

УДК 616.895.8-008.441.44/45:316.47

А.Н. Бачериков, И.Г. Мудренко

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ С АУТОАГРЕССИВНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ВО ВРЕМЯ ПЕРВОГО ЭПИЗОДА ШИЗОФРЕНИИ

Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины, Сумской государственный университет

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, манифест шизофрении, качество жизни

Шизофрения является одной из важных проблем психиатрии. Данная проблема приобрела большое значение в последнее время в связи со значительным ростом количества самоубийств в высокоразвитых странах мира. В Украине количество суицидов составляет 29 на 100000 населения. Как причина смерти суициды занимают 4-е место, после несчастных случаев, онкологических и кардиологических заболеваний [1].

Особую актуальность приобрела данная проблема в условиях нынешней сложной социально-экономической ситуации в стране, когда больные шизофренией оказались наиболее незащищенными слоями населения. В соответствии с теоретической концепцией А.Г. Амбрумовой, суицидальное поведение является следствием социально-психологической дезадаптации в условиях нерешенного микросоциального конфликта, в связи, с чем следует уделить наибольшее внимание повседневным переживаниям индивида, реальным конфликтным ситуациям в жизни человека, которые являются мотивами самоубийств [2]. Причины суицидального поведения у больных шизофренией, те же, что и у других групп суицидентов: конфликтные отношения с родными, про-

фессиональные конфликты, отсутствие работы, одиночество. Психогенными факторами могут быть реалистическая оценка тяжести своего состояния, понимание несоответствия своих возможностей жизненным целям, осознание прогрессирования заболевания. Провоцировать аутоагрессии могут неправильное и несвоевременное оказание психиатрической помощи [3].

В последнее время в психиатрической практике все большую значимость приобретает использование концепции качества жизни для интеграции переживаний больных, которые связаны с болезнью, субъективной оценки пациентами качества их жизни [4].

В связи с выше изложенным существует необходимость в изучении параметров качества жизни у пациентов с первым эпизодом шизофрении, которые имеют сопряженность в совершении ими аутоагрессивных действий.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей качества жизни у пациентов с выраженным суицидальным риском на основании сопоставления с аналогичными данными у пациентов с первым эпизодом шизофрении без суицидального риска.

Материал и методы исследования

Из имеющихся методик для оценки качества жизни целесообразно использование метода, позволяющего проводить изучение интегративного показателя качества жизни, как с субъективной, так и с объективной точки зрения, т. е. с позиции самих пациентов, кого-либо из родственников и врачей по отношению к пациентам. Именно этим требованиям отвечает метод оценки интегративного показателя качества жизни, разработанный в 1999г. Mezzich J., Cohen N., Ruizperez M., Liu., Yoon G. et al. [5] Данная мето-

дика охватывает три основных компонента качества жизни: 1) субъективное благополучие/ удовлетворенность – шкалы «Физическое благополучие», «Психологическое/ эмоциональное благополучие», «Общее восприятие качества жизни»; 2) исполнение социальных ролей – шкалы «Самообслуживание и независимость действий», «Межличностное взаимодействие», «Личностная реализация», «Работоспособность»; 3) внешние жизненные условия – шкалы «Социо-эмоциональная поддержка», «Обще-

ственная и служебная поддержка», «Духовная реализация».

Настоящая работа основана на изучении 100 пациентов с манифестным психозом шизофрении находившихся на лечении в остром психиатрическом отделении Сумского областного психоневрологического диспансера. На основании данных методики «Способ определения суицидального риска» [6] все пациенты были разделены на группу больных с выраженным суици-

дальным риском (основная группа) и на группу сравнения (без наличия, выраженного суицидального риска). У пациентов основной группы риск суицидального поведения был высок и составил $30,31 \pm 4,61$ балла. В контрольной группе средняя оценка составила $18,12 \pm 3,41$ балла, что отражало практически полное отсутствие суицидального риска у этих пациентов при нормативном значении 23 балла. Оценка качества жизни пациентов проводилась до лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Психопатологические проявления манифеста (первого эпизода) шизофрении диагностировались в соответствии с МКБ-10. Контингент больных, в зависимости от клинической картины заболевания, распределился следующим образом: 39 % составили пациенты с параноидной формой шизофрении (F20.0), 26 % - с простой (F20.6). У пациентов с симптомами шизофрении, длящимися менее од-

ного месяца устанавливался диагноз острого полиморфного психотического расстройства с симптомами шизофрении (F23.1). Данная группа составила 35 % от общего количества больных.

Распределение больных с манифестным психозом шизофрении по полу, возрасту, уровню образования, семейному положению, социальному статусу представлено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных с первым эпизодом шизофрении по возрасту, полу, семейному положению, образованию и социальному статусу

		Общее количество больных (n=100)	
		абс. количество	% $\pm m$ %
Возраст	до 20 лет	13	$13 \pm 3,38$
	20-29 лет	55	55 ± 5
	30-39 лет	15	$15 \pm 3,59$
	40-49 лет	13	$13 \pm 3,38$
	более 50 лет	4	$4 \pm 1,97$
Пол	мужской	51	$51 \pm 5,02$
	женский	49	$49 \pm 5,02$
Семейное положение	состоят в браке	16	$16 \pm 3,68$
	разведены	22	$22 \pm 4,16$
	вдовы и вдовцы	10	$10 \pm 3,02$
	не состояли в браке	52	$52 \pm 5,02$
Образование	высшее	16	$16 \pm 3,68$
	среднее спец.	20	$20 \pm 4,02$
	среднее	50	$50 \pm 5,03$
	неполное среднее	14	$14 \pm 3,49$
Социальный статус	рабочие	36	$36 \pm 4,82$
	служащие	8	$8 \pm 2,73$
	студенты	12	$12 \pm 3,27$
	не работающие	44	$44 \pm 4,99$

Как видно из таблицы 1, значимых различий по полу выявлено не было, 83 % составили пациенты трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет), 44 % больных не работали и находились на иждивении своих близких. На момент обследова-

ния у них выявлялось в разной степени выраженности снижение адаптивных возможностей, социальной активности и коммуникативных навыков. В результате болезни у 21 % пациентов ухудшились отношения на работе, 9 %

больных были на грани увольнения. 52 % обследуемых никогда не состояли в браке, 22 % были разведены, 16 % пациентов имели семью, но при этом отмечали нарушения взаимопонимания с близкими. Уровень образования боль-

ных с первым эпизодом шизофрении был невысок, лишь 16 % имели высшее образование.

Нами были изучены психотравмирующие факторы, предшествующие манифестации эндогенного процесса.

Таблица 2

Факторы психической травматизации у больных с первым эпизодом шизофрении

Оцениваемый фактор	Общее количество больных (n=100)	
	абс. количество	% ± m %
Психоэмоциональное перенапряжение	28	28 ± 4,51
Конфликтные отношения в семье	70	70 ± 4,61
Смерть близких	13	13 ± 3,38
Соматические болезни	18	18 ± 3,86
Конфликты на работе	13	13 ± 3,38
Потеря работы	49	49 ± 5,02
Неудовлетворённость материально-бытовыми условиями	34	34 ± 4,76
Отсутствие провоцирующих факторов	23	23 ± 4,23

Как видно из таблицы 2, среди факторов психической травматизации у всех пациентов с первым эпизодом шизофрении преобладали конфликтные отношения в семье (70%). Также наиболее значимыми психотравмирующими факторами для большинства пациентов с первым эпизодом шизофрении были потеря работы (49 %) и, связанная с этим, неудовлетворенность материально-бытовыми условиями (34 %) и психо-эмоциональное напряжение (28 %). Наименее типичными для данной группы пациентов были смерть близких и конфликтные отношения на работе (13 %). Необходи-

мо отметить, что у обследованных психотравмирующие факторы проявлялись как в форме хронических ситуаций, так и острых конфликтов. Родственники настойчиво искали внешние причины болезненного состояния пациентов.

По способу совершения суицидальной попытки больные распределились следующим образом: самоотравления и самопорезы – по 42 %, падения с высоты не зарегистрированы, одна больная легла под поезд (1 %), вычурные попытки (татуировки, склонность к хирургическим вмешательствам, отказ от еды и т.д.) составили 15 %.

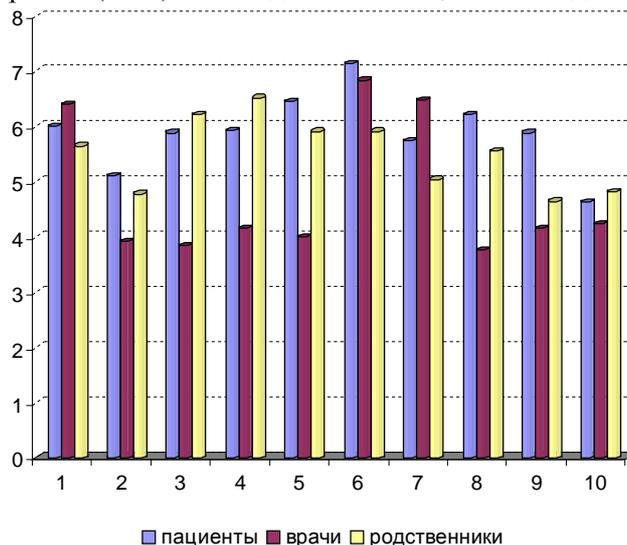


Рис. 1 Сопоставление средних показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении с наличием суицидального риска по их собственным оценкам, оценкам родственников и врачей

Условные обозначения шкал: 1. Физическое благополучие; 2. Психологическое/эмоциональное благополучие; 3. Самообслуживание и независимость действий; 4. Работоспособность; 5. Межличностное взаимодействие; 6. Социо-эмоциональная поддержка; 7. Служебная и общественная поддержка; 8. Личностная реализация; 9. Духовная реализация; 10. Общее восприятие качества жизни.

Так, сопоставление результатов оценок с позиции триалога у пациентов основной и контрольной группы продемонстрировало наличие общих и отличительных особенностей качества жизни пациентов (Рис. 1).

Все пациенты с первым эпизодом шизофрении наиболее низко оценивали шкалы «Психологического и эмоционального благополучия» ($5,10 \pm 2,78$ балла - для основной группы и $6,11 \pm 2,77$ балла - для контрольной группы), «Служебной и общественной поддержки» ($5,75 \pm 3,00$ и $5,88 \pm 2,74$ балла соответственно). Наиболее высоко были оценены показатели «Межличностного взаимодействия» ($6,46 \pm 2,91$ и $6,38 \pm 2,75$ балла соответственно) и «Социо-эмоциональной поддержки» ($7,14 \pm 2,88$ и $7,34 \pm 2,13$ балла соответственно).

Наряду с общими особенностями восприятия качества жизни были выделены отличительные характеристики пациентов с наличием суицидального риска. Так, для больных основной группы характерна большая неудовлетворенность уровнем работоспособности ($p < 0,05$) и общим восприятием качества жизни ($p < 0,01$), что отражалось в некотором снижении всех показателей по сравнению с контрольной группой пациентов.

В оценках родственников пациентов с суицидальным риском отмечалось соответствие восприятия качества жизни с оценками самих больных практически по всем показателям. Родствен-

ники низко оценивали психологическое состояние ($4,78 \pm 2,82$ балла), уровень духовной реализации ($4,65 \pm 2,62$ балла) и общего восприятия качества жизни пациентов ($4,82 \pm 3,11$ балла). Они считали, что их близкие имеют удовлетворительный уровень работоспособности ($6,52 \pm 3,38$ балла), самообслуживания и независимости действий ($6,21 \pm 3,08$ балла), межличностного взаимодействия ($5,91 \pm 3,18$ балла) и общественной поддержки ($5,91 \pm 2,84$ балла). Достоверно отличались взгляды родственников и пациентов только по шкале «Социо-эмоциональной поддержки»: больные шизофренией выше оценивали уровень удовлетворенности данным показателем, нежели это воспринимали их родственники ($p < 0,01$).

С точки зрения врачей больные в манифестном периоде шизофрении с наличием суицидального риска имели неудовлетворительный уровень личностной реализации ($3,76 \pm 1,09$ балла), эмоционального благополучия ($3,92 \pm 1,52$ балла) и независимости действий ($3,84 \pm 1,40$ балла). В то же время более высоко врачи оценивали физическое состояние пациентов ($6,40 \pm 1,75$ балла), уровень социо-эмоциональной ($6,84 \pm 1,06$ балла) и служебной ($6,48 \pm 1,29$ балла) поддержки.

Общим в оценках родственников, пациентов и врачей было то, что все они низко оценивали уровень общего восприятия качества жизни больных и эмоционального состояния и высоко - уровень физического благополучия.

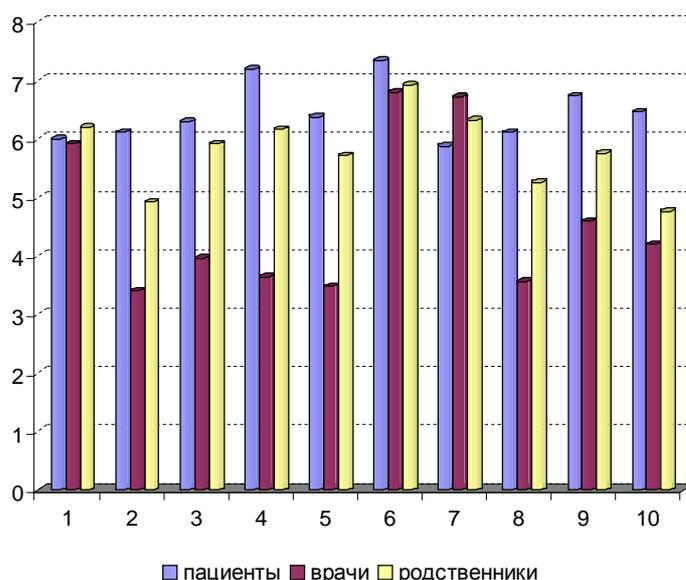


Рис. 2 Сопоставление средних показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска по их собственным оценкам, оценкам родственников и врачей

Условные обозначения шкал: 1. Физическое благополучие; 2. Психологическое/эмоциональное благополучие; 3. Самообслуживание и независимость действий; 4. Работоспособность; 5. Межличностное взаимодействие; 6. Социо-эмоциональная поддержка; 7. Служебная и общественная поддержка; 8. Личностная реализация; 9. Духовная реализация; 10. Общее восприятие качества жизни.

В результате сравнительного анализа показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении с наличием суицидального риска до лечения с позиции триалога были выявлены значимые различия. Как сами пациенты, так и их родственники гораздо выше оценивали такие показатели качества жизни больных как «Самообслуживание и независимость действий» ($p < 0,001$), «Работоспособность» ($p < 0,01$ и $p < 0,005$ соответственно), «Межличностное взаимодействие» ($p < 0,005$ и $p < 0,01$ соответственно) и «Личностная реализация» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), нежели это воспринимали врачи. При этом больные с шизофренией выше, чем врачи и родственники, оценивали удовлетворенность духовной реализацией ($p < 0,005$), в то время как врачи более высоко оценивали уровень служебной и общественной поддержки, нежели ее воспринимали сами пациенты ($p < 0,025$), что свидетельствует о неадекватной оценке ситуации пациентами, снижении критики, недооценке помощи со стороны коллег, родственников и друзей.

Сопоставление результатов пациентов контрольной группы, их родственников и врачей продемонстрировали наличие общих и отличительных особенностей показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска (Рис.2).

Так, пациенты без суицидального риска были больше всего неудовлетворены наличием оказываемой служебной и общественной поддержки ($5,88 \pm 2,74$ балла), физическим состоянием ($6,00 \pm 2,22$ балла) и эмоциональным благополучием ($6,11 \pm 2,77$ балла), а также уровнем личностной реализации ($6,11 \pm 2,53$ балла). При этом наиболее высокие оценки отмечались по показателям удовлетворенности социо-эмоциональной поддержкой ($7,34 \pm 2,13$ балла) и работоспособностью ($7,19 \pm 2,13$ балла).

Так же как и в основной группе, отмечалась общность восприятия качества жизни родственниками и пациентами практически по всем показателям. Так, по мнению родственников, их близкие имели неудовлетворительное психологическое ($4,92 \pm 2,69$ балла) и физическое состояние ($5,20 \pm 2,79$ балла), уровень личностной ($5,28 \pm 2,89$ балла) и духовной реализации ($5,76 \pm 2,53$ балла), что, с их точки зрения, сказывалось на снижении общего восприятия качества жизни ($4,76 \pm 2,61$ балла). Родственники пациентов выше оценивали уровень оказываемой больным эмоциональной ($6,92 \pm 2,32$ балла) и служебной ($6,32 \pm 2,19$ балла) поддержки, а также уро-

вень работоспособности ($6,16 \pm 2,80$ балла). Достоверно отличались взгляды родственников и пациентов только по шкале «Общего восприятия качества жизни»: больные шизофренией без суицидального риска выше оценивали уровень удовлетворенности данным показателем, нежели это воспринимали их родственники ($p < 0,01$).

С точки зрения врачей больные с первым эпизодом шизофрении, без суицидального риска имели неудовлетворительное психологическое состояние ($3,40 \pm 1,47$ балла), плохое межличностное взаимодействие ($3,48 \pm 1,35$ балла), уровень личностной реализации ($3,58 \pm 1,38$ балла) и ощущали недостаток независимости действий ($3,96 \pm 1,64$ балла) и работоспособности ($3,64 \pm 1,57$ балла). В то же время более высоко врачи оценивали уровень удовлетворенности пациентов эмоциональной ($6,80 \pm 1,32$ балла) и служебной ($6,72 \pm 1,54$ балла) поддержкой.

Общим в оценках родственников, пациентов и врачей было то, что все они достаточно высоко оценивали уровень состояния физического здоровья, а также социальной, эмоциональной и служебной поддержки.

В результате проведенного сравнительного анализа показателей качества жизни больных с первым эпизодом шизофрении без наличия суицидального риска с позиций больных, их родственников и врачей выявлены значимые различия в их оценке. Как сами пациенты, так и их родственники гораздо выше оценивали такие показатели качества жизни как «Психологическое и эмоциональное благополучие» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), «Самообслуживание и независимость действий» ($p < 0,00025$ и $p < 0,01$ соответственно), «Работоспособность» ($p < 0,0001$ и $p < 0,0025$ соответственно), «Межличностное взаимодействие» ($p < 0,0001$ и $p < 0,0005$ соответственно) и «Личностная реализация» ($p < 0,0001$ и $p < 0,01$ соответственно), нежели это воспринимали врачи. При этом больные с шизофренией выше, чем врачи и родственники, оценивали удовлетворенность духовной реализацией ($p < 0,0001$) и общее восприятие качества своей жизни ($p < 0,0001$).

ВЫВОДЫ

1. Большинство пациентов с первым эпизодом шизофрении имели неблагополучие в какой-либо сфере жизни (семейной, служебной), которое постепенно ухудшало эмоциональное состояние, а острая конфликтная ситуация непосредственно способствовала манифестации шизофренического процесса. Полученные данные отражают, что пациенты данной группы в силу

психопатологических особенностей не в состоянии своевременно и адекватно оценить обстановку, окружение, отношения в семье или на работе.

2. Общим для всех пациентов с первым эпизодом шизофрении явилось наличие более низких оценок врачей в сравнении с оценками родственников и особенно пациентов, что указывает на неадекватность восприятия основных аспектов качества жизни больными, а также на недооценку и недостаточно критическое отношение к своему состоянию.

3. Неравномерность оценок пациентов отражает амбивалентность их отношений в социальной сфере: с одной стороны неудовлетворенность общественной поддержкой и снижение удовлетворенности собственным эмоциональным состоянием, а с другой, - наличие удовлетворенности социальными контактами и эмоциональной поддержкой.

4. В оценке врачами исходного качества жизни

больных шизофренией основной акцент делался на нарушения их психологического, эмоционального благополучия и связанных с ними межличностных взаимодействий, ведущих к недостаточной личностной и духовной реализации, снижению уровня самообслуживания, независимости действий и работоспособности, что, негативно отражалось на общем восприятии качества жизни.

5. Выявлена общность в оценках качества жизни родственников и больных, что может свидетельствовать о личностной измененности родственников пациентов, особенностях функционирования семей больных шизофренией и, безусловно, наследственной природе заболевания.

6. Отличительной особенностью показателей качества жизни у пациентов с суицидальным риском явилось равномерное снижение оценок по всем шкалам, по сравнению с контрольной группой.

А.М. Бачеріков, І.Г. Мудренко

ОСОБЛИВОСТІ ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ПІД ЧАС ПЕРШОГО ЕПІЗодУ ШИЗОФРЕНІЇ

Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України, Харків, Сумський державний університет

Ціллю даного дослідження було вивчення показника якості життя у хворих з першим епізодом шизофренії. Нами обстежено 100 пацієнтів. Основну групу склали хворі з високим ризиком самогубства, контрольну - пацієнти з відсутністю суїцидального ризику. Вивчені особливості статі, віку, сімейного стану, соціального статусу обстежених. Виділені фактори психічної травматизації хворих. Проведена порівняльна оцінка сприйняття якості життя з позиції діалогу у двох групах хворих (основній та контрольній). На основі отриманих даних зроблені висновки про ряд специфічних відмінностей якості життя у хворих з високим суїцидальним ризиком під час маніфесту шизофренії та особливості функціонування їх сімей. Підкреслена важливість оцінки якості життя з метою оцінки клінічної картини у даного контингенту хворих. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 26-31)

A.N. Bachericov, I.G.Mudrenko

INDEX PECULIARITIES OF LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOUR DURING THE FIRST EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

Institute of neurology, psychiatry, and narcology of AMS Ukraine, Charkiv, Sumy State University

The aim of the given research is to investigate the life quality index of patients with the first episode of schizophrenia. We inspected 100 patients. The main drop consist of patients with high suicidal risk, the control group consist of patients without suicidal risk. The peculiarities of gender, age, merital status, social status of patients are examined. Factor of mental traumatism of patients are singled out. Comperative assessment of life quality perception from the position of trialogue in two patients groups (main and control) is done. On the basis of received data the conclusions , about a series of specific differences of life quality of patients with high suicidal risk during schizophrenia manifest and peculiarities of their families functioning are made. The importance of life quality assessment with the aim of clinical picture assessment of the given patient contingent is emphasized. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 26-31)

Литература

1. Barrero S.P. Suicide: an avoidable tragedy. Advances in psychiatry / Ed: Christodoulov G. N., - Beta Medical Publisher, 2002.- P.205-209.
2. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения. В кн.: Актуальные проблемы суицидологии. - М., - 1978. - С.40-52.
3. Ласый Е.В. Суицидальные попытки больных шизофренией и близкими к ней расстройствами // Медицинские новости. - 2000. - №1. - С.57
4. Марута Н.О., Бахтеева Т.Д., Панько Т.В. Особливості показника

якості життя у жінок, хворих на невротичні розлади // Український вісник психоневрології. - 2003. - Том 11, вип. 4 (37). - С.65-67.

5. Mezzich Juan E., Cohen Neal, Liu Jason, Ruiperez Maria, Yoon Gihyon, Iqbal Saeed, Perez Carlos: Validation of an efficient quality of life index: Abstracts of the XI World Congress of Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". - Hamburg, Germany, 6-11 August 1999. - P. 427-428.

6. Гавенко В.Л., Синайко В.М., Мангуби В.А., Соколова И. М. Способ определения суицидального риска. - Пат. № 40454А Украины от 16.07.2001. Заяв. № 2001021010 от 13.02.2001.

Поступила в редакцию 18.03.2007