

УДК 613.863:613.6

Медицинская психология

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ ШИЗОФРЕНИЯ (ОБЗОРНАЯ СТАТЬЯ)

Карпухин И.Б., Карпухина Е.В., Тимошенко М.В., Зыкова Е.Д., Малюгина П.Н., Виноградова Ю.А., Мажухин С.А., Шепель Б.О., Алескерова Э.Э.

В статье рассматриваются вопросы касающиеся качества жизни пациентов с диагнозом – шизофрения. Приводится определение качества жизни (ВОЗ), обсуждаются методы его оценки; например, опросник качества жизни - WHOQOL-100 (ВОЗ К Ж-100). Рассматриваются вопросы комплаентности, биологической и психореабилитационной помощи, феномен самостигматизации больных. Отмечается достаточно низкий уровень качества жизни и социальной активности в обществе у пациентов с шизофренией. Приводится взаимосвязь качества жизни с такими параметрами как длительность заболевания, финансовое обеспечение, семейное положение, характер профессиональной занятости. Обсуждаются современные подходы к психофармакотерапии, место в ней типичных и атипичных нейролептиков, влияние их на качество жизни. Обсуждается переход от патерналистского подхода при лечении данного контингента к «партнерским отношениям». Качество жизни рассматривается, как один из критериев качества оказания психиатрической помощи.

Ключевые слова: шизофрения, качество жизни, комплаентность, психосоциальная реабилитация.

QUALITY OF LIFE FOR PATIENTS DIAGNOSED WITH SCHIZOPHRENIA (REVIEW ARTICLE)

Karpukhin I. B., Karpukhina E. V., Timoschenko M.V., Zyкова E. D., Malyugina P.N, Vinogradova J. A., Mazhukhin S. A., Shepel B. O., Aleskerova E. E.

The article deals with issues related to the quality of life of patients with a diagnosis of schizophrenia. The definition of quality of life (WHO) is given, methods for its assessment are discussed; for example, the quality of life questionnaire - WHOQOL-100 (WHO TO W-100). The issues of compliance, biological and psycho-ablative care, the phenomenon of self-stigmatization of patients are considered. There is a rather low level of quality of life and social activity in society of patients with schizophrenia. The relationship of quality of life with such parameters as the duration of the disease, financial security, marital status, the nature of professional employment, is given. The modern approaches to psychopharmacotherapy, the place in it of typical and atypical neuroleptics, their influence on the quality of life are discussed. The transition from the paternalistic approach in the treatment of this contingent to "partnerships" is being discussed. Quality of life is considered one of the criteria for the quality of mental health care.

Key words: schizophrenia, quality of life, compliance, psychosocial rehabilitation.

Введение.

В наше время специалисты в сфере психиатрии обращают внимание на отношение больного к своему психическому состоянию, а также на качество жизни своих пациентов. Рассмотрение вопроса о качестве жизни вызывает определенные трудности у психиатров со стороны оценки субъективных критериев и носит специфический характер. Поэтому вопрос об оценке успешности лечения, реабилитации и дальнейшем нахождении пациента в социуме носит острый характер. Во многих странах актуальность данной проблемы оценивается как одна из значимых, в связи с этим необходимо рассмотреть понятие «качество жизни». По определению ВОЗ: «качество жизни - личное ощущение его или ее

роли в жизни, в культуральном контексте и с позиции индивидуальной системы ценностей, а также его или ее отношение к целям, ожиданиям, критериям и социальным взаимоотношениям». [4] Изучение уровня качества жизни актуально и активно изучается не только при психической, но и при соматической патологии. [5] Оценить уровень качества жизни в психиатрической практике достаточно сложно, потому что необходимо различать психопатологические проявления и психические реакции на заболевание. [3]

Качество жизни у пациентов с диагнозом шизофрения.

Шизофрения считается одним из самых часто встречающихся психических расстройств в современном обществе, при этом в лечении данного заболевания используется биологическая терапия с психосоциальной реабилитацией. Начало заболевания приходится на возраст у женщин 25-30 лет, у мужчин 18-25 лет. В наиболее часто встречающихся случаях заболевание носит хронический характер, протекающий с частыми рецидивами, с постепенно нарастающими, грубыми изменениями личности, что ведет к инвалидизации пациента. Однако примерно одна треть пациентов, которая получала своевременную адекватную терапию и психосоциальную реабилитацию, входит в группу «социального выздоровления» или относятся к пациентам, которые вошли в стойкую ремиссию с минимальной симптоматикой. Но мировой проблемой до сих пор остается высокая инвалидизация лиц трудоспособного возраста с данным заболеванием. [10]

Во многих случаях авторы (W. Fenton, S. Blyler, R. Heinsen, Е.Б. Любов) считают, что оценка качества жизни у больных с шизофренией имеет многогранные аспекты, которые индивидуальны для данного заболевания и объясняют это тем, что долговременный прием нейролептиков может дать побочный эффект и привести к снижению комплаентности. При этом возникает потребность в пересмотре назначенного лечения и переходу к нестандартной терапии. С другой стороны, показатели, используемые для оценки качества жизни пациентов с шизофренией, могут охарактеризовать такие важные направления, как тяжесть течения и динамика заболевания, индивидуальные особенности психопатологической симптоматики.

Если рассмотреть две стороны: общественное и личное мнение пациента о психическом заболевании, то одно из первых место займет понятие самостигматизации, которое оказывает огромное влияние на способность адаптации пациентов. Феномен самостигматизации рассматривают, как серию запретов, пересекающийся напрямую с социальной жизнью человека, которые пациент с психопатологией накладывает на свою собственную жизнь, при этом имея чувство неполноценности и несостоятельности в социальной сфере. [11,14]

Во многих отечественных исследованиях оценка качества жизни и его понятие рассматривается как многофакторная, достаточно сложная структура, имеющая в себе такие

аспекты: психическое и физическое здоровье, личностные убеждения, независимость, взаимоотношения с окружающими и оценка характеристик среды, в которой человек находится. Одним из способов оценки качества жизни является международный опросник WHOQOL-100 (ВОЗ К Ж-100), который является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. В его состав входят модули, где фундаментальная основа несет в себе измерение оценки качества жизни людей, которые имеют определенные диагнозы или проживают в особых условиях. [4] При сравнении уровней качества жизни пациентов с шизофренией и здоровых людей с помощью международного опросника WHOQOL-100 (ВОЗ К Ж-100) были выявлены достоверные различия. [10]

По многочисленным исследованиям можно наглядно увидеть, что рассмотренные социально-психологические аспекты качества жизни оцениваются по-разному пациентами и медицинским персоналом, потому что они неодинаково воспринимают и понимают социальные и профессиональные компоненты. Четкое понимание возможно только в том случае, если будет произведен синтез объективных и субъективных сторон вместе. Пациенты с диагнозом шизофрения в большинстве случаев недооценивают нарушения, которые вызвала болезнь. По этой причине они имеют довольно высокую самооценку. [12]

Аспекты качества жизни находят взаимосвязь с такими параметрами как длительность заболевания, финансовым обеспечением, семейным положением, характером профессиональной занятости. При достаточно низком уровне качества жизни и социальной активности в обществе у пациентов с шизофренией обнаруживаются взаимоотношения между характеристиками (субъективно-психологическими, клинико-социальными, половозрастными) и такими параметрами, как фармако-экономический. В дальнейшем, это послужило основанием к разработке социально-реабилитационных мероприятий. По исследованию было выявлено, что сельским жителям были необходимы долгосрочные программы с участием полипрофессиональных бригад, которые вели бы пациента амбулаторно и в стационаре. С точки зрения пожилых лиц акцент необходим в расширении социальных контактов и сетей поддержки с помощью терапевтических сообществ. Для инвалидов свою важную роль играет трудовая реабилитация. Необходимо активное взаимоотношение с государственными учреждениями и общественными организациями, которые помогут создать автономность пациента. Для пациентов более младшего возраста и их родственников более актуальны психообразовательные программы, с помощью которых пациенты смогут совладать с собой и распознать начало обострения заболевания. Рассмотрев пациентов по половому различию, можно сказать, что пациентам женского пола необходимо восстановление стиля семейных отношений, чтобы снизить нагрузку на семью.

А с другой стороны, мужчины нуждаются в активизации вне семейной среды, в посещениях центра социальной помощи. [8]

Необходимо отметить, что показатели качества жизни достаточно низки у пациентов с параноидной шизофренией, они ниже, чем у пациентов с шизотипическим расстройством. Пациенты с шизоаффективными расстройствами более адаптированы в социуме, это следует из того, что у них имелась более высокая самооценка и оставался сохранным внутренний психический комфорт. [2]

Важным фактором, влияющим на прогноз и качество жизни пациентов с диагнозом шизофрения является раннее выявление симптомов обострения заболевания [1]. В ходе изучения качества жизни пациентов с шизофренией стоит принимать во внимание такой важный фактор как проведение психофармокотерапии, которая несомненно будет оказывать влияние на оценку исследуемыми своего состояния. Так в ходе некоторых работ было выявлено, что отказ от поддерживающей терапии провоцирует увеличение негативной симптоматики, более выраженными представляется дефект личности. Возрастает частота повторных госпитализаций одновременно с укорочением периода ремиссии.

Восприятие качества жизни пациентом снижается в сравнении с ранее данной оценкой, проводимой во время предыдущей госпитализации. Достоверное улучшение в таких блоках международного опросника как «Мышление, обучаемость, память и концентрация внимания», «Сексуальная активность», «Медицинская и социальная помощь», отметили участники исследования, принимающие типичные нейролептики. На фоне приема атипичных нейролептиков нового поколения значительно возросла оценка пациентами качества жизни по отдельным параметрам до средних и высоких показателей, которая удерживалась при динамическом наблюдении. [13] Имеются достоверные сведения о позитивном изменении качества жизни на фоне приема оланзапина в качестве поддерживающей и базовой терапии у пациентов, находящихся на принудительном лечении, что проявлялось в сферах положительных эмоций и жизненной активности. [7]

Пациенты с диагнозом шизофрения подвержены в значительной степени снижению уровня качества жизни [10], очевидно, что пациенты быстро теряют связи с социумом, контакты с близкими людьми, способность самообслуживания (снижается профессиональная деятельность, теряется способность организовать досуг и повседневный быт). [4] По показателям качества жизни можно оценить эффективность лечения, назначенного врачом. С учетом полученных данных необходимо организовывать психиатрическую службу и полученные результаты использовать при психосоциальной реабилитации.

Заключение.

Таким образом, необходимо подчеркнуть, что проблема качества жизни людей с диагнозом шизофрении остается в настоящий момент достаточно актуальной. Введение определения «качества жизни» помогает больному быть участником терапии, что объясняется переходом к принципу партнерства, это в свою очередь способствует повышению чувства ответственности за свое поведение и исходы лечения [6,9].

Литература

1. Аведисова А.С., Ястребов Д.В., Касимова Л.Н., Валеева А.М., Бочаров А.В., Захарова К.В. Ранние симптомы обострения шизофрении: изучение точки зрения пациентов, их родственников и врачей // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. – Т. 112, № 12. – С. 4-10.
2. Андропова Н.В., Генайло С.П. Качество жизни у больных параноидной шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Оригинальные исследования 2007. С.63-65.
3. Жукова О.А., Кром И.Л., Барыльник Ю.Б. Современные подходы к оценке качества жизни больных шизофренией // Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 3. С. 676–680.
4. Жукова О.А., Кром И.Л. Качество жизни как многофакторный критерий оценки состояния больных шизофренией // Бюллетень медицинских Интернет-конференций 2011. Том 1. № 7. С.35-37.
5. Карпухина Е.В. Лечебная тактика и качество жизни больных с острым коронарным синдромом // Нижегородский Медицинский Журнал. – 2003. - №3-4. – С.61-66.
6. Кирьянова Е. М., Сальникова Л. И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных- важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия № 3 том 20 2010. С.73-75.
7. Кунафина Е.Р. Динамика субъективных показателей социального функционирования и качества жизни в процессе принудительного лечения больных шизофренией старших возрастных групп // Журнал социальной медицинской психиатрии 2007 том 17 № 1. С.47-49.
8. Митрофанова О.И. Качество жизни больных шизофренией в различных группах населения(клиника-социальный и гендерный аспекты) // Вестник новых медицинских технологий 2008г. Том 15 №1. С.70-73.
9. Оруджев Н. Я., Тараканова Е. А. Биопсихосоциальная концепция, качества жизни и реабилитации больных шизофренией. // Казанский медицинский журнал, 2010 г., том 91, № 2. С.264-267.

10. Оценка качества жизни пациентов с шизофренией в зависимости от формы оказания психиатрической помощи / Виноградова Ю.А. [и др.] // Клинический случай: сборник тезисов Научной Сессии молодых учёных и студентов «Медицинские этюды» (Н. Новгород, 21-22 марта 2018 г.). С. 192.
11. Тараканова Е.А., Оруджев Н.Я. Самостигматизация и качество жизни при шизофрении: Корреляционные взаимоотношения // Дальневосточный медицинский журнал 2010 №2. С.78-80.
12. Шадрин В.Н. Связь адаптации пациентов, страдающих простой и параноидной формами шизофрении с качеством их жизни // Journal of Siberian Medical Sciences № 4 - 2007 г.
13. Шадрин И.В., Альшина Е.Н. Качество жизни у больных молодого возраста, перенесших первый эпизод шизофрении // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2008, № 4. С.28-34.
14. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse // Journal of Health and Social Behaviour. - 1997. - Vol. 38. - P. 177-190.

-
- 1 Карпухин Иван Борисович, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: karpuhin@rambler.ru
 - 2 Карпухина Елена Владимировна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской и поликлинической терапии, ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: alenakarp@rambler.ru
 - 3 Тимощенко Михаил Владимирович, студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: mixan3@gmail.com
 - 4 Зыкова Екатерина Дмитриевна, студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: cati-angel@mail.ru
 - 5 Малюгина Полина Николаевна, студент 5 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: polina-m17@mail.ru
 - 6 Виноградова Юлия Андреевна, студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: julia_sport1@icloud.com
 - 7 Мажухин Сергей Андреевич, студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: mazhuhin2013@yandex.ru
 - 8 Шепель Богдан Олегович, студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: bogdan-shepel@yandex.ru

9 Алескерова Эльнура Эhtiбар Кызы, студент 6 курса лечебного факультета ФГБОУ ВПО «Приволжский исследовательский медицинский университет», e-mail: rolina-m17@mail.ru
