

Гелда А.П., Голубович В.В., Горюшкина Е.Г., Гнедько М.Л., Давыденко Е.Н., Калмыкова М.И., Нестерович А.Н., Портнова О.Е., Роменский А.В., Рунец К.Е., Чернецкая Е.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

## Оценка качества жизни пациентами с расстройствами настроения и шизофренического спектра

Состояние здоровья человека и качество его жизни – неразрывные и взаимодополняющие понятия. В контексте страдания человека каким-либо хроническим заболеванием качество жизни (КЖ) как психометрический показатель отражает степень и уровень адаптации человека к болезни и возможность выполнения им привычных функций в соответствии с его социально-экономическим положением. КЖ человека включает основные его составляющие части, подлежащие исследовательской оценке: удовлетворенность своим физическим, психическим и социальным благополучием, способность функционировать в обществе и получать удовлетворение от жизни. КЖ есть понятие скорее субъективное, чем объективное. Тем не менее, измерение критериев КЖ широко применяются в медицине, включая научные исследования – для оценки качества лечения и эффективности реабилитации, оценки эффективности проводимых профилактических мероприятий и пр. [1–4].

**Цель исследования:** изучение основных характеристик качества жизни пациентов, страдающих расстройствами настроения и шизофренического спектра.

**Материалы и методы.** Дизайн исследования – открытое рандомизированное сравнительное проспективное с параллельными группами (пациенты с расстройствами настроения и шизофренического спектра) с ретроспективным клинико-эпидемиологическим исследованием (по архивному материалу) и стандартным структурированным психиатрическим интервью для клини-

ко-нозологической верификации психического расстройства в соответствии с МКБ-10 с дополнением к интервью шкалы краткой психиатрической оценки (BPRS) для психометрического шкалирования формализованной оценки психопатологических нарушений [5], а также с дополнением к протоколу исследования экспериментально-психологической экспресс-методики для оценки качества жизни (NAIF) [1, 4]. Выборки исследования формировались случайным образом из искомой популяции пациентов на базе общепсихиатрических отделений ГУ «РНПЦ психического здоровья» в период времени 01.01.2015–30.04.2015 при добровольном информированном согласии на участие в исследовании в первую – вторую неделю поступления в клинику при соблюдении критериев включения в исследование – возраста старше 16 лет и вне психоза (по всем субшкалам шкалы BPRS оценка симптомов не выше 6 баллов). Пациенты с сопутствующими диагнозами по осям I–II и с хронической соматической и неврологической патологией в исследование не включались. Стандартизация исследования обеспечивалась заполнением специально разработанного регистрационного бланка, в который вносились искомые исследовательские показатели.

#### **Статистическая обработка материалов исследования**

Выборка исследования представлена 103 пациентами: 45 (43,7%) пациентами с расстройствами настроения (F06.3; F06.4; F06.6; F30–F34; F38) и 58 (56,3%) пациентами с расстройствами шизофренического спектра (F20–F29) в соответствующих средних возрастах  $47,1 \pm 1,7$  года и  $39,1 \pm 1,6$  года ( $p < 0,01$ ;  $t = 3,369$ ).

**Результаты и обсуждение.** В исследуемых выборках пациентов преобладающими случаями встречаемости являлись диагнозы неорганических аффективных расстройств – в выборке пациентов с расстройствами настроения (33/73,3%) и шизофрении (32/55,2%) – в выборке пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра. Отмечены при страдании психическими расстройствами шизофренического спектра более ранний возраст дебюта заболевания (в среднем на 5 лет: в возрасте  $31,0 \pm 2,1$  года по сравнению с возрастом  $46,0 \pm 4,5$  года при страдании расстройствами настроения;  $p < 0,01$  и  $t = 3,046$ ) и значимо больший (на 9,5 года) временной период его течения (соответственно  $12,6 \pm 1,57$  года по сравнению с  $3,1 \pm 1,0$  года;  $p < 0,001$  и  $t = 5,326$ ), а также более высокие оценочные показатели клинической выраженности симптомов по шкале BPRS (усреднено на 8,3 балла:  $42,3 \pm 1,5$  балла по сравнению с  $34,0 \pm 1,0$  балла;  $p < 0,001$  и  $t = 4,604$ ), т.е. психические расстройства шизофренического спектра как более тяжелого клинко-нозологического регистра дебютируют в более молодом возрасте (в среднем на 5 лет раньше:  $31,0 \pm 2,1$  года по сравнению с  $46,0 \pm 4,5$  года при страдании расстройствами настроения;  $p < 0,01$ ) и, соответственно, имеют больший временной период клинического течения

(в среднем на 9,5 лет:  $31,0 \pm 12,7$  лет по сравнению с  $3,1 \pm 1,0$  года;  $p < 0,001$ ), а при обострении заболевания (исключая психотический уровень) – более высокие показатели клинической оценки выраженности симптомов (по шкале BPRS на 8,3 пункта:  $42,3 \pm 1,5$  балла по сравнению с  $34,0 \pm 1,0$  балла;  $p < 0,001$ ).

Для решения целевых задач исследования нами использовалась экспресс-методика NAIF, измеряющая следующие показатели: физическая лабильность, эмоциональное состояние, сексуальная функция, социальные функции, познавательная (когнитивная) функция, экономическое положение и интегральный с перерасчетом балльной оценки показателей КЖ в проценты сохранности функций (95–100% – сохранные функции, до 75% – незначительное снижение, до 50% – умеренное, до 25% – значительное, менее 25% – резко выраженное). Метод получения информации – самостоятельное заполнение пациентом опросника NAIF под контролем исследователя. Материалы исследования сгруппированы и графически представлены на рисунке.



### А – расстройства настроения

### Б – расстройства шизофренического спектра

Примечания:

	А	Б	t
Физическая мобильность	$52,4 \pm 2,7$	$56,1 \pm 2,5$	-1,017
Эмоциональное состояние	$58,6 \pm 3,2$	$68,7 \pm 3,3^*$	-2,190
Сексуальная сфера	$50,6 \pm 3,4$	$70,2 \pm 3,7^{***}$	-3,876
Социальные функции	$46,0 \pm 2,5$	$51,6 \pm 2,3$	-1,644
Познавательная функция	$54,7 \pm 2,8$	$68,0 \pm 2,6^{***}$	-3,466
Экономическое положение	$55,9 \pm 4,8$	$55,2 \pm 4,6$	0,106
Интегральный показатель	$52,3 \pm 2,0$	$60,7 \pm 2,1^{**}$	-2,890

\*\*\*.\*\*\* – в сопоставлении по t-критерию Стьюдента при  $p < 0,05-0,001$  соответственно

### Показатели качества жизни пациентов с расстройствами настроения и шизофренического спектра (%)

Исходя из анализа материалов исследования, следует, что проведенная пациентами с расстройствами настроения субъективная оценка качества их жизни хуже, чем такая же самооценка КЖ пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра (за исключением равной оценки своего экономического положения). Причем по ряду показателей КЖ неравнозначность оценки имеет статистически верифицированные различия. Так, пациенты с расстройствами настроения в противовес пациентам с психическими расстройствами шизофренического спектра свое текущее эмоциональное состояние оценили в 1,2 раза хуже (уровень  $58,6 \pm 3,2\%$  к уровню  $68,7 \pm 3,3\%$ ;  $p < 0,05$  и  $t = 2,190$ ; рисунок), также значимо хуже оценили свои текущие сексуальные возможности (в 1,4 раза ниже уровень самооценки при  $50,6 \pm 3,4\%$  по сравнению с  $70,2 \pm 3,7\%$ ;  $p < 0,001$  и  $t = 3,876$ ) и свое когнитивное функционирование (в 1,2 раза ниже уровень оценки при  $54,7 \pm 2,8\%$  по сравнению с  $68,0 \pm 2,6\%$ ;  $p < 0,001$  и  $t = 3,466$ ). Подобного рода самооценки составляющих показателей КЖ у пациентов с расстройствами настроения в совокупном единении привели к более низкому оценочному интегральному (общему) показателю, который по своему оценочному уровню 1,2-кратно отличался от уровня интегрального показателя в выборке пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра ( $52,3 \pm 2,0\%$  по сравнению с  $60,7 \pm 2,1\%$ ;  $p < 0,01$  и  $t = 2,890$ ). Следует отметить, что в исследуемых выборках с ориентацией на усредненные показатели пациенты как с расстройствами настроения, так и шизофренического спектра свое текущее качество жизни и его составляющих оценивали с позиции умеренного снижения (до 50%) от уровня своего прежнего здоровья. При детальном изучении интегральной оценки КЖ с ориентацией на дифференцированные критерии снижения функций частотность встречаемости в выборках пациентов лиц с незначительным снижением (2,2% лиц в выборке пациентов с расстройствами настроения против 22,4% таких лиц в выборке пациентов с расстройствами шизофренического спектра), умеренным (соответственно 62,2% против 53,4%), значительным (33,3% против 24,1%) и резко выраженным (2,2% против 0%) не являлось явлением случайным ( $p = 0,02$ ;  $\chi^2 = 9,991$ ). В искомым выборках пациентов с оценкой сохранности функций не отмечено. Более критическую оценку нарушения своего качественного жизненного функционирования вследствие страдания психическим расстройством, данную пациентами с расстройствами настроения, следует рассматривать в контексте сопоставления длительности течения заболевания. Обе выборки пациентов по возрастному цензу включения в исследование относятся к лицам среднего возраста ( $47,1 \pm 1,7$  года – в выборке пациентов с расстройствами настроения и  $39,1 \pm 1,6$  года – в выборке с расстройствами шизофренического спектра), но длительность болезни среди пациентов с психическими расстройствами шизофренического спектра на 9,5 лет

дольше ( $12,6 \pm 1,5$  года против  $3,1 \pm 1,0$  года), что позволило им приспособиться к новым условиям жизнедеятельности и жизнеобеспечения и психологически их оценивать как личностно приемлемых, хотя и на сниженном уровне до 61% (по интегральному показателю) по сравнению с периодом жизни до болезни. В то же время для пациентов с расстройствами настроения небольшой период страдания психическим расстройством с явным трендом снижения качества их жизни сохраняет воспоминания об их прежнем, более высоком уровне КЖ и оживляет болезненные переживания утери прежнего уровня жизнедеятельности и жизнеобеспечения, т.е. период длительности болезни в 3 года (как в нашем исследовании) не является достаточным для психологического приспособления к «жизни в болезни», на что и указывают материалы исследования. То есть страдание психическим расстройством ассоциируется с ухудшением качества жизни (в обеих выборках пациентов снижение до 50% от уровня жизнедеятельности и жизнеобеспечения до болезни), но вследствие психологического феномена привыкания к «жизни в болезни», временной период которого значимо продолжительнее при страдании психическими расстройствами шизофренического спектра (на 9,5 лет), субъективная оценка снижения прежнего (до болезни) уровня качества жизни критически более выражена при страдании расстройствами настроения (1,2-кратные различия уровня интегрального показателя:  $52,3 \pm 2,0\%$  по сравнению с  $60,7 \pm 2,1\%$  при самооценке пациентов с расстройствами шизофренического спектра;  $p < 0,01$ ), в том числе включая оценку по таким интегральным составляющим качества жизни, как текущее эмоциональное состояние и когнитивное функционирование (1,2-кратные различия уровней показателей:  $58,6 \pm 3,2\%$  по сравнению с  $68,7 \pm 3,3\%$  при  $p < 0,05$  и  $54,7 \pm 2,8\%$  по сравнению с  $68,0 \pm 2,6\%$  при  $p < 0,001$  соответственно), а также сексуальные возможности (1,4-кратное различие уровня показателей:  $50,6 \pm 3,4\%$  по сравнению с  $70,2 \pm 3,7\%$ ;  $p < 0,001$ ).

**Заключение.** Основные характеристики качества жизни пациентов, страдающих расстройствами настроения и шизофренического спектра, имеют отличительные особенности и опосредуются механизмами психологического приспособления к «жизни в болезни», в свою очередь имеющими причинно-следственную связь с длительностью страдания психическим расстройством. Менее длительный временной период страдания психическим расстройством, как отмечено у пациентов с расстройствами настроения, сопряжен с критически более выраженной субъективной оценкой нарушения качественного жизненного функционирования и жизнеобеспечения вследствие страдания психическим расстройством, что следует учитывать при разработке и практической реализации медико-психологических, реабилитационных, психобразовательных и иных коррекционных программ, предназначенных для пациентов с расстройствами настроения и шизофренического спектра.

---

## **Литература**

1. Методика оценки качества жизни больных и инвалидов. Методические рекомендации / А.Л. Пушкарев и Н.Г. Аринчина. – Минск: БНИИЭТИН, 2000. – 25 с.
2. Психоэмоциональное состояние, когнитивные функции и качество жизни пациентов с бронхиальной астмой / Г.М. Авдей [и др.] // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2014. – № 2 (16). – С. 19–29.
3. Шемет, В.А. Динамика показателей качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией после программы психотерапевтической коррекции нарушений эмоционального интеллекта / В.А. Шемет // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 3 (13). – С. 79–86.
4. Hugenholtz, P.Y. New Assessment and Information Form to Measure Quality of Life / P.Y. Hugenholtz, R.A. Erdman – 1995.
5. Overall, J.E. The Brief Psychiatric Rating Scale / J.E. Overall, D.R. Gorham // Psychological Reports. – 1962. – Vol. 10. – P. 799–812.