

ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, МАНИФЕСТИРОВАННОЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нанеишвили Н.Б., Силагадзе Т.Г.

Тбилисский государственный медицинский университет, Грузия

Шизофрения, с точки зрения клинических симптомов, социальных последствий и экономических потерь, несмотря на успехи в лечении и реабилитации, остается серьезным заболеванием и ассоциируется со смертью, инвалидностью, экономическими трудностями, бедностью и характеризуется постепенным ухудшением психических функций, резидуальными психическими и личностными изменениями, которые, в конечном итоге, приводят к образованию так называемого личностного дефицита.

Часть исследователей не рассматривает шизофрению как заболевание с прогрессирующим слабоумием [22]. У некоторых пациентов наблюдается длительная, полная или неполная ремиссия и клиническое выздоровление, функциональное улучшение - восстановление, ухудшение когнитивной функции растягивается во времени, хотя имеется значительный когнитивный дефицит в сравнении со здоровыми лицами [15,17,19]. Эмиль Креппелин [6] отметил, что у 8-13% пациентов с ранним слабоумием (dementia praecox) возможно «выздоровление». По мнению некоторых авторов, частота ремиссии после первого психотического эпизода колеблется в пределах 17–78% (средневзвешенное значение = 35,6%), после повторного эпизода - 16-62% (средневзвешенное значение = 37%), статистической разницы между этими двумя показателями не выявлено ($p=0,79$) [8], несмотря на то, что ремиссия наблюдается у большего количества пациентов, чем отмечали исследователи прошлого века. Во время клинической ремиссии пациенты могут функционировать независимо [1].

Согласно данным, опубликованным ВОЗ в октябре 2019 г., шизофрения по-прежнему считается тяжелым психическим заболеванием, связанным с выраженной инвалидностью и влияющим на уровень полученного образования и профессиональной деятельности [23]. Большая часть больных после заболевания не в состоянии сохранить квалификацию и становятся безработными или заняты на работах низкой категории. Большинство из них незамужние и неженатые или имеют ограниченные социальные контакты вне семьи. Помимо безработицы, факторы риска включают депрессивные симптомы, чувство безнадежности, стрессовые состояния после перенесенного психоза и после выписки из клиники, суицидальное поведение, которое особенно велико среди молодых лиц, в том числе вследствие потребления психоактивных веществ.

Продолжительность жизни пациентов снижена и больные с шизофренией умирают раньше, чем население в целом (в 2-3 раза больше) ввиду превентивных физических заболеваний [6]. Риск хронических заболеваний повышается из-за отсутствия у них навыков ведения здорового образа жизни, потребления табачных изделий, нездорового питания [12]. Следует отметить, что больные шизофренией реже обращаются за помощью. 90% нелеченных случаев шизофрении наблюдаются в странах с низким и средним уровнем дохода. Дефицит соответствующих сервисных центров является серьезной проблемой [4,23]. В статьях, опубликованных в 2020 г. журналом Nature шизофрения определена как тяжелое и изнурительное психи-

ческое заболевание с психотическими симптомами, сопровождаемыми регрессией поведения [13,15]. Пинелл (1801) вследствие проведенной реорганизации определил, что поведение пациента зависит от условий, в которых он находится [цит. по 2].

На протяжении веков, с разрушением средневековых догм, отношение к пациенту изменилось. В постмодернистскую эпоху, начиная со второй половины XX века, вектор лечения изменился: от биологического к комплексному – био-психо-социальному подходу, а в лечении психически больных и особенно шизофрении реабилитация и социальная поддержка приобрели большую популярность. Стало ясно, что роль окружающей среды (среда обитания, злоупотребление психоактивными веществами, пренатальные стрессовые факторы, социальная изоляция и иммиграция) весьма значима и определяет тяжесть течения шизофрении и степень адаптации.

Психосоциальная реабилитация означает восстановление психо-социального уровня пациента, обучение стратегиям управления собственной болезнью. Акценты перенесены на изменение отношения общества к преодолению стигматизации и реинтеграцию пациента в общество [4,15-16,19]. В то же время, психосоциальная реабилитация предполагает развитие междисциплинарной сети различных служб ухода и поддержки пациентов для достижения оптимального уровня самостоятельной жизни в обществе [1,4,15-20].

В бюллетене ВОЗ говорится, что шизофрения поддается лечению. Лечение особенно эффективно на ранних стадиях заболевания [10,11]. Психосоциальная реабилитация, в свою очередь, усиливает степень ремиссии, увеличивает ее продолжительность и во многих случаях исключает необходимость стационарного лечения [1-3,10].

В Грузии значительная часть пациентов относится к социально уязвимым и беднейшим слоям населения. Стигма, дискриминация и нарушения прав человека весьма часты [4]. В детском и подростковом возрасте шизофрения не только значительно снижает функциональность в таких областях, как успеваемость, взаимоотношения со сверстниками и взрослыми, профессиональная/рабочая деятельность, но и препятствует достижению ожидаемого уровня.

Исследования показывают значимость уровня преморбидного интеллекта у пациентов в улучшении социальных навыков. Показано, что низкий IQ является фактором риска развития шизофрении [10-11,15]. Поддержание уровня преморбидного интеллекта способствует оптимальному уровню социального функционирования.

В 2001 г. в Грузии впервые проведено исследование по оценке качества жизни психически больных [1]. Результаты исследований, проведенных в последующие годы, не сильно изменились, поскольку, несмотря на ряд существенных сдвигов, по сей день не реализован ряд программ, ориентированных на решение этой проблемы.

Как было выше отмечено, социальное функционирование является значимым показателем степени деградации личности больного шизофренией. В литературе встречаются разные подходы к определению, измерению и использованию

этого показателя. В англоязычной литературе часто используется термин Functional capacity [20], который включает в себя пять основных навыков, важных для функционирования в сообществе: организация/планирование, финансы, связь, транспорт, управление домашним хозяйством и дополнительная оценка способности управлять лекарственными средствами. Работы, проведенные в этом направлении, свидетельствуют о значимости проведения исследований в области методов оценки социального функционирования и их внедрения в клиническую практику диагностики шизофрении и успешности применяемого лечения [9,18,20,21].

Целью исследования является первая попытка в Грузии определить степень интеллекта пациентов с шизофренией, манифестировавшей в возрасте до 18 лет, качество социального функционирования и выявить их взаимосвязь.

Материал и методы. Обследовано 246 пациентов (250 с вычетом 4 скончавшихся) в возрасте до 45 лет, которые заболели шизофренией в возрасте с 9 до 18 лет и лечились в Центре психического здоровья и превенции наркомании (Тбилиси, Грузия.).

В качестве измеряемой переменной выбран коэффициент функционирования, который в нашем исследовании является средним значением показателей социального функционирования, рекомендованным ВОЗ [20]. Показатели охватывают различные направления функционирования исследуемых и позволяют определить следующие навыки: понимание и общение, элементарные социальные навыки, привычки к самообслуживанию, межличностные отношения, жизненные действия, социализацию. Оценка проводилась в пределах от 0 до 4 баллов: 0 - отсутствию существенных социальных трудностей и 4 - нетрудоспособность.

Коэффициент интеллекта IQ определялся по методу Векслера «The Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence» (представлен Кубиками Кооса, Kohs Block Design Test) и с использованием матричных аналогов, которые позволяют определить зрительно-пространственное восприятие и возможности логического мышления пациентов [25]. Данные собирались и предварительно обрабатывались в специально созданной для этой цели базе данных MMS ACCESS, окончательная статистическая обработка проводилась с использованием SPSS v23

Результаты и обсуждение. Статистическому анализу подверглись данные 246 пациентов, из них 100 представительницы женского пола, 146 - мужского пола.

Взаимосвязь социального функционирования с коэффициентом интеллекта

Для определения монотонности или немонотонности связи переменных был построен график двумерного рассеяния для пациентов женского (рис. 1) и мужского пола (рис. 2).

Анализ данных рис. 1 и рис.2 дает выявить, что переменные имеют монотонную зависимость с большим рассеянием и позволяют рассчитать ранговые корреляции r Спирмена и τ Кендалла (таблица 1).

Выше упомянуто что, меньшее значение коэффициента функционирования соответствует более успешным жизненным функциям обследуемых. Анализ данных таблицы 1 показал, что уровень значимости в ранговых корреляциях Sig. (2-tailed) более достоверен для женщин и не превышает 0,01 ($p \leq 0,01$), а для мужчин не превышает 0,05 ($p \leq 0,05$), коэффициент корреляции имеет незначительное отрицательное значение и указывает, что интеллектуальный уровень находится в отрицательной корреляции с коэф-

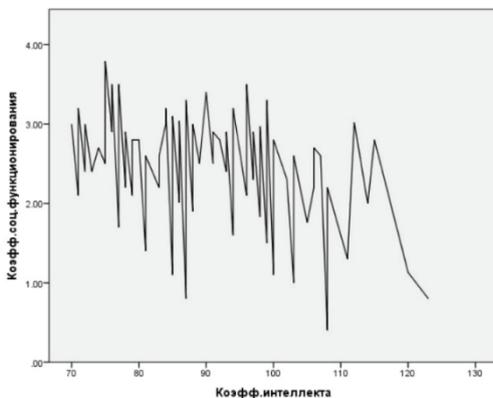


Рис. 1. Двумерное рассеяние коэффициента интеллекта и коэффициента функционирования для пациентов женского пола

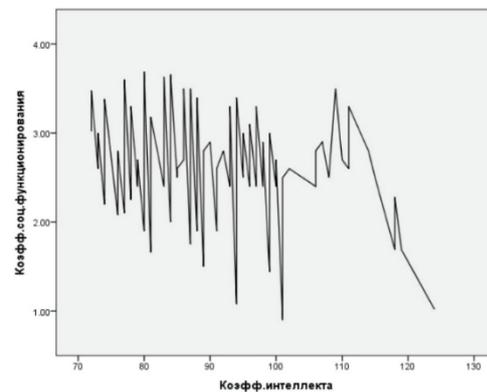


Рис. 2. Двумерное рассеяние переменных коэффициента социального функционирования и коэффициента интеллекта для пациентов мужского пола

Таблица 1. Ранговые корреляции r Спирмена и τ Кендалла переменных коэффициента социального функционирования и коэффициента интеллекта для пациентов женского и мужского пола

Ранговая корреляция, рассчитанная для коэффициента социального функционирования	Коэфф. интеллекта	
	Жен.	Муж.
Ранговая корреляция тау-в Кендалла	- 0,209**	- 0,128*
Двусторонний уровень значимости, вероятность ошибки	0,003	0,027
Ранговая корреляция Спирмена	- 0,295**	- 0,180*
Двусторонний уровень значимости, вероятность ошибки	0,003	0,030
Кол-во наблюдений	100	146

* - корреляция является статистически значимой при $p=0.05$ уровне значимости для двустороннего критерия;

** - корреляция является статистически значимой при $p=0.01$ уровне значимости для двустороннего критерия

фициентом функционирования – чем выше IQ, тем ниже значение коэффициента функционирования, тем успешнее пациенты, причем эта зависимость ярче проявляется для представительниц женского пола: коэффициент корреляции (-295) против (-180). Это зависимость отчетливо выражена на рис. 1 и 2.

Изменения IQ и коэффициента социального функционирования изучались также с учетом возраста пациентов. В новых случаях заболевания выявлены высокий IQ и функциональные возможности. С увеличением продолжительности заболевания снижаются когнитивные навыки на 12-15 единиц, социальное функционирование ухудшается на 1,48 балла (таблица 2).

Выборка школьников моложе 18 лет включает 22 опрошенных (таблицы 2 и 3) из них двое - студенты колледжа, остальные - старшеклассники. Из 20 старшеклассников на момент исследования трое собирались закончить только 9

классов, остальные (17) хотели закончить среднюю школу. Средний IQ этих 20 учеников составил 102,5, средний показатель социального функционирования - 1,71, который варьировал в пределах от легкого до умеренного значения.

У вышеуказанных трех пациентов, социальное функционирование которых было оценено как тяжелое (3.38, 3 и 3.02), заболевание диагностировано в возрасте до 9 лет. Если их исключить из рассмотрения, IQ 17 школьников, которые собираются полностью получить высшее образование, равен 105.2, а социальное функционирование – 1.46, что означает лучшее социальное функционирование, чем у вышеуказанных 20 человек.

Из данных, приведенных в таблицах 2 и 3 очевидно, что пациенты, заболевшие после 14 лет, обладают сравнительно высоким интеллектом и высоким уровнем социального функционирования. Для дальнейшей жизненной адаптации необходимо поддерживать оба этих фактора.

Таблица 2. Средний показатель социального функционирования, средний IQ в различных возрастных группах (лет) на момент проведения обследования

Возраст, лет	Кол-во в группах	IQ	Социальное функционирование
Лет <=9	-	-	-
13> лет >=10	5	105	1.290
16> лет >=13	10	104	1.825
18> лет >=16	7	90	2.320
27> лет >=18	52	87	2.510
36> лет >=27	77	88	2.660
45> лет >=36	95	90	2.770
Всего	246		Ср.показатель 2,229

Таблица 3. Возраст начала заболевания, распределение среднего IQ и показателя социального функционирования учеников средней школы

	Средний возраст начала заболевания, лет	IQ	Кoeff. соц. функционирования
Ученики ср. школы (n=17)	15.5	105.2	1.46
Ученики ср. школы (n=3)	8	81	3.1
Ученики ср. школы (n=20)	14.4	102.5	1.71

У пациентов с недавно диагностированным заболеванием уровень интеллекта и социального функционирования весьма высок, что следует объяснить природой шизофрении и возрастом манифестации заболевания. После первых эпизодов когнитивные и другие психические функции все еще сохраняются и мотивация пациента высокая.

Что касается лучшего уровня социального функционирования у женщин, этот факт хорошо известен и объясняется: а) сравнительно поздним началом заболевания, б) более высокой мотивацией, в) лучшим самообслуживанием, генетически обусловленными привычками, г) отсутствием вредных факторов (потребление наркотиков, алкоголя).

Средний уровень социального функционирования составляет 2.58 единиц, варьирует в пределах от умеренного до тяжелого. В возрасте до 45 лет наличие такого показателя обычно объясняется тем, что в Грузии, больным, по причине ограниченных возможностей социальной поддержки, не предоставляется возможность «проявить» свои способности, согласно реально имеющемуся интеллектуальному уровню. Не происходит объективной оценки возможно-

стей больного, уровня его образования, что выражается в: а) невключении пациента в реабилитационные мероприятия после первого эпизода (можно считать, что исключая школьников, мы имеем дело со случаями далеко зашедшей болезни, когда возможность восстановления/улучшения функционирования уже упущена); б) наличии внешних факторов - отсутствие соответствующих центров, специалистов и программ, вследствие чего невозможно тренировать когнитивные или другие функции; в) распространенности стигмы в семье и обществе и наличии собственной стигмы; г) дефиците информированности общества.

Худший показатель, по всей вероятности, связан с заботой родителей, патерналистским отношением семьи, возрастом пациентов, государственного финансирования службы охраны психического здоровья и существующей программы обслуживания и ее ежегодным расширением.

Взаимосвязь социального функционирования с уровнем образования. При проведении исследования выделено 6 категорий уровня образования, которые приведены в таблице 4. Уровням присвоены формальные индексы, необходимые

для проведения статистических исследований. Для успешной интерпретации статистических данных категории уровня образования расположены в убывающей последовательности – сверху расположен наивысший уровень образования и последовательные уровни идут по убывающему значению. В конце расположена группа с неоконченным средним образованием.

Для определения монотонности или немонотонности связи переменных, в первую очередь, нами построен график двумерного рассеяния для пациентов женского (рис. 3) и мужского пола (рис. 4). Рассмотрение рис. 3 и рис. 4 не создают впечатления монотонной зависимости, хотя провал для индекса образования 5 (ученики средней школы) и большой разброс значений индекса функционирования для пациентов мужского пола следует объяснить сравнительно меньшим количеством участников в выборке - 9 (6.16%) больных по отношению к общему количеству исследуемых 146 (таблица 4).

Ранговые корреляции коэффициента функционирования и индекса образования для женщин и мужчин, представленные в таблице 5, имеют отрицательное значение и являются значительными для женщин 0.05 (Sig. (2-tailed) ≤ 0,05), что позволяет заключить об достоверно отрицательном влия-

нии полученного образования на уровень функционирования пациентов женского пола, однако это влияние не очень значительное.

Для пациентов мужского пола корреляция не является статистически значимой ($p=0,706>0.05$), следовательно нулевую гипотезу приходится отклонить и заключить, что в этой группе социальное функционирование никак не зависит от полученного образования. Анализ: этот неожиданный вывод можно объяснить тем фактом, что больные женского пола с более высоким образованием имеют больше требований к себе, лучше понимают и чувствовать тяжесть заболевания, беспомощность и неспособность победить болезнь, осознавать свои проблемы, быть склонными к пессимизму, “стыдиться” своей болезни. Представители мужского пола в этом отношении более устойчивы: их психологический портрет более груб в сравнении с женским, они стараются перенести тяжесть проблем на различную деятельность, в том числе употребление алкоголя и других психоактивных веществ. Примечателен тот факт, что большинство семей отрицают болезнь члена семьи, скрывают ее. Из-за стигмы семьи часто сами способствуют изоляции пациента, вследствие чего не происходит улучшения социального функционирования.

Таблица 4. Уровни образования, их условные индексы, количество пациентов в выборке

Уровни образования	Код для статистической обработки, индекс образования	Количество пациентов в выборке	
		Жен.	Муж.
Высшее образование независимо от приобретённой специальности	1	25	21
Незаконченное высшее	2	6	18
Колледж ¹	3	18	32
Закончившие среднюю школу ²	4	29	52
Ученик средней школы	5	11	9
Средняя школа до 9 класса	6	11	14

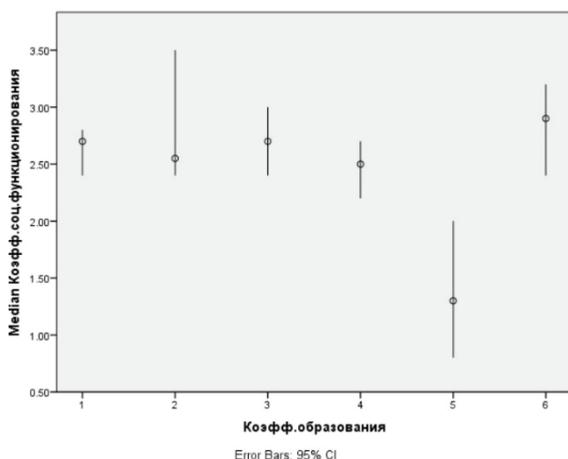


Рис. 3. Двумерное рассеяние переменных коэффициента социального функционирования с уровнем образования для пациентов женского пола

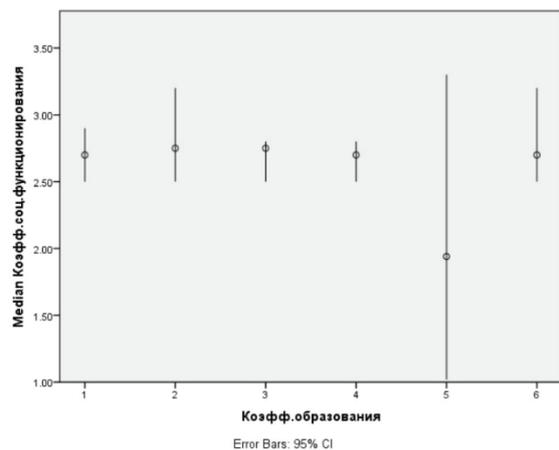


Рис. 4. Двумерное рассеяние переменных коэффициента социального функционирования с уровнем образования для пациентов мужского пола

¹Согласно нормативным документам (<https://www.mes.gov.ge/content.php?id=215&lang=eng>), колледж в Грузии - это учебное заведение, которому разрешено обучать студентов профессиональной деятельности, предоставлять образовательные программы короткого цикла, в том числе подготовительного характера, а также обучать государственному языку.

²Средняя школа в Грузии - это полное среднее 12-летнее образование с 6-летнего возраста, которое делится на начальное (1-6 класс), базовое (1-9 класс) и среднее (1-12 классы). Обязательным является базовое образование.

Таблица 5. Ранговые корреляции r Спирмена и τ Кендалла переменных коэффициента социального функционирования с уровнем образования для пациентов женского и мужского пола

Ранговая корреляция, рассчитанная для коэффициента социального функционирования	Коэфф. образования	
	Жен	Муж
Ранговая корреляция тау- b Кендалла Двусторонний уровень значимости, вероятность ошибки	- 0,165* 0,028	- 0,025 0,687
Ранговая корреляция Спирмена Двусторонний уровень значимости, вероятность ошибки	- 0,202* 0,044	- 0,031* 0,706
Кол-во наблюдений	100	146

* корреляция является статистически значимой на $p=0.05$ уровне значимости для двустороннего критерия

Выводы. Частотное распределение коэффициента социального функционирования не подчиняется закону нормальному распределения.

Чем выше уровень невербального интеллекта, который является составной частью интеллектуального развития IQ пациентов, тем выше показатели социального развития и социальной активности, особенно для представителей женского пола, однако в целом эта зависимость незначительная.

Полученное пациентами образование любого уровня достоверно отрицательно, хотя и незначительно влияет на функционирование больных женского пола и не влияет на пациентов мужского пола.

Все изученные зависимости в представленной статье носят сглаженный характер, что в общем характерно для больных шизофренией, которая является мощным подавляющим фактором всех жизненных функций и способностей человека.

Рекомендации. Подготовка ориентированной на пациента программы реабилитации после первого же эпизода шизофрении и подключение пациентов к соответствующим мероприятиям для улучшения/восстановления когнитивных и социальных навыков.

При подготовке национальных программ, наряду с медикаментозными методами лечения, внедрять в клиническую практику ежемесячную оценку и анализ данных когнитивного и социального функционирования.

Подготовка соответствующих специалистов.

Расширение соответствующих центров по всей стране и увеличение географического охвата.

Проведение соответствующих мероприятий для преодоления стигмы.

Проведение мероприятий, связанных с повышением информированности общества.

Разработка программы по работе с членами семей, имеющих психически больных, и ее внедрение.

Активация мероприятий, направленных на повышение уровня образования пациентов, включая профессиональные навыки (переподготовка, приобретение профессии).

Организация трудоустройства больных шизофренией на законодательном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. ბეკიაშვილი ა., ბერუღავა გ. ფსიქო-სოციალური რეაბილიტაციის ცენტრის მიზნობრივი ჯგუფის კლინიკურ-სიმპტომური პროფილი. ფსიქიკა პრობლემები, პესრპექტივები. თბილისი 2001, №1, გვ. 4-9.
2. ქ. გელაშვილი ფსიქიატრია: მოდერნისტული და პოსტმოდერნისტული ასპექტები (ზოგადი მიმოხილვა). ფსიქიკა, პრობლემები, პესრპექტივები თბ.: 2005; 1(5):58-67.
3. დ. ლონდაძე, ქ. აბდუშელიშვილი, ბ. სულაბერიძე. ფსიქ-

იკურად დაავადებულთა სოციალური მდგომარეობა. ფსიქიკა. №2, თბილისი. 2001 წ.

4. ნ. ხონელიძე, გ. გელაშვილი სტიგმა, როგორც საკაროველოში ფსიქიატრიული სერვისის გაუმჯობესების ხელისშემშლელი ფაქტორი. ფსიქიკა. №1 (5). თბილისი 2005, გვ. 28-31.

5. ნანეიშვილი Н., Силагадзе Т. Оценка интеллекта больных шизофренией, манифестированной в детском и подростковом возрасте. Georgian Medical News 2019; 4(289).

6. Овсеян А. А. Армянский журнал психического здоровья. Жизнь и работа Эмиля Крепелина. Психиатрический медицинский центр, Аванская психиатрическая клиника, Ереван, Армения. 2013; 4(1).

7. A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet; 2018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32279-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32279-7)

8. AlAqeel B, Margolese HC Remission in schizophrenia: critical and systematic review Harv Rev Psychiatry, Nov-Dec 2012; 20(6): 281-97. doi: 10.3109/10673229.2012.747804

9. Bellack AS, Brown CH, Thomas Lohrman S. Psychometric characteristics of role play assessments of social skill in schizophrenia. Behav. Ther. 2006; 37: 339-352.

10. Harrison G., Hopper K., Craig T., et al. Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. British Journal of Psychiatry : journal. Royal College of Psychiatrists, 2001. June (vol. 178). P. 506-517. doi:10.1192/bjp.178.6.506. PMID 11388966.

11. Kendler KS, Ohlsson H, Sundquist J, Sundquist K. "IQ and schizophrenia in a Swedish national sample: their causal relationship and the interaction of IQ with genetic risk." Am J Psychiatry. 2015 Mar 1; 172(3): 259-65. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14040516. Epub 2014 Nov 7.

12. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 2014; 10, 425-438

13. Lukasz Smigielski, Vinita Jagannath, Wulf Rössler, Susanne Walitza & Edna Grünblatt. "Epigenetic mechanisms in schizophrenia and other psychotic disorders: a systematic review of empirical human findings Nature.com nj schizophrenia Molecular Psychiatry Published: 06 January 2020.

14. Nancy C. Andreasen, M.D., Ph.D.; William T. Carpenter, Jr., M.D.; John M. Kane, M.D.; Robert A. Lasser, M.D.; Stephen R. Marder, M.D.; Daniel R. "Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Weinberger, M.D. Am J Psychiatry 2005; 162:441-449

15. Phahladira L, Luckhoff HK, Asmal L, Kilian S, Scheffler F, Plessis SD, Chiliza B, Emsley R. Early recovery in the first 24 months of treatment in first-episode schizophrenia-spectrum disorder. NPJ Schizophr. Nature.com nj schizophrenia. 2020 Jan 8; 6(1): 2. doi: 10.1038/s41537-019-0091-y.

16. Robinson D. G., Woerner M. G., McMeniman M., Mendelowitz A., Bilder R. M. Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *American Journal of Psychiatry*: journal. 2004. March (vol. 161, no. 3). P. 473—479. doi:10.1176/appi.ajp.161.3.473. — PMID 14992973.
17. Schennach R, Obermeier M, Spellmann I, Seemüller F, Musil R, Jäger M, Schmauss M, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Klosterkötter J, Heuser I, Bauer M, Adli M, Zeiler J, Bender W, Kronmüller KT, Ising M, Brieger P, Maier W, Lemke MR, Rütger E, Klingberg S, Gastpar M, Möller HJ, Riedel M. Remission in schizophrenia - What are we measuring? Comparing the consensus remission criteria to a CGI-based definition of remission and to remission in major depression. *Schizophr Res*. 2019 Jul; 209:185-192. doi: 10.1016/j.schres.2019.04.022. Epub 2019 May 25. PubMed ID: 31138482.
18. Sawada, K., Sakakibara, E., Kanehara, A., Koike, H., Suga, Yumiko Fujieda, and Kiyoto Kasai. (2020). Is Utena's Brief Objective Measures (UBOM) useful in real world behavioral assessment of functioning? Validity and utility testing in patients with schizophrenia. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 04 September 2019. <https://doi.org/10.1111/pcn.12929>
19. Vita A., Barlati S. The Implementation of Evidence-Based Psychiatric Rehabilitation: Challenges and Opportunities for Mental Health Services. Department of Mental Health and Addiction Services, ASST Spedali Civili, Brescia, Italy, Department of Clinical and Experimental Sciences, University of Brescia, Brescia, Italy, *Psychiatry*, 20 March 2019
20. Ventura, J., Welikson, T., Ered, A., Subotnik, K. L., Keefe, R. S., Helleman, G. S., & Nuechterlein, K. H. (2020). Virtual reality assessment of functional capacity in the early course of schizophrenia: Associations with cognitive performance and daily functioning. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(1), 106-114.
21. Vancampfort, D., Probst, M., Scheewe, T., Knapen, J., De Herdt, A., & De Hert, M. (2012). The functional exercise capacity is correlated with global functioning in patients with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125(5), 382-387.
22. Zipursky RB, Reilly TJ, Murray RM. The myth of schizophrenia as a progressive brain disease. *Schizophr Bull*. — 2013 Nov. T. 39(6). C. 1363-1372.
23. WHO - Schizophrenia 4 October 2019 Key facts
24. <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/> WHO Disability Assessment Schedule 2.0 WHODAS 2.0.
25. «The Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence».(WASI)

SUMMARY

EVALUATION OF NON-VERBAL INTELLIGENCE AND SOCIAL FUNCTIONING OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA MANIFESTED IN CHILDREN AND ADOLESCENTS

Naneishvili N., Silagadze T.

Tbilisi State Medical University, Georgia

The aim of the study was to study the relationship between non-verbal intelligence, education and the factor of social functioning, taking into account the gender of patients with schizophrenia in childhood and adolescence. It should be noted that no such study was conducted in Georgia.

The article discusses one of the most serious mental illnesses - schizophrenia, in terms of social functioning, since social func-

tioning is an indicator of the degree of degradation of the patient.

246 patients with schizophrenia aged 18 to 45 years were examined. Studies have shown that the premorbid intelligence of the patient increases the degree of social adaptation. The higher the non-verbal intelligence, which is an integral part of the intellectual development of patients, the higher the indicators of social activity and adaptation, especially for women.

The coefficient of social functioning does not obey the law of normal distribution. Any level of patient education is not a positive factor, although it does not significantly affect the functioning of female patients. The higher the level of non-verbal intelligence, the better the indicators of social activity, especially among women, although in general this dependence is insignificant.

The article notes that in accordance with a complex, biopsychosocial approach, along with drug treatment, rehabilitation and social support of patients are necessary. The role of the human environment and other life circumstances of the patient in the severity of schizophrenia is discussed. A number of recommendations are presented that contribute to stopping cognitive decline and, therefore, preserving adaptive skills.

Keywords: schizophrenia, social functioning, intelligence, education, correlation, gender.

РЕЗЮМЕ

ОЦЕНКА НЕВЕРБАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, МАНИФЕСТИРОВАННОЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Нанеишвили Н.Б., Силагадзе Т.Г.

Тбилисский государственный медицинский университет, Грузия

Целью исследования явилось определение зависимости между невербальным интеллектом, полученным образованием и фактором социального функционирования с учетом пола пациентов, заболевших шизофренией в детском и подростковом возрасте.

В Грузии подобного исследования не проводилось. В статье обсуждается одно из наиболее серьезных психических заболеваний – шизофрения, с точки зрения социального функционирования, поскольку социальное функционирование является показателем степени деградации пациента. Обследовано 246 больных шизофренией в возрасте от 18 до 45 лет.

Исследования показали, что преморбидный интеллект пациента повышает степень социальной адаптации. Чем выше невербальный интеллект, который является неотъемлемой частью интеллектуального развития пациентов, тем выше показатели социальной активности и адаптации, особенно у женщин.

Коэффициент социального функционирования не подчиняется закону нормального распределения. Любой уровень образования пациентов не является положительным фактором, однако незначительно влияет на функционирование пациентов женского пола. Чем выше уровень невербального интеллекта, тем лучше показатели социальной активности, особенно у женщин, хотя в целом эта зависимость незначительна.

В статье отмечено, что в соответствии со сложным, биопсихосоциальным подходом, наряду с медикаментозным

лечением, необходимы реабилитация и социальная поддержка больных. Обсуждается влияние окружения и среды нахождения пациента на тяжесть протекания шизофрении. Приведены ряд рекомендаций, препятствующих ухудшению когнитивных функций и, следовательно, способствующих сохранению адаптивных навыков.

რეზიუმე

არავერბალური ინტელექტისა და სოციალური ფუნქციონირების შეფასება პაციენტებში ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში მანიფესტირებულ შიზოფრენიით

ნ.ნანიშვილი, თ.სილაგაძე

თბილისის სახელმწიფო სამედიცინო უნივერსიტეტი, საქართველო

კვლევის მიზანს წარმოადგენდა ბავშვთა და მოზარდთა ასაკში მანიფესტირებულ შიზოფრენიით ავადმყოფების ინტელექტის არავერბალური ნაწილის კოფიციენტის და სოციალური ფუნქციონირების ურთიერთიმართების საკითხების შესწავლა. აღსანიშნავია, რომ მსგავსი კვლევა საქართველოში არ ჩატარებულა.

სტატიაში, ერთ-ერთი უმძიმესი ფსიქიკური დაავადება - შიზოფრენია, განხილულია სოციალური ფუნქციონირების კუთხით, ვინაიდან სოციალური ფუნქციონირება პაციენტის დეგრადაციის დონის მანკვენებელია.

შესწავლილია 18 წლიდან 45 წლამდე 246 პაციენტის სოციალური ფუნქციონირების მანკვენებელი.

კვლევის შედეგად დადგინდა, რომ პაციენტის პრემორბიდული ინტელექტი ზრდის სოციალური ადაპტაციის ხარისხს. რაც უფრო მაღალია არავერბალური ინტელექტი, პაციენტთა ინტელექტუალური განვითარების განუყოფელი ნაწილი, მით უფრო მაღალია სოციალური აქტივობისა და ადაპტაციის მანკვენებლები, განსაკუთრებით ქალებისთვის.

სტატიაში აღნიშნულია, რომ კომპლექსური, ბიოფსიქოსოციალური მიდგომის თანახმად, მედიკამენტოზურ მკურნალობასთან ერთად აუცილებელია დროული რეაბილიტაცია და სოციალური მხარდაჭერა.

განხილულია, შიზოფრენიის მიმდინარეობის სიმძიმის განმსაზღვრელი ისეთი ფაქტორის როლი, როგორცაა პაციენტის ირგვლიმყოფი გარემო. რეკომენდაციების სახით მოცემულია კოგნიტიური ფუნქციების გაუმჯობესების შესაჩერებლად და, შესაბამისად, ადაპტაციური უნარების შესანარჩუნებლად საჭირო ღონისძიებების გატარების აუცილებლობა.

СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДЕНТОВ ТЮРКСКИХ И СЛАВЯНСКИХ НАЦИОНАЛЬНОСТЕЙ

Смагулов Б.

Международный казахско-турецкий университет, Туркестан, Республика Казахстан

По оценкам экспертов, на данный момент депрессии подвержены около полумиллиарда человек, а к 2020 году прогнозируется увеличение распространенности случаев [5]. Наряду с психологическими, поведенческими и физическими симптомами, для депрессии характерна устойчивая потеря интереса ко всему окружающему и уныние. В связи с широким распространением случаев депрессии, она является одной из главных причин инвалидности во всем мире. Определение самоубийства имеет две значимые особенности - самоубийством обозначают как сознательные действия, ведущие к смерти, так и действия, в результате которых была совершена попытка лишения себя жизни, однако в силу обстоятельств не повлекшая фатального исхода [4].

Согласно данным статистики Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), число самоубийств ежегодно составляет более 800 тыс. человек. Процент самоубийств в странах с низким и средним уровнем дохода составляет 86%. Более половины самоубийств приходится на возраст от 15 до 44 лет. В странах Восточной Европы зарегистрированы самые высокие показатели, особенно среди мужского

контингента. Наиболее распространенной причиной самоубийств являются психические расстройства, которые поддаются лечению. С целью сравнения показателей частоты самоубийств в различных странах используется показатель «уровень самоубийств», т.е. количество самоубийств на 100 тыс. населения. В мире данный показатель, в среднем, составил в 2018 году 14-15 чел. на 100 тыс. населения. По данным ВОЗ, уровень самоубийств наиболее высок в странах Восточной Европы, самые низкие показатели зарегистрированы в странах исламского мира.

Статистика показывает, что страны с самыми высокими показателями самоубийств в мире различны по географическому местонахождению [6,7]. Например, в 2018 г. в пятерку лидеров вошли восточноевропейская страна Литва (31,9 самоубийств на 100 тыс. населения), восточноевропейская страна Россия (31 на 100 тыс.), южноамериканская страна Гайана (29,2 на 100 тыс.) и азиатская страна Южная Корея (26,9 на 100 тыс.). В ряде других восточноевропейских стран также отмечается высокий уровень самоубийств, например, в Беларуси – 26,2 самоубийств на 100 тыс. населения.