

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

А.П. Филимонов, Б.Ю. Володин

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова

В последние десятилетия понятие «качество жизни» приобретает все большее значение в медицине и в психиатрии, в частности. Многочисленные исследования показывают, что психические расстройства вызывают значительное ухудшение всех параметров качества жизни. На ее оценку у лиц с психическими расстройствами значительно влияет психопатологическая симптоматика, пол, уровень самооценки, длительность наблюдения в психоневрологических учреждениях, риск потери места работы, стигматизация, склонность к социальной изоляции. Данные особенности могут использоваться для планирования и оценки работы психиатрической службы.

Ключевые слова: качество жизни, психические расстройства.

По данным ВОЗ психические расстройства в настоящее время имеют существенный удельный вес в структуре хронически болезней и являются тяжелым бременем не только для служб здравоохранения, но и общества в целом. Так, согласно этим данным, в большинстве стран около 10 % населения страдают различными формами психических заболеваний [10].

Первый документированный случай использования термина «качество жизни» (КЖ) в медицинском журнале можно обнаружить в «Annals of Internal Medicine» за 1966 год, где J.R. Elkinton опубликовал статью под названием «Медицина и качество жизни» о проблемах трансплантационной медицины [20]. Однако по прошествии стольких лет в научной среде так и не сформировалось единое мнение о понятии «качество жизни» [7]. Основные расхождения во мнениях заключаются в вопросе о приоритете субъективной и объективной оценки. Так, ряд авторов считает, что КЖ определяется «восприятием человека своей жизни», «ощущением благополучия и удовлетворенности, испытываемое людьми, находящимися в определенный момент в тех или иных условиях» [21]. Другие исследователи проблемы считают, что под качеством жизни следует понимать соответствие идеального представления о жизни реально существующей ситуации, т.е. совпадение целей, ожиданий и стандартов человека с особенностями его жизненных условий [17].

Качество жизни, по определению ВОЗ: «восприятие индивидуумом его положения в жизни в контексте культуры и системы ценностей, в которых индивидуум живет, и в связи с целями, ожиданиями, стандартами и интересами этого индивидуума» [11]. Другими словами КЖ – это субъективный критерий физического, психологического и социального благополучия человека [13].

Сложившиеся ранее критерии эффективности лечения и исходов заболевания, основанные на традиционных показателях – средней продолжительности жизни, смертности, сегодня перестали удовлетворять. Подобная оценка лечения не дает возможности определить его влияние на КЖ больных, что приводит к нарушению соответствия в оценке эффективности лечения, даваемой врачом и пациентом. В связи с этим в настоящее время все чаще делается акцент на целесообразность оценки КЖ больных [12]. Во многих странах в национальные медицинские программы включен этот показатель как один из критериев эффективности тактики здравоохранения [13].

В связи с развитием социальной психиатрии в последние десятилетия интерес исследователей к вопросам качества жизни (КЖ) психически больных значительно вырос [5]. Впервые понятие «качество жизни» начинает использоваться в психиатрии и клинической психологии в восьмидесятые годы XX века. [3, 15] В этот период времени появляются первые работы, посвященные качеству жизни психических больных.

Термин «качество жизни» приобретает в психиатрии особое значение, поскольку параметры, включаемые в измерения КЖ, тесно связаны с психическим здоровьем. В частности, в работах

отечественных психиатров, указывается, что при анализе статуса и течения психического заболевания необходимо учитывать не только собственно клинко-психопатологические особенности, но и социально-психологические факторы [9, 14].

Многочисленные исследования показывают, что психические расстройства вызывают значительное ухудшение всех параметров качества жизни. Их показатели значительно ниже, чем у пациентов с общемедицинскими заболеваниями [14]. Обнаружено также, что каждое психическое заболевание характеризуется специфическими нарушениями определенных параметров качества жизни – при тревожных расстройствах больше всего страдают социальная активность и ухудшается психическое здоровье; при расстройствах пищевого поведения нарушается социальная активность; при аффективных расстройствах происходит ухудшение всех параметров качества жизни [24].

На оценку КЖ лиц с психическими расстройствами значительно влияет психопатологическая симптоматика. Наиболее сильное воздействие оказывает выраженность аффективных расстройств. В частности, депрессивная симптоматика даже при нерезкой выраженности ухудшает качество жизни больных, а маниакальная – способствует его улучшению [19]. Например, по данным А.С.Ломаченкова и В.В.Васильева (2000), пациенты общесоматических поликлиник с впервые выявленной депрессией обнаруживают более низкие показатели качества жизни по сравнению с больными без депрессивных расстройств [8]. Значительное влияние на КЖ оказывают также невротические, тревожные расстройства и нарушения сна.

Показатели качества жизни пациентов с психическими расстройствами, хотя в определенной степени и зависят от клинко-психопатологических особенностей заболевания, во многом определяются другими факторами. По данным ряда авторов удовлетворенность качеством жизни зависит от пола, длительности наблюдения в психоневрологических учреждениях, уровня самооценки и самореализации [18]. Существенно так же влияние лечебных программ, в том числе психофармакотерапии [25]. Если «качество жизни» уравнивать с «субъективным благополучием», тогда после кратковременной лекарственной терапии можно было бы наблюдать «изменения качества жизни». Однако, если рассматривать при этом выполнение социальных ролей, понятно, что лекарственные препараты не могут привести к быстрому улучшению. Наконец, если иметь в виду улучшение социальной поддержки и условий жизни, скорее всего, пройдет намного больше времени и потребуются вмешательства, отличные от психофармакологических. Чрезвычайно значимыми в этом отношении представляются условия оказания психиатрической помощи. Существенное значение придается ощущению пациентами своей независимости, в частности при различных формах психиатрического обслуживания (в стационаре или экстремурально), отличающихся уровнем предоставляемой автономности [24]. Так, G. Shepherd (1996) выявил более низкую удовлетворенность отдельными сферами жизни у госпитализированных лиц по сравнению с пациентами, проходящими амбулаторное лечение, хотя показатели качества жизни «в целом» у них были сопоставимы. В наибольшей степени больных удручали плохие условия содержания, изоляция и высокая степень зависимости от персонала [23].

По данным А.Ф.Лехман (1997), лица с частыми госпитализациями не отличались по показателям качества жизни от амбулаторных пациентов (за исключением удовлетворенности семейными отношениями – этот показатель более высокой у пациентов, проходящих лечение во внебольничных условиях) [21].

Возможно, данные результаты объясняются снижением уровня потребностей пациентов, длительно проходящих стационарное лечение [11]. Кроме того, у этой категории потребителей психиатрической помощи нередко наблюдается слабая мотивация к изменению своего положения [19]. Относительно высокие показатели качества жизни в этих случаях являются, по мнению авторов, своеобразной психологической защитой, позволяющей сохранить удовлетворительную самооценку. При выписке таких пациентов может отмечаться снижение показателей их удовлетворенности жизнью. Так, по данным американских исследователей, удовлетворены жизнью только около половины (42 % – 56 %) лиц с хроническими психическими расстройствами, выписанных из стационара, что значительно ниже, чем в общей популяции [16]. Близкие цифры были получены и в отечественных исследованиях: удовлетворенность жизнью «в целом» высказывали лишь 48 % диспансерного контингента пациентов [15].

Отрицательно сказываются на качестве жизни потребителей психиатрической помощи склонность их семей к социальной изоляции и отрицательное отношение родственников пациента

к результатам лечения, отражающее непонимание сущности заболевания и отсутствие критики к имеющимся психопатологическим расстройствам [6]. Вместе с тем, нельзя не учитывать, что 50 % – 80 % лиц с хроническими психическими расстройствами живут в семьях [1, 15]. Так, по данным А.Б. Шмуклера (1995), хотя лишь 25 % больных с тяжелыми, стойкими и часто обостряющимися психическими расстройствами состоят в браке, а более 40 % пациентов никогда не были замужем или женаты, более 2/3 диспансерного контингента психически неполноценных лиц проживают в семьях – как правило в родительских или семьях взрослых детей [15]. При этом, хотя в большинстве случаев пациенты занимают в семье зависимое положение, а отношения с родственниками зачастую достаточно сложные, семья оказывает лицам с психическими расстройствами максимальную поддержку, нередко в значительной степени маскируя их несостоятельность [1].

Следует отметить, что лица с психическими расстройствами относятся к группе риска потери работы. По данным А.Б.Шмуклера (1996), среди лиц трудоспособного возраста, состоящих под диспансерным наблюдением, работают менее половины; пациенты, изменившие место работы, в преобладающем числе случаев сделали это вынуждено, в частности, они становились одними из первых жертв различных производственных реорганизаций [15]. Это, в свою очередь, привело к наблюдаемому в последние годы росту первичной инвалидности среди лиц, страдающих психическими расстройствами [4].

Значительно ухудшает качество жизни таких пациентов такое явление как стигма психически больного. Из-за опасений, что констатация психической патологии повлечет за собой социальные ограничения, многие больные настойчиво отказываются от обращения за медицинской помощью в психиатрические учреждения [2]. В связи с этим часто наблюдается несвоевременное выявление психических нарушений, а значит увеличение числа запущенных в отношении диагностики и лечения случаев [3].

Таким образом, на сегодняшний день показатели качества жизни все чаще рассматриваются как итоговые, позволяющие оценить результаты терапевтического вмешательства на уровень социального восстановления и психологического комфорта. Эти показатели используются для оценки особенностей психопатологической симптоматики, ее динамики, тяжести заболевания, а также при учете эффективности проводимой терапии [5].

В целом, данные характеристики отражают качество психиатрической помощи и могут использоваться в организации здравоохранения для планирования и оценки работы психиатрической службы [22]. В то же время проблема качества жизни психических больных остается на сегодняшний день недостаточно изученной. По нашему мнению изучение качества жизни таких пациентов, через их субъективную оценку удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности, является актуальной и важной проблемой для клинической практики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Болдырев А. И. Социальный аспект больных эпилепсией/ Болдырев А. И. // М., 1997. - С. 208.
2. Гурович И. Я. Взаимодействие общемедицинской и психиатрической помощи и стигма психиатрических расстройств / Гурович И. Я. // Рус. мед. журн., 2001. Т. 9. № 25.
3. Гурович И.Я. Социальное функционирование и качество жизни психических больных / Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Шашкова Н.Г. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - Т.4, № 4.- С.38-45.
4. Гурович И.Я. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, Л.И.Сальникова. // М.: ИД Медпрактика, 2002. – С. 180.
5. Дмитриева Т.Б. Социальная психиатрия: современное представление и перспективы развития / Дмитриева Т.Б., Положим Б.С. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. - 1994. - № 2. - С. 39-49.
6. Зайцев В.В. Влияние семейных отношений на социальную адаптацию и качество жизни больных шизофренией / В.В Зайцев // Автореф. дис. канд. мед. наук.-СПб., 1999.- С. 23.
7. Логвинович Г.В. Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении. / Логвинович Г.В., Семке К.Ц.// Томск, 1995. – С. 212.
8. Ломаченков А.С. Динамика показателей качества жизни у больных с впервые выявленной депрессией в общемедицинской практике А.С.Ломаченков, В.В.Васильев // Качество жизни в психоневрологии. - СПб, 2000. - С. 79-80.

9. Орлов, В.А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине: Научный обзор / В.А.Орлов, С.Р.Гиляревский.// М., 1992. – С. 66.
10. Ротштейн В.Г. Эпидемиология шизофрении с преобладанием бредовых расстройств / В.Г.Ротштейн // Дис. д-ра мед. наук. – М., 1985.
11. Солохина, Т.А. Качество жизни потребителей психиатрической помощи / Т.А.Солохина, В.Г.Ротштейн, В.С.Ястребов // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. - М, 1999. - С.206-220.
12. Степура О.Б. Качество жизни больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. / Степура О. Б., Пак Л. С, Акатова Е. В.// Кардиология 1998; 10: 62-65.
13. Сулаберидзе Е.В. Проблемы реабилитации и качества жизни в современной жизни. / Сулаберидзе Е.В.// Рос. мед. журн. 1996; 6: С. 9-11.
14. Тиганов, А.С. Круглый стол. Качество жизни: методологические проблемы и перспективы исследования / А.С.Тиганов // Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология. – М., 1994. – С. 166-180.
15. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия "качество жизни" в психиатрии / Шмуклер А.Б. // Социальная и клиническая психиатрия. - 1996, - Т 6, № 1. С. 100-104.
16. Allen J. Relationship between substance abuse severity indicators and cognitive performance in a dual-diagnosis population/ Allen J. // Brit. J.Neurophychiat. and Clin. Neurosis, 1999. - №1. – P. 144.
17. Amir M. The World Health Organization quality of life assessment/ Amir M. // Europ. Psychiat. - 2004. - Vol. 9, Suppl. 1. - P. 68.
18. Atkinson M. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. / Atkinson M., Zibin S., Chuang H. // Am J Psychiat 2005; 154(1). P. 99-104.
19. Bedürfnisorientierte Psycho- und Soziotherapie in einer Tagesklinik. / Amering M. [et al.] // Fortschritte der Neurologie Psychiatrie 1996, Sonderheft 1: 2Bell I.R. Toxicology and Industrial Health 1994; 10: P. 277-312.
20. Elkinton J. Medicine and the quality of life. / Elkinton J // Annals Int Med 1966, 64: P. 711-714.
21. Lehman A.F. Instruments for measuring quality of life in mental illness / Lehman A.F. // Quality of life in mental disorders / Edited by H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius (eds.). - Chichester, 1997.
22. Mechanic D. Organization of a care and quality of life of persons with a serious and persistent mental illness. / Mechanic D. //In Quality of life in mental disorders. Edited by Katschnig H, Freeman H, Sartorius N. Chichester: John Wiley & Sons; 2007.
23. Residential care in hospital and in the community - quality of care and quality of life / Shepherd G. [et al.] // Brit. J. Psychiat. - 1996. - Vol.168, Apr. - P.448-456.
24. Spitzer R. Health related quality of life in patients with mental disorders according to research in primary care II / Spitzer R., Kroenke K., Linzer M. //JAMA. - 1995. -№274.- P.1511-1517.
25. Wagstaff A.J. Clozapin. A review of its pharmacological properties and therapeutic use in patients with schizophrenia who are unresponsive to or intolerant to classical antipsychotic agents. / Wagstaff A.J., Bryson H.M. // CNS Drugs 1996; 4(5): P. 370-400.

THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

A.P. Filimonov, B.Y.Volodin

Now the conception of Quality of Life is used in medicine very often, and in psychiatry in particular. Many investigations show that the mental disorders lead to strong disturbance of different features of Quality of Life. The psychiatric symptoms, sex, self-esteem, the duration of the disease, the risk of losing job, social stigma and social isolation have a great influence on Quality of Life of psychiatric patients. This information may be used for planning psychiatric service and also for the assessment of this service's results.

Key words: Quality of Life, mental disorders.

Информация об авторах:

Филимонов Александр Павлович - ассистент кафедры психиатрии и психотерапии ФПДО ГОУ ВПО «Ряз.ГМУ Минздравсоцразвития России» Тел. 8-910-643-00-92., E-mail: apfilimonov@yandex.ru

Адрес: 390015, г.Рязань, ул.Беякова, д.33, кв.45;

Володин Борис Юрьевич - доктор медицинских наук, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФПДО ГОУ ВПО «Ряз.ГМУ Минздравсоцразвития России»