстве культур: законченное школьное образование, законченное профессиональное обучение, постоянная работа, собственный доход, собственное жилье, брак или стабильный партнер. Было показано, что хотя время в дальнейшем начала психоза у этих пациентов различалось, они мало отличались от своих здоровых сверстников. Однако при первом стационаровании становятся очевидными различия, указывающие на социальную несостоятельность уже на ранней стадии течения психоза. В отношении социальных ролей, имеющих связь с юным возрастом, то есть окончание школы и профессиональное обучение, пациенты в отношении указанных ролей значительно не отличаются от контроля, потому что заболевание редко начинается в этом возрасте. Максимум социального снижения наблюдается в области брака или стабильного сожительства, что показывает дефицит коммуникативности и партнерских отношений. Сказанное указывает на факторы, влияющие на социальное функционирование больных. Авторы отмечают, что в шизофреническом спектре расстройств основная масса социальных потерь происходит с появлением функциональных и социальных нарушений на ранних стадиях болезни.

Соотношение нарушений социального функционирования в преморбиде с возрастом начала заболевания

Представляется, что пониманию соотношения социальной несостоятельности с другими расстройствами при шизофрении может способствовать их рассмотрение у больных в зависимости от возраста возникновения заболевания.

В обширной литературе по шизофрении, возникающей в детском возрасте, отражена выражен-

ность преморбидного дефицита функционирования, связанного с широким спектром аномалий развития, нарушениями моторики, различными проявлениями дизонтогенеза (в т.ч. связанного с уже начавшимся шизофреническим процессом), явлениями интеллектуального отставания, нарушениями социализации, отгороженности. Указывается, что бедное преморбидное функционирование – одна из основных находок при шизофрении в детском возрасте [33], дефицит преморбидного функционирования наблюдается у 87% заболевших в детском возрасте [47], также пациенты в преморбиде более дезадаптированы в сфере самообслуживания и социальных контактов, чем больные с началом заболевания во взрослом возрасте [66]. Преморбидное функционирование у них рассматривается среди наиболее надежных предикторов клинического исхода [12, 69], а исходы при заболевании в детском возрасте являются более бедными и худшими, чем при взрослых формах [67]. Особенности и выраженность расстройств в преморбиде по-видимому связаны с тем, что при рано начавшемся шизофреническим процессе поражаются еще формирующиеся в детском возрасте мозговые механизмы, проявляясь еще до возникновения психоза более широким и атипичным исходом расстройств. Это особая область реабилитационных задач еще на этапе преморбида.

В более взрослом возрасте больных рядом авторов описывались на стадии преморбида нарушения, в том числе с тенденцией к усилению, преимущественно в сфере социального функционирования у отдельных групп больных, начиная с подросткового возраста, которые можно рассматривать как варианты шизофренического диатеза.

К сказанному следует добавить, что преморбидное функционирование у больных с началом в позднем возрасте нарушено в значительно меньшей степени, чем при возникновении болезни у молодых [11, 45]. Это касается как пациентов с дебютом болезни в 40–45 лет [2, 45], так и с началом до 65 лет. Пациенты с началом шизофрении после 65 лет имеют наиболее интактное преморбидное функционирование.

Факторы, влияющие на социальное функционирование больных шизофренией

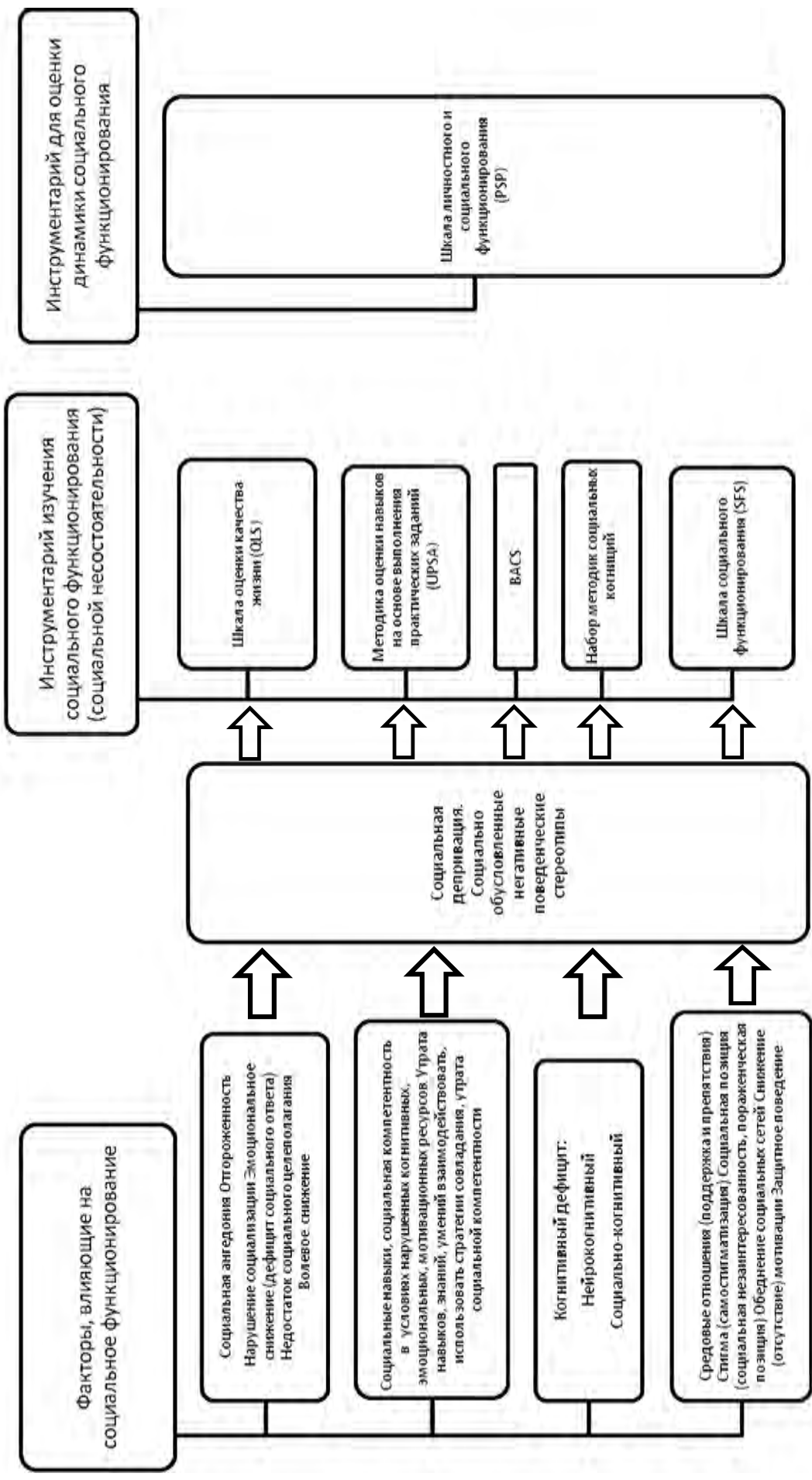
Указанные в разных исследованиях факторы представлены на схеме в колонке слева. Схема не претендует на исчерпывающее перечисление всех факторов, которые могут оказывать влияние на социальное функционирование больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, в связи со сложностью вопроса – биологические, социальные, личностные факторы, внутренние и внешние, представленные в различных переплетениях на разных стадиях развития, стадиях болезни и оказания психиатрической помощи делают ответ на этот вопрос чрезвычайно сложным. Схема, как

нам кажется, позволяет лишь лучше понять имеющиеся взаимоотношения между основными факторами и их различное значение при выборе в том числе направленных психосоциальных и когнитивных воздействий, а также интервенций, оказывающих не столько элективное, избирательное, сколько общее воздействие на уровень социального функционирования.

На схеме невозможно также отобразить сравнительное по выраженности соотношение влияния указанных факторов на социальное функционирование больных шизофренией, хотя в отдельных работах такого рода указания приводятся. Например, M.Vechi и соавт. [15] считают, что социальные когнитивные дисфункции в значительно большей степени обуславливают социальную дезадаптацию больных шизофренией, чем нейрокогнитивные, что, понятно, не лишено оснований, поскольку всякая деятельность человека связана с социальными отношениями; в других работах сопоставляется выраженность факторов, влияющих на социальное функционирование, например, выраженность позитивной и негативной симптоматики и других расстройств. Однако, понятно, что многое часто зависит не столько от выраженности, сколько также от характера расстройства. Кроме того, соотношение влияния указанных на схеме факторов всегда будет отражать особенности контингента больных, на анализе которого сделана попытка оценить такое соотношение.

Хотя чаще работы по когнитивно-бихевиоральной терапии шизофрении посвящены ее использованию для воздействия на остаточную резистентную симптоматику, интерес представляют также исследования ее влияния на социальное функционирование этих больных.

F.Granholm, D.Ben-Zeev, P.Link [35] представили данные тренинга социальных навыков в рамках групповой когнитивно-бихевиоральной терапии, направленной на оценку когнитивной модели функционального исхода у 79 больных шизофренией, у которых также имела место дисфункциональная позиция (социальная незаинтересованность, пораженческие убеждения) и показавших в результате улучшение социального функционирования. Сравнение далее двух групп (1 – получавших когнитивно-бихевиоральную терапию и 2 – кроме этого также целенаправленное вмешательство на изменение социальной незаинтересованности) показало, что низкая социальная заинтересованность в начале и более значительная редукция социальной незаинтересованности в конце вмешательств служит предсказанием лучшего функционального исхода в обеих группах. Группы не отличались в отношении общих перемен социальной незаинтересованности во время работы групп, что говорит о том, что неспецифические социальные взаимодействия во время групповой терапии могут приводить к изменениям социальной незаинтересованности независимо от того,



Социальное функционирование, факторы, на него влияющие у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, инструментарий для оценки

является или нет эта область прямой мишенью когнитивных терапевтических вмешательств.

Мета-анализ Т. Wykes и соавт. [71] касался 35 исследований когнитивно-бихевиоральной терапии больных психозами, опубликованных с 1978 по 2006 годы, большинство которых было направлено на позитивные симптомы как на основную мишень. 15 из указанных работ включали также измерения социального функционирования. При этом было обнаружено, что средний эффект в отношении функционального улучшения ($d=0,378$) был сравним с эффективностью в отношении позитивных симптомов ($d=0,372$), в отношении негативных симптомов он был выше ($d=0,437$).

Е. Grancholm и соавт. [35] дополнительно включили в этот анализ рандомизированные исследования когнитивно-бихевиоральной терапии больных шизофренией, опубликованные после 2008 года, в которых оценивался также функциональный исход. При этом было обращено внимание на ряд особенностей, среди которых отметим следующие: почти 50% были амбулаторными пациентами, почти 2/3 работ имели мишенью позитивные симптомы, что касается социальной недостаточности, то для ее измерения применялась шкала социального функционирования SFS M. Birchwood и соавт. [18], почти в 2/3 работ применялся индивидуальный терапевтический формат, почти 2/3 работ достигли успеха в улучшении социального функционирования. Вмешательства, которые были неуспешны в отношении социального функционирования, давали положительные сдвиги в других областях (позитивные и негативные симптомы, злоупотребление психоактивными веществами, безнадежность, самооценка, когнитивные функции), психологические вмешательства, которые имели целью социальное функционирование, типа тренинга социальных навыков (SST), были обычно более поведенчески ориентированными, чем когнитивно.

Достоверно установлена зависимость функциональной недостаточности от когнитивного дефицита [38, 39]. Однако дефицит по психоневрологическим тестам отражает все же ограниченное количество вариантов функционирования в реальной жизни [37]. Взаимосвязи между когнитивными нарушениями и функциональным исходом в реальной жизни связаны не с одним этим, а также с рядом других факторов. Нейрокогнитивный дефицит значимо коррелирует с функциональными навыками, что показывают ролевые измерения. Корреляции между социальной компетентностью и функционированием значительно слабее. Это указывает на то, что навыки необходимы, но недостаточны для реальных достижений и правильного поведения. Имеются факторы, которые являются медиаторами связи между уровнем навыков и функционированием в реальном мире. Сюда относятся персональные отношения и ожидания, ангедония, мотивация, настроение и средовые отношения (поддержка и препятствия), которые вли-

яют на функциональные исходы. Важное значение могут иметь и социальные позиции больных.

Р.М. Grant и А.Т. Beck [36] нашли, что такая социальная позиция, как отсутствие веры в успех (пораженческая позиция), может в значительной мере определять функциональный исход.

В материалах дискуссии на международном уровне [3, 4] о концепции *recovery* (личностно-социального восстановления) обращалось внимание, что состояние, обозначаемое как *recovery*, наблюдается в течении шизофрении обычно после редукции симптоматики и характеризуется тенденцией к расширению социального функционирования, комплексом субъективно определяемых изменений, связанных с личностью, ее позицией, самооценкой, отношением к болезни, окружающему, будущему, формированием новых ценностных ориентаций, преодолением негативных обстоятельств, обретением прав. А.С. Bellack и А. Drapalski [17], привлекая к объяснению явлений *recovery* свою социальную когнитивную модель, обращаются к концепции А. Bandura [14], основным принципом которой является самоэффективность, и указывают, что люди, как носители опыта, не являются просто автоматами, которые управляются нейрокогнитивными процессами. Самоэффективность – это представление о силе своего управления внутренним и внешним опытом. Уверенность в своих способностях включает в себя собственные, связанные с окружающими, возможности, способствует самоуважению и удовлетворенности жизнью. Другие авторы [51, 52] также отмечают, что люди не являются пассивной территорией, где встречаются биологические и социальные силы, они интерпретируют свой опыт, обнаруживают решения действовать, совершать поступки (например, вернуться к работе или отстаивать свои права). Нельзя не видеть границу между теми лицами, которые зависят от других, остаются отключенными от окружающего мира, сохраняют позитивную и негативную симптоматику, и теми, которые добились относительно нормальной работы и социального функционирования, ведут активный образ жизни [46].

Социальное функционирование, инструментарий для его оценки

Работа М.Ф. Green [37] о зависимости функциональных исходов шизофрении от нейрокогнитивного дефицита положила начало исследований в данной области. Последнее время значение нейрокогнитивности и социальных когнитивных в динамике течения шизофрении и их влияние на социальное функционирование по-прежнему являются предметом интереса исследователей [9, 32, 63]. В особенности внимание привлекает роль разных факторов в нарушении социального функционирования. Нарушения социального функционирования влияют на качество жизни пациентов, предопределяют социальную и трудовую адаптацию, а также течение и исход заболевания [27].

С момента появления первых инструментов для оценки социального функционирования прошло больше 50 лет. В настоящее время разработано большое количество психометрических шкал и опросников для оценки как различных аспектов, так и интегральной характеристики социального функционирования [13].

Традиционно оценка социального функционирования базировалась на субъективном впечатлении специалиста, однако, в рамках реорганизации психиатрической помощи в постдеинституциональный период, возникла необходимость в систематизации знаний и объективизации показателей эффективности, что закономерно привело к появлению объективизированных методов оценки социального функционирования [29].

Запрос на определение качества социальных исходов возник как в среде профессионалов, где нужно было принимать решения о перераспределении ресурсов, измерении эффективности лечения, так и в организациях потребителей психиатрической помощи и среди администраторов системы государственного здравоохранения [24, 62].

Наличие стандартизированных инструментов определения уровня социального функционирования продиктовано потребностью в определении эффективности лечения, в особенности, новых, опирающихся на сообщество форм помощи, сопоставлении пациентов и групп пациентов между собой, а также при планировании вмешательств. В современных условиях становится невозможным оценить результаты работы с пациентом без надежных инструментов измерения его социального функционирования. Тем более, что зачастую социальное функционирование пациента мало связано с продуктивной психопатологической симптоматикой [26], хотя имеются данные, показывающие преимущественную зависимость социального функционирования от негативных и общепсихопатологических расстройств, измеренных шкалой PANSS [23].

Положение о преимущественном влиянии социально-когнитивного дефицита на социальное функционирование можно считать устоявшимся. Однако существуют различные предположения о роли различных доменов социальных когниций. S.J.Schmidt и соавт. [65] делают вывод о медирующей роли социальных когниций, опосредующей влияние нейркогнитивного дефицита на социальные функции.

Среди социальных когниций наиболее исследованными являются внутренняя модель сознания другого ВМСД (Theory of Mind), распознавание эмоций и атрибутивный стиль. Такое разделение, по всей видимости, достаточно условно и имеет существенные ограничения при исследовании этих функций на практике. Часть авторов при исследовании влияния на социальные функции отдают ведущую роль эмоциональному процессингу и аффективной составляющей ВМСД [20, 44].

А.К.Fett с коллегами в мета-аналитическом обзоре [31] отдают преимущественную роль домену когнитивной составляющей ВМСД, предполагая, что именно понимание поведения других людей способствует лучшей социальной адаптации. Это предположение в ходе эмпирических исследований подтверждают Р.Н.Lysaker и соавт. [51]. Е.С.Browna и соавт. [23] идут дальше и в своей работе показывают взаимодействие отдельных доменов социального функционирования между собой, их влияние на составляющие социального функционирования, а также взаимосвязи с психопатологической симптоматикой.

В то же время в свете терапевтических подходов М.Kurtz и Ch.Richardson [48] сообщают о генерализации эффектов социально-когнитивных тренингов, выражающейся в улучшении показателей социального функционирования в сообществе у амбулаторных пациентов и в условиях психиатрического стационара у госпитализированных больных.

За последние 3 десятилетия на свет появилась целая батарея шкал и опросников, нацеленных на объективизацию уровня личностно-социального восстановления (recovery) [26].

J.Addington и соавт. [9] обратили внимание на то, что при определении уровня социального функционирования в рамках научных исследований авторы нередко сталкиваются с недостаточной репрезентативностью полученных данных. В научно-исследовательской работе авторы предлагают использовать сразу несколько мультимодальных шкал. Возможно, это связано с неоднозначностью понятия социального функционирования и его зависимостью от множества переменных (взаимоотношения в семье, комплаенс, уровень образования и интеллекта, социально-когнитивный дефицит, трудоустроенность и прочее) [43].

Имеющиеся методики можно условно разделить на несколько групп. Во-первых, по широте охвата социальных функций. С одной стороны, это узкоспециализированные шкалы, например, оценивающие социальное поведение или профессиональные качества данного лица (Social Behavior Scale или Work Personality Profile), с другой стороны, это шкалы, оценивающие социальное функционирование «в целом» (GAF, SOFAS, PSP) или же состоящие из субшкал, оценивающих различные аспекты социального функционирования данного больного или средовых факторов (QLS, SFS).

По методу предъявления все эти инструменты можно разделить на субъективные и объективизированные: самоопросники, когда пациенты самостоятельно оценивают свое социальное функционирование (SF-36), опросники, заполняемые родственниками или персоналом (NOSIE), комбинированные методики, наблюдение за поведением или в процессе ролевой игры (UPSA, MASC), а также шкалы, заполняемые специально обученными рецензентами на основании структурированных или полуструктурированных интервью (SFS, PSP) [15].

Особое место занимают экспериментальные методики, воспроизводящие некоторые аспекты социальных функций, когда на основании их выполнения исследователь выставляет определенные баллы (UPSA).

Здесь важно отметить связанные с социальным функционированием понятия, которые также нуждаются в объективизации и измерении: это качество жизни и личностное восстановление (recovery) (RAS, MHRM, QLS).

Среди шкал, оценивающих социальное функционирование в целом, следует особо остановиться на Шкале личностного и социального функционирования (Personal and Social Performance Scale – PSP) [54]. Шкала PSP является более современным вариантом шкалы SOFAS, которая, в свою очередь, пришла на смену шкале GAF и входит в DSM-IV. Данный инструмент оценивает уровень компетентности обследуемого в основных областях социального и трудового функционирования. Шкала оценивает 4 области функционирования по 6-балльной шкале: а) социально-полезная деятельность, включая работу и учебу, б) отношения с близкими и прочие социальные отношения, в) самообслуживание, г) беспокоящее и агрессивное поведение. Далее оценка производится при помощи 100-балльной шкалы, разделенной на 10 отрезков по 10 баллов каждый (100–91 – наиболее высокий уровень функционирования, 10–1 – чрезвычайно низкий уровень). В зависимости от набранных баллов на первом этапе оценки выбирается соответствующий интервал, внутри которого исследователь выставляет балл, руководствуясь собственным опытом и знаниями о пациенте. Перед заполнением шкалы рекомендуется использовать полуструктурированный опросник. Шкала PSP хорошо подходит для оценки динамики социального функционирования как в результате лекарственной терапии, так и психосоциальных реабилитационных воздействий. При этом возможно оценивать не только изменения общего балла, но и показателей внутри 4-х оцениваемых областей социального функционирования. Однако, детального представления о нарушении тех или иных составляющих социального функционирования данный инструмент предоставить не может. Шкала имеет высокую валидность и высокий уровень межэкспертной согласованности. Шкала PSP переведена на русский язык, рекомендуется к применению в клинической и исследовательской практике. Оценка занимает от 10 до 20 минут.

Шкала общей оценки функционирования (Global Assessment of Functioning – GAF) [34] представляет собой количественную шкалу, ранжированную от 0 до 100 и отражающую субъективную оценку репитера о социальном, трудовом и психологическом функционировании обследуемого. Шкала представлена и описана в DSM-IV [13]. Шкала учитывает симптоматику пациента, поэтому не рекомендуется для оценки функционирования больных в остром состоянии. С

другой стороны, в шкалу не включена оценка физического состояния пациента, что также вызывает критику некоторых авторов [66].

Для того, чтобы получить более подробную оценку социального функционирования пациента, следует пользоваться такими шкалами как Шкала социального функционирования (Social Functioning Scale – SFS) [18] или Шкала оценки качества жизни (Quality-of-Life Scale – QLS) [41]. Первая шкала (SFS) специально разработана для оценки уровня социальной адаптации пациентов с шизофренией. Шкала состоит из 79 пунктов, охватывающих несколько разделов социального функционирования: социальная отгороженность, межличностные отношения, степень социализации, навыки независимого проживания, социально-приемлемое поведение, занятость. Шкала охватывает довольно широкий спектр факторов, влияющих на социальное функционирование, с большим акцентом на средовые характеристики, социальные навыки и компетентность. Таким образом, предоставляется возможность подробно оценить степень дефицита в нескольких конкретных областях социального функционирования, что важно при планировании психосоциальных реабилитационных воздействий, направленных на тренинг социальных навыков, работу с микросоциальным окружением пациента. Шкала может предъявляться или в виде самоопросника или в ходе интервью с информантом. Каждый пункт оценивается по 4-балльной системе. Шкала занимает от 30 до 45 минут, является надежным и достоверным инструментом и рекомендуется для применения в научных целях.

Шкала оценки качества жизни представляет собой полуструктурированное интервью для оценки социального функционирования пациентов с шизофренией. Шкала была разработана в Мэрилэндском университете специально для оценки социального функционирования амбулаторных пациентов с шизофренией. Шкала затрагивает 4 области, наиболее полно, по мнению авторов, описывающие социальное функционирование: интрапсихические основы, межличностные отношения, ролевая функция и обычная активность (наличие общепотребимых предметов). Оценивается функционирование за последние 4 недели по 7-балльной шкале.

В отличие от опросника SFS, данная шкала преимущественно описывает дефициты, связанные с личностью пациента, и их влияние на социальное поведение в обществе, практически не затрагивая сферу социальных навыков и социальной компетентности. Пункты шкалы отражают важные проявления дефицитарного синдрома шизофрении. Они включают в себя оценку некоторых аспектов когнитивных, способности к целенаправленному действию и способности к проявлению эмоций, что входит в ядро специфического шизофренического дефекта. В этом контексте оценивается способность к целеполаганию, мотивация, любознательность, эмпатия, способность

получать удовольствие, вовлеченность в эмоциональное взаимодействие. Предполагается, что эти феномены являются основой межличностных контактов и ролевых функций. Их нарушение ведет к нарушению других составляющих социального функционирования. Оценка межличностного взаимодействия производится не только на основании частоты социальных контактов, но затрагивает сложные конструкции, такие как потребность и способность к интимным отношениям, активное/пассивное участие в социализации, тенденции к избеганию или самоустранению. Ролевые функции оцениваются на основании имеющейся занятости (работа, учеба, ведение хозяйства, исполнение родительских обязанностей), также учитывается уровень самореализации и соответствия занятости возможностям пациента. Степень участия в жизни сообщества оценивается по наличию у пациента с собой и дома обычных для человека предметов (бумажник, ключи, будильник, расческа и прочее), а также по посещенным за последнее время общественным местам или мероприятиям. Шкала применяется обученным специалистом и занимает около 45 минут. Шкала имеет высокую степень валидности и межэкспертной согласованности и, прежде всего, предназначается для использования в научных целях. Полученные при помощи шкалы данные будут полезны при планировании психосоциальных вмешательств, направленных на волевые, мотивационные, когнитивные и социально-когнитивные нарушения, тесно связанные с личностью пациента.

С целью прицельной оценки социальных навыков и компетентности следует обратиться к таким инструментам как Шкала социальной адаптации (Social Adjustment Scale – SAS) [67] или Методика оценки навыков на основе выполнения практических заданий (Университет Калифорнии, Сан Диего) – UCSD Performance-based Skills Assessment (UPSA) [60]. Шкала SAS существует как в виде самоопросника, так и в виде полуструктурированного интервью. Она охватывает 6 возможных социальных ролевых ситуаций: занятость, будь то работа, учеба или ведение домашнего хозяйства, социализацию, досуг, взаимоотношения с членами семьи (например, в качестве супруга, родителя), занимаемое положение в семье, включая финансовые взаимоотношения. Шкала подходит как для исследователей, так и для применения в клинической практике и занимает от 5 до 20 минут (<http://wvwworihhs.com/product.aspx?gr^cli&prod:^sas-sr<&id=overview>).

Методика UPSA занимает особое место при оценке социального функционирования и предназначается для оценки повседневных социальных навыков у пациентов с шизофренией. Тест состоит из набора игровых заданий, оценивающих финансовые и коммуникативные навыки испытуемого в условиях, воспроизводящих реальные. Оценка результатов производится в баллах; суммарный балл, складывающийся из результатов отдельных заданий, может составлять

от 0 до 100 баллов. Пациенту предлагается выполнять задания в игровой форме в 5 разных жизненных ситуациях, которые затрагивают такие сферы как: домашнее хозяйство, общение, использование транспорта, финансы, планирование досуга. Шкала имеет высокую валидность и межэкспертную согласованность. Время оценки занимает около 30 минут. Методика трудоемка, требует специального обучения специалиста, а также определенного набора заготовленных предметов, таких как телефонный аппарат, карта города, набор продуктов и прочее. При этом можно с высокой долей достоверности оценить реальные возможности пациента в области социальных навыков и социальной компетентности. (Thomas L. Patterson PhD, Department of Psychiatry University of California – San-Diego, tpatterson@ucsd.edu).

Методики для оценки частных задач

Помимо методик, оценивающих совокупность тех или иных факторов, влияющих на социальное функционирование, также существуют шкалы и опросники, описывающие только один фактор. Таким фактором может быть, к примеру, занятость или апатия или ангедония. Разработан ряд инструментов для оценки этих факторов, к примеру, Шкала оценки социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia Scale) [30], или Шкала оценки апатии (Apathy Evaluation Scale) [53]. Для повседневной практики в работе реабилитационного отделения или в других реабилитационных программах, нацеленных на трудоустройство, с целью оценки сильных и слабых сторон пациента может использоваться методика оценки личного профиля трудоустройства (The Work Personality Profile – WPP) [19]. Шкала заполняется специалистом на основании своих знаний о пациенте, полученных из объективных источников на протяжении наблюдения за пациентом после первой недели (20–30 час.) пребывания в реабилитационной программе. 58 пунктов шкалы оцениваются по 4-балльной системе, после чего они распределяются по 11 ключевым показателям и подсчитываются по определенной формуле. Шкала зарекомендовала себя как валидный инструмент для оценки сильных сторон при трудоустройстве пациентов, однако низкий уровень согласованности оценок различных экспертов предполагает опираться на усредненный показатель двух исследователей. Существует также вариант самоопросника с последующим определением интегрального показателя. Время оценки занимает до 10 минут.

Практически все вышеописанные методики оценки факторов, влияющих на социальное функционирование, предназначены преимущественно для амбулаторного контингента пациентов. Эти шкалы не учитывают обстоятельств госпитализации, которые будут искажать реальную картину. Для тяжелого контингента пациентов, находящихся длительное время в условиях психиатрического стационара или

проживающих в резиденциальных психиатрических учреждениях, будет полезно также ориентироваться на такие шкалы как Шкала социального поведения (Social Behavior Schedule – SBS) [70] и Шкала оценки поведения госпитализированных пациентов средним медицинским персоналом (Nurse Observation Scale for Inpatient Evaluation – NOSIE-30) [42].

Первая шкала в первую очередь предназначена для оценки социального функционирования пациентов, нуждающихся в длительном психиатрическом наблюдении и поддержке, с длительными госпитализациями или проживающих в резиденциальных учреждениях. Оценка проводится на основании интервью информанта – родственника или сотрудника, осуществляющего уход и хорошо знающего потребности пациента. Шкала состоит из 30 пунктов, каждый из которых оценивают по 5-балльной системе (от 0 до 4). Оценивается поведение за последний месяц. Учитываются такие показатели как гигиена, способность спонтанно начать диалог и прочее. Шкала может применяться как в исследовательских целях, так и в клинической практике, занимает около 15 минут.

Шкала NOSIE состоит из 30 пунктов, описывающих поведение пациентов во время стационарного лечения. Шкала заполняется средним медицинским персоналом, каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале от 0 до 4. Шкала является простым и надежным инструментом для оценки динамики социального функционирования пациентов с длительными госпитализациями, а также пациентов, чье психическое состояние не позволяет им участвовать в более сложных методиках, или же пациентов, с кем не может быть проведено интервью по языковым причинам.

Таким образом, существует ряд инструментов, которые позволяют объективизировать уровень социаль-

ного функционирования пациента и выделить конкретные факторы, влияющие на него. Такую оценку необходимо проводить при определении дефицитов социальной функции, планировании направленных вмешательств. Описанные методики также позволяют отследить динамику нарушений социального функционирования и эффективность психосоциальной реабилитационной работы с больными, то есть большинство из них (для амбулаторных больных) могут применяться для интегрированной оценки социального функционирования больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Однако часть из них имеют особенности, делающие их более адекватными, в определенной степени приближенными к разным контингентам больных, которые характеризуются определенным набором факторов, влияющих на социальное функционирование.

С этих позиций можно рекомендовать, например, применение шкалы оценки качества жизни для оценки социального функционирования у контингентов больных, в характеристике которых больше звучат биологические факторы (представленной ранее на схеме, левый верхний столбец). Для контингентов с преобладанием внешних факторов (средовые отношения), на схеме перечисленных в нижней части левого столбца, больше подходит Шкала оценки социального функционирования (SFS). Для оценки социального функционирования контингентов больных с целью выявления навыков, умений, знаний рекомендуется шкала BACS, а при преобладании дефицита социальных когниций – набор методик для их определения.

Наконец, можно выделить шкалу PSP как наиболее удобную для оценки динамики социального функционирования (все это указано на схеме).

ЛИТЕРАТУРА

1. Буторина Н.Е. Особенности патологических проявлений у детей, родители которых больны шизофренией // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1976. Т. 76, № 10. С.153–155.
2. Гурович И.Я. Шизофрения, возникающая или обостряющаяся в периоде инволюции: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 1965.
3. Гурович И.Я., Любов Е.Б., Сторожакова Я.А. Выздоровление при шизофрении. Концепция recovery // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18, № 2. С. 7–14.
4. Гурович И.Я., Шашкова Н.Г., Висневская Л.Я., Сторожакова Я.А. Recovery (личностно-социальное восстановление) при шизофрении: обсуждение проблемы и перспектив модели потребителей психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 89–95.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (Ред.). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М.: Медпрактика-М, 2010. 544 с.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Голланд В.Б., Зайченко Н.М. Психиатрическая служба в России в 2006–2011 гг. Динамика показателей и анализ процессов развития. М.: Медпрактика-М, 2012. 599 с.
7. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М.: Медицина, 1985. 286 с.
8. Юрьева О.П. О типах дизонтогенеза у детей, больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1970. Т. 70, № 8. С. 1229–1235.
9. Addington J., Girard T.A., Christensen B.K., Addington D. Social cognition mediates illness-related and cognitive influences on social function in patients with schizophrenia-spectrum disorders // J. Psychiatry Neurosci. 2010. Vol. 35, N 1. P. 49–54.
10. Angermeyer M.C., Schomerus G. A stigma perspective on recovery // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 163–164.
11. Almeida O., Howard R.J. et al. Clinical and cognitive diversity of psychotic states arising in late life // Psychol. Med. 1995. Vol. 25. P. 699–714.
12. Amminger G.P., Resch F., Mutschlecher R. et al. Premorbid adjustment and remission of positive symptoms in first-episode psychosis // Eur. Child Adolesc. Psychiatry. 1997. Vol. 6. P. 212–218.
13. Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on a NIMH-Sponsored Workshop // Schizophrenia Bull. 2007. Vol. 33, N 3. P. 805–822.
14. Bandura A. Going global with social cognitive theory // Donaldson S.I. Applied Psychology. New Frontiers and Rewarding Careers. Mahwah: Erlbaum Associates Publishers, 2006. P. 53–79.
15. Bechi M., Ricoaloni A., Ali S. et al. Theory of mind and emotion processing training for patients with schizophrenia: preliminary findings // Psychiatry Res. 2012.
16. Beckfeld D.F. Interpersonal competence among college men hypothesized to be at risk for schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 1985. Vol. 24. P. 397–404.
17. Bellack A.S., Drapalski A. Issues and developments on the consumer recovery construct // World Psychiatry. 2012. Vol. 11, N 3. P. 136–160.
18. Birchwood M., Smith J., Cochrane R., Wetton S., Copstake S. The Social Functioning Scale: the development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients // Br. J. Psychiatry. 1990. Vol. 157. P. 853–859.
19. Bolton B., Roessler R. The Work Personality Profile. Fayetteville A.R. Research & Training Center in Vocational Rehabilitation, University of Arkansas, Fayetteville and Arkansas Rehabilitation Services, 1986. <http://library.ncrtm.org/pdf/193.049A.pdf>
20. Bora E., Eryavuz A., Kayahan B., Sungu G., Veznedaroglu B. Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with

- schizophrenia; mental state decoding may be a better predictor of social functioning than mental state reasoning // *Psychiatry Res.* 2006. Vol. 145. P. 95–103.
21. Bowil C.R., Reichenberg A., Patterson T.L. et al. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects con-elation with cognition, factional capacity and symptoms // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163. P. 418–425.
 22. Brown L.H., Silvia P.J., Myin-Germegs I., Kwapil T.R. When the need to belong goes wrong the expression of social anhedonia and social anxiety in daily life // *Psychol. Sci.* 2007. Vol. 18. P. 778–782.
 23. Browna E.C., Cumhur T.C., Cand H., Ay sen Esen-Danacie, Bruneb M. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia // *Comprehensive Psychiatry.* 2014. Vol. 55. P. 25–32.
 24. Burlingame G.M.I, Lambert M.J., Reisinger C.W., Neff W.M., Mosier J. Pragmatics of tracking mental health outcomes in a managed care setting // *J. Ment. Health Adm.* 1995. Vol. 22, N 3. P. 226–236.
 25. Campbell-Orde Th., Chamberlin J., National Empowerment Center, Carpenter J., Leff S. Measuring the Promise: A Compendium of Recovery Measures. Vol. II. The Evaluation Center @ HSRI, 2005. 244 p.
 26. Carpenter W.W. Relationship of scales of schizophrenia proneness and premorbid adjustments to thinking deficits in schizophrenia // *J. Clin. Psychol.* 1983. Vol. 39. P. 311–314.
 27. Couture S.M., Penn D.L., Roberts D.L. The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, N 1. P. S44–S63.
 28. Dickerson F., Boronow J.J., Ringel N., Parente F. Neurocognitive deficits and social functioning in outpatients with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1996. Vol. 23, N 2. P. 75–83.
 29. Dickerson F.B. Assessing clinical outcomes: the community functioning of persons with serious mental illness // *Psychiatr. Serv.* 1998. Vol. 48, N 7. P. 897–902.
 30. Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M. (1982). The revised social anhedonia scales. Available from L.J.Chapman, Department of Psychology, 1202 West Johnson Street, University of Wisconsin, Madison, WI 53706.
 31. Fett A.K., Viechtbauer W., Dominguez M.D., Perm D.L., van Os J., Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011. Vol. 35, N 3. P. 573–588.
 32. Fiszdon J.M., Fanning J.R., Johannesen J.K., Bell M.D. Social cognitive deficits in schizophrenia and their relationship to clinical and functional status // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 30, N 1–2. P. 25–29.
 33. Frangou S. Early onset schizophrenia: cognitive and clinical characteristics // *The early course of schizophrenia / T.Sharma, Ph.Harvey (Eds.).* 2006. P. 59–69.
 34. Goldman H.F., Skodol A.E., Lave T.R. Reviewing axis V for the DSM-IV: A review of measures of social functioning // *Am. J. Psychiatry.* 1992. Vol. 149. P. 1148–1156.
 35. Grancholm E., Ben-Zeev D., Link P. Social Disinterest Attitudes and Group Cognitive-Behavioral Social Skills Training for Functional Disability in Schizophrenia // *Schizophrenia Bull.* 2000. Vol. 35. P. 874–883.
 36. Grant P.M., Beck A.T. Defeatist beliefs as a mediator of cognitive impairment, negative symptoms and functioning in schizophrenia // *Schizophrenia Bull.* 2009. Vol. 35. P. 798–806.
 37. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 153. P. 321–330.
 38. Green M.F., Kern R.S., Braff D.L., Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff” // *Schizophrenia Res.* 2004. Vol. 72. P. 41–51.
 39. Green M.F., Kern R.S., Haeton R.K. Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia implications for MATRICS // *Schizophrenia Res.* 2004. Vol. 72. P. 41–51.
 40. Hafner H., Mauer K. Early detection of schizophrenia: current evidence and future perspectives // *World Psychiatry.* 2006. Vol. 5, N 3. P. 130–138.
 41. Heinrichs D., Hanlon T., Carpenter W. The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome // *Schizophr. Bull.* 1984. Vol. 10. P. 388–398.
 42. Honigfeld G., Gillis R.D., Klett C.J. Nurses observation scale for inpatient evaluation: a new scale for measuring improvement in chronic schizophrenia // *J. Clin. Psychol.* 1965. Vol. 21. P. 65–71. http://nursingplanet.com/pn/nurses_observation_scale_for_inpatient_evaluation.html
 43. Hunsley J., Mash E.J. (Eds.). *A Guide to Assessment the Works.* Oxford University Press, 2008. 409 p.
 44. Irani F., Seligman S., Kamath V., Kohler Ch., Gur R.C. A Meta-Analysis of Emotion Perception and Functional Outcomes in Schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 137, N 1–3. P. 203–211.
 45. Jesle D.V., Harris M.J., Krull, Kuck J. et al. Clinical and neuropsychological characteristics of patients with late-onset schizophrenia // *Am. J. Psychiatry.* 1995. Vol. 152. P. 722–730.
 46. Keefe R.S., Roe M., Walker T.M. et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an intervene-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning and functional capacity // *Am. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 163. P. 426–432.
 47. Kolvin C., Ounsted M., Humphrey M., McNay A. The phenomenology of childhood psychoses // *Br. J. Psychiatry.* 1971. Vol. 118. P. 385–395.
 48. Kurtz M.M., Richardson C.L. Social Cognitive Training for Schizophrenia: A Meta-Analytic Investigation of Controlled Research // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38, N 5. P. 1092–1104.
 49. Kwapil T.R., Miller M.B., Zinser M.C., Chapman J. et al. Magical ideation and social anhedonia as predictors of psychosis proneness. A partial replication // *J. Abnorm. Psychol.* 1997. Vol. 106. P. 491–495.
 50. Liberman R.P. Recovery from schizophrenia: from follows functioning // *World Psychiatry.* 2012. Vol. 1, N3. P. 165–166.
 51. Lysaker P.H., Leonhardt B.L., Brune M., Buck K.D., James A., Vohs J., Francis M., Hamm J.A., Salvatore G., Ringer J.M., Dimaggio G. Capacities for theory of mind, metacognition, and neurocognitive function are independently related to emotional recognition in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2014. Vol. 219. P. 79–85.
 52. Lysaker P.H., Leonhardt B.L. Agency: its nature and role in recovery from severe mental illness // *World Psychiatry.* 2012. Vol. 11, N 3. P. 165–166.
 53. Marin R.S. Apathy: Concept syndrome neural mechanisms and treatment // *Seminars Clin. Neuropsychiatry.* 1996. Vol. 1. P. 304–314.
 54. Mauzer K.T., Bellack A.S., Morrison R.L., Wixlewd J.T. Social competence in schizophrenia premorbid adjustment social skill and domains of functioning // *J. Psychiatr. Res.* 1990. Vol. 24. P. 51–63.
 55. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *Am. Psychol.* 1962. Vol. 17. P. 827–838.
 56. Mishlove M., Chapman L.J. // *J. Abnorm. Psychology.* 1985. Vol. 94. P. 384–396.
 57. Morosini P.L., Magliano L., Brambilla L., Ugolini S., Pioli R. 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 Psychiatr. Scand.* 2000. Vol. 101, N 4. P. 323–329.
 58. *Outcomes Assessment in Mental Health Treatment. A Compendium of Articles from Psychiatric Services.* American Psychiatric Association, 1998.
 59. Parnas J., Schulsinger F., Schulsinger Y. et al. Behavioral precursors of schizophrenia spectrum. A prospective study // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1982. Vol. 39. P. 658–664.
 60. Patterson T.L., Goldman S., McKibbin C.L., Hughs T., Jeste D.V. UCSD Performance-Based Skills Assessment: Development of a new measure of everyday functioning for severely mentally ill adults // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 7, N 2. P. 235–245.
 61. Peralta V., Cnesta M.T., de Leon J. Premorbid personality and positive and negative early symptoms in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* 1991. Vol. 84. P. 336–339.
 62. Pincus H.A., Zarin D.A., West J.C. Peering into the “black box”. Measuring outcomes of managed care // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1996. Vol. 53, N 10. P. 870–887.
 63. Roberts D.L., Combs D.R., Willoughby M., Mintz J., Gibson C., Rupp B., Penn D.L. A randomized, controlled trial of Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders // *Br. J. Clin. Psychol.* 2014. Vol. 53, N 3. P. 281–298.
 64. Schmidt M., Blanz B., Dippe A. et al. Course of patients diagnosed as having schizophrenia during first episode occurring under age 18 years // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1995. Vol. 245. P. 93–100.
 65. Schmidt S.J., Mueller D.R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: Empirical Review and New Results by Structural Equation Modeling // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37, Suppl. 2. P. S41–S54.
 66. Startup M., Jackson M.C., Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF) // *Br. J. Clin. Psychology.* 2002. Vol. 41. P. 417–422.
 67. Weissman M.M., Olfson M., Gameroff M.J., Feder A., Fuentes M. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care // *Am. J. Psychiatry.* 2001. Vol. 158, N 3. P. 460–466.
 68. Werry J.S., McClellan J.M., Chard L. Childhood and adolescent schizophrenic, bipolar, and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1991. Vol. 30. P. 457–465.
 69. Werry J.S., McClellan J.M. Predicting outcome in child and adolescent (early onset) schizophrenia and bipolar disorders // *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1992. Vol. 31. P. 147–150.
 70. Wykes T., Sturt E. The measurement of social behaviour in psychiatric patients: an assessment of the reliability and validity of the SBS schedule // *Br. J. Psychiatry.* 1986. Vol. 148, N 1. P. 11.
 71. Wykes T., Hauward P., Thomas N. et al. What are the effects of group cognitive behaviour therapy for voices? A randomized control trial // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 77. P. 201–210.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ДЛЯ ЕГО ОЦЕНКИ

И.Я. Гурович, О.О. Папсуев

Рассматривается проблема социального функционирования у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и факторы (когнитивные и нейрокогнитивные) на него влияющие. В связи с этим обсуждаются возможности его дифференцированной оценки с

помощью различных предлагаемых в литературе инструментов (шкалы, опросники, интервью и пр.).

Ключевые слова: социальное функционирование, шизофрения, методы оценки.

DIFFERENTIATION OF APPROACHES TOWARDS EVALUATION OF IMPAIRED SOCIAL FUNCTIONING IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS, AND THE APPROPRIATE INSTRUMENTS

I.Ya. Gurovich, O.O. Papsuev

The article deals with social functioning of patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders and the factors (cognitive and neurocognitive ones) that influence it. In this connection, the authors discuss the perspectives of differential evaluation based on a variety of

instruments described in literature, such as assessment scales, questionnaires, interview etc.

Key words: social functioning, schizophrenia, evaluation methods.

Гурович Исаак Яковлевич – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: prof.gurovich@gmail.com

Папсуев Олег Олегович – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Подписывайтесь на наш журнал
в местных почтовых отделениях связи

Индекс журнала 73358

Адрес редакции:

107076, МОСКВА, ПОТЕШНАЯ УЛ. 3,
МОСКОВСКИЙ НИИ ПСИХИАТРИИ

РЕДАКЦИЯ ЖУРНАЛА
«СОЦИАЛЬНАЯ И КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ»

Тел. (495) 963-76-63