

стран мира. В различных странах обнаруживались корреляции между уровнем безработицы и уровнем суицидов [9], однако наиболее тесные связи наблюдались в США, в годы экономической депрессии [8]. Влияние алкогольного опьянения на высоту суицидального риска неоднозначно: оно может повышать вероятность суицидальных действий, в большинстве случаев может свидетельствовать о недостаточной истинности и серьёзности намерений, а также может приводить к завершённым суицидам в силу ослабления критики и контроля над своим поведением [6]. Для Духовницкого и Энгельсского районов ведущим является фактор алкоголизации населения, однако не менее значимым остаётся уровень безработицы. Кроме того, следует обратить внимание на так называемый «эффект накопления» в Аркадакском и Пугачевском районах, когда в один год увеличивался уровень безработицы, на следующий год повышался уровень алкоголизма и затем, как суммарный результат предыдущих годов, резко возрастал уровень суицидов. Вероятно, данный «эффект накопления» соотносится с термином «склонность к контеинированию (накоплению) аффекта», который употребляется в психодинамической практике и предполагает накопление аффекта и блокировку выражения чувств и эмоций [3].

Заключение. Полученные в результате исследования данные о распространённости завершённых и незавершённых суицидов на территории Саратовской области в 2001–2010 гг., а также установленные взаимосвязи между уровнем суицидов, уровнем безработицы и уровнем алкоголизации населения в наиболее неблагополучных районах области дают возможность выделить некоторые предикторы суицидального поведения для конкретного района, которые войдут в так называемую Карту предикторов суицидального риска на территории Саратовской области. Данные критерии позволят разработать направления совершенствования суицидологической помощи на территории области и тем самым снизить уровень суицидов.

Библиографический список

1. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А., Бергельсон Л. Л. Социально-психологическая дезадаптация личности и профилактика суицида // Вопросы психологии. 1981. № 4. С. 25–27.

2. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.
3. Войцех В. Ф. Клиническая суицидология. М., 2008. С. 9–31.
4. Амбрумова А. Г. Индивидуально-психологические аспекты суицидального поведения // Актуальные проблемы суицидологии. М., 1978. С. 44–59;
5. Амбрумова А. Г., Бородин С. В., Михлин А. С. Предупреждение самоубийств. М., 1980. С. 163–164;
6. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. М., 1980. С. 5–19;
7. Дмитриева Т. Б., Положий Б. С. Этнокультуральная психиатрия. М., 2003. 458 с.
8. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. № 149. P. 401–405.
9. Дубравин В. И. Суициды в республике Коми (клинико-социальный и этнокультуральный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2001. 31 с.
10. Войцех В. Ф. К проблеме суицидального поведения // Проблемы организационной и социальной психиатрии. М., 2000. С. 312–313.
11. Войцех В. Ф., Балашова М. Г. Особенности суицидального поведения по данным НИИ «Скорой помощи» им. Н. В. Склифосовского // Проблемы организационной и социальной психиатрии. 2000. С. 313–314.

References

1. Ambrumova A. G., Tihonenko V. A., Bergel'son L. L. Social'no-psihologicheskaja dezadaptacija lichnosti i profilaktika suicida // Voprosy psihologii. 1981. № 4. S. 25–27.
2. Brown J. Suicide in Britain // Arch. Gener. Psychiat. 1979. № 36 (9). P. 1119–1124.
3. Vojceh V. F. Klinicheskaja suicidologija. M., 2008. S. 9–31.
4. Ambrumova A. G. Individual'no-psihologicheskie aspekty suicidal'nogo povedenija // Aktual'nye problemy suicidologii. M., 1978. S. 44–59;
5. Ambrumova A. G., Borodin S. V., Mihlin A. S. Preduprezhdenie samoubijstv. M., 1980. S. 163–164;
6. Ambrumova A. G., Tihonenko V. A. Diagnostika suicidal'nogo povedenija. M., 1980. S. 5–19;
7. Dmitrieva T. B., Polozhij B. S. Jetnukul'tural'naja psihiatrija. M., 2003. 458 s.
8. Platt S. Parasuicide and unemployment // Br. J. Psychiatry. 1986. № 149. P. 401–405.
9. Dubravin V. I. Suicidy v respublike Komi (kliniko-social'nyj i jetnukul'turnyj aspekty): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2001. 31 s.
10. Vojceh V. F. K probleme suicidal'nogo povedenija // Problemy organizacionnoj i social'noj psihiatrii. M., 2000. S. 312–313.
11. Vojceh V. F., Balashova M. G. Osobennosti suicidal'nogo povedenija po dannym NII «Skoroj pomoci» im. N. V. Sklifosovskogo // Problemy organizacionnoj i social'noj psihiatrii. 2000. S. 313–314.

УДК 316.334:616.89

Авторское мнение

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. А. Жукова – ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, аспирант кафедры философии, гуманитарных наук и психологии; **И. Л. Кром** – Институт социального образования (филиал) РГСУ в г. Саратове, руководитель Центра медико-социологических исследований, профессор кафедры социальной психологии, доктор медицинских наук; **Ю. Б. Барыльник** – ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой психиатрии и наркологии, доктор медицинских наук.

MODERN APPROACHES TO LIFE QUALITY EVALUATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

O. A. Zhukova – Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Philosophy, Humanities and Psychology, Post-graduate; **I. L. Krom** – Saratov Institute of Social Education, Head of Centre of Medico-social Research, Professor, Doctor of Medical Science; **Yu. B. Barylnik** – Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry and Narcology, Doctor of Medical Science.

Дата поступления – 25.03.2011 г.

Дата принятия в печать –

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.

В статье качество жизни, релевантное здоровью, рассматривается как оценочная категория состояния субъекта в ситуации болезни, характеризующая параметры всех составляющих его жизни; обсуждаются подходы к оценке качества жизни больных в современной психиатрической практике. Приводятся результаты авторского исследования качества жизни, релевантного здоровью, больных шизофренией. В статье доказывается, что показатели качества жизни и социального функционирования больных, страдающих шизофренией, являются

значительно более низкими, чем в общей популяции. Показатель качества жизни, определённый на основании опросника ВОЗ КЖ-100, дополняя картину болезни, является многофакторным критерием оценки состояния больных в психиатрической практике.

Ключевые слова: качество жизни, психическое здоровье, шизофрения.

Zhukova O.A., Krom I.L., Barylnik Yu.B. Modern approaches to life quality evaluation in patients with schizophrenia // Saratov Journal of Medical Scientific Research. 2011. Vol. 7, № 3. P. 676–680.

The article deals with the quality of life that is relevant to health as the estimated category condition of the subject in the disease situation. This category characterizes the parameters of all components of the patient's life. The approaches to evaluation of the quality of patients' life in contemporary psychiatric practice are discussed. The results of the original research of the quality of life that is relevant to health in patients with schizophrenia are presented. It is proved that the quality of life and social functioning of patients with schizophrenia are significantly lower than in the general population. The index of the quality of life that is defined on the basis of the question list of WHO QOL-100 supplements the disease pattern. It is a multifactor criterion for evaluation of the patient's condition in psychiatric practice.

Key words: life quality, mental health, schizophrenia.

История науки о качестве жизни, релевантном здоровью, начинается с 1947 г., когда профессор Колумбийского университета в США D.A. Камовку опубликовал работу «Клиническая оценка химиотерапии при раке», где всесторонне исследовал личность больного, страдающего соматическим заболеванием [1].

В начале XXI в. понятие качества жизни в медицине получило новое определение: «качество жизни, связанное со здоровьем» [2].

Огромный вклад в изучение качества жизни внесла ВОЗ, которая разработала основные критерии качества жизни [2]:

1) физические (жизненная активность, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых);

2) психологические (положительные/отрицательные эмоции, познавательные функции, самооценка, внешний вид, подвижность);

3) уровень независимости (работоспособность, повседневная активность, зависимость от лекарств и лечения);

4) общественная жизнь (личные взаимоотношения, общественная ценность субъекта, сексуальная активность);

5) окружающая среда (быт, безопасность, благополучие, доступность и качество медицинской помощи, обеспеченность, экология, возможность обучения, доступность информации);

6) духовность (религия, личные убеждения).

ВОЗ определяет качество жизни как «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». Проблема качества жизни является одной из наиболее актуальных проблем современного общества и медицины в разных странах. Важную роль в исследовании и разработке методологии изучения качества жизни сыграли исследования А. Mc Sweeney, который предложил оценивать качество жизни исходя из следующих параметров: эмоционального, социального функционирования, повседневной активности и проведения досуга. N. Wenger определял качество жизни в соответствии с основными параметрами (функциональная способность, восприятие, симптомы) и девятью подпараметрами (ежедневный режим, социальная и интеллектуальная деятельность, восприятие общего здоровья, симптомы основного и сопутствующих заболеваний, благосостояние, экономическое состояние, удовлетворенность жизнью) [2].

Ответственный автор — Жукова Ольга Анатольевна.
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. Чернышевского, 57 А, кв. 96.
Тел.: 8905-034-24-70.
E-mail: gukovaolga2009@rambler.ru

Исследования качества жизни в психиатрии в настоящее время несколько отстают от общесоматической медицины. В этой сфере понятие качества жизни воспринимается как гуманистическое дополнение к психиатрической практике. Оценка качества жизни дает наиболее полную картину как субъективной удовлетворенности человека в жизни, так и целостную картину эффективности лечения и реабилитации.

Качество жизни пациента и его взаимоотношения с болезнью стали привлекать к себе внимание специалистов в психиатрии сравнительно недавно. Измерение качества жизни в психиатрии достаточно сложно по нескольким причинам и имеет свою специфику, связанную с наличием определенных трудностей применения субъективных критериев измерения качества жизни. Речь идет о том, что не следует смешивать психопатологические проявления (например, аффективные расстройства) с психологической реакцией на заболевание, с социальной ситуацией больного [3].

M. Davidson и R. S. Keefe отмечали влияние когнитивного функционирования на качество жизни больных шизофренией. К таким специфическим трудностям относятся низкая достоверность получаемых данных о качестве жизни больных с дефектами когнитивных функций, низкая чувствительность субъективных показателей у больных со сниженной эмоциональной реактивностью или апатией, получение искаженных результатов измерений из-за нарушения мотивационных и оценочных функций многих пациентов. В психиатрии есть еще одна парадоксальная ситуация, по мнению Г.В. Бурковского и соав. (2001). Она заключается в том, что пациент должен оценивать свою нарушенную психику с помощью того же самого оценочного инструмента — своей же психики [4].

По мнению ряда авторов (Fenton W., Blyler S., Heinssen R., Любов Е.Б.), изучение качества жизни больных шизофренией имеет вполне самостоятельное значение по нескольким причинам:

— необходимость изучения корреляции между приемом антипсихотических средств и побочными эффектами такой длительной терапии, приводящей к нонкомплаенсу;

— необходимость пересмотра принципов нешаблонного применения терапии;

— сам факт наличия психического заболевания (вследствие стигматизации) и прогрессивность шизофренического процесса [5].

Исследование качества жизни больных, страдающих шизофренией, проводится в Центре медико-социологических исследований г. Саратова с 2008 г. В исследование были включены 120 больных муж-

ского и женского пола трудоспособного возраста, находящегося на стационарном лечении в Саратовской областной психиатрической больнице с диагнозом: шизофрения, параноидная форма, параноидный синдром. Течение болезни было либо приступообразно-прогредиентное, либо непрерывно-прогредиентное. Исследование качества жизни проводилось перед выпиской пациента из стационара, когда он находился в состоянии ремиссии. С целью диагностики адекватности самооценки больных проводилась проба Дембо — Рубинштейн. В контрольную группу входили клинически здоровые лица. Выборочная совокупность составила 220 респондентов.

Исследование качества жизни проводилось нами с использованием международного опросника WHO QOL-100 (ВОЗ КЖ-100). Опросник ВОЗ КЖ-100 является субъективной мерой благополучия респондентов и их удовлетворенности условиями своей жизни. Он имеет модульную структуру, где ядерный модуль измеряет те аспекты качества жизни, которые являются общими для всех людей, а специфические модули применяются для оценки качества жизни тех, кто имеет определенные болезни или живет в особых обстоятельствах. Качество жизни рассматривается авторами опросника как многомерная, сложная структура, включающая восприятие индивидом своего физического и психологического состояния, своего уровня независимости, своих взаимоотношений с другими людьми и личных убеждений, а также своего отношения к значимым характеристикам окружающей его среды.

С помощью опросника осуществляется оценка шести крупных сфер качества жизни: физические функции, психологические функции, уровень независимости, социальные отношения, окружающая среда и духовная сфера, а также измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Внутри каждой из сфер выделяется несколько составляющих ее субсфер. В рамках физического функционирования жизнь индивида может ухудшаться из-за проблем, вызываемых физической болью либо физическим дискомфортом, усталостью и недостатком энергии и сил, а также невозможностью в достаточной мере отдохнуть. Трудности в психологической сфере, отрицательно влияющие на жизненное благополучие, могут возникать из-за недостатка положительных или избытка отрицательных эмоций, проблем с мышлением, памятью или вниманием, из-за снижения самооценки или беспокойства об ухудшении внешности, вызванном болезнями или их лечением. Уровень независимости, умения обеспечивать и обслуживать себя самостоятельно, определяется в первую очередь сохранением у индивида способностей двигаться, самостоятельно справляться со своими повседневными делами и работой. Социальное функционирование включает в себя близкие личные взаимоотношения индивида, возможность оказывать поддержку другим людям и получать поддержку от них, а также возможность удовлетворения сексуальных потребностей [6].

При подготовке данных к математической обработке выявлялись и устранялись ошибочные значения, выходящие за пределы системы баллов. Пропущенные значения обрабатывались согласно методике, предложенной в опроснике ВОЗ КЖ-100.

Статистическая достоверность различия средних двух групп (клинически здоровые и больные, страдающие шизофренией) определялась по непараметрическому критерию Манна — Уитни. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

В процессе исследования качества жизни больных, страдающих шизофренией, проблемы респондентов выявлены нами во всех исследуемых сферах (физической, психологической, социальной и духовной). В «Физической» сфере и сфере «Окружающая среда» различия в показателях качества жизни больных шизофренией и клинически здоровых лиц минимальны. И те и другие респонденты испытывают болевые ощущения и дискомфорт, неудовлетворенность, нет чувства защищенности и безопасности.

В остальных сферах отмечаются большие различия показателя качества жизни в группе респондентов, страдающих шизофренией, и контрольной группе. У больных шизофренией выявлено значительное снижение качества жизни в сферах «Психологической», «Уровень независимости», «Духовной» и «Социальной».

Субсфера «*Общее качество жизни и состояние здоровья*». Средний показатель качества жизни больных, страдающих шизофренией, снижен (13,0 балла) по сравнению с клинически здоровыми респондентами (15,0 балла) ($p < 0,05$).

Субсфера «*Боль и дискомфорт*». Различия показателей качества жизни в группе больных (15,0 балла) и клинически здоровых респондентов (14,0 балла) статистически незначимо.

Субсфера «*Жизненная активность, энергия и усталость*». Различия показателей качества жизни в группе больных шизофренией (13 баллов) и клинически здоровых респондентов (14,5 балла) статистически незначимо.

Субсфера «*Сон и отдых*». Средний показатель качества жизни в группе здоровых респондентов (16,0) и больных шизофренией (15,50), различия между парами статистически незначимы.

Субсферы «*Физическая боль и дискомфорт*», «*Жизненная активность, энергия и усталость*», «*Сон и отдых*» определяют физическую сферу и предполагают оценку обусловленной заболеванием составляющей показателя качества жизни.

Субсфера «*Положительные эмоции*». При исследовании качества жизни в данной субсфере мы наблюдаем резкое отличие от предыдущих результатов. Разброс показателей качества жизни достаточно велик, показатель качества жизни здоровых респондентов 15,0 балла, больных шизофренией 12,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Познавательные функции*». Отмечается значительное снижение среднего показателя качества жизни больных шизофренией (12,0), у клинически здоровых респондентов 15,0 балла. В данном случае можно выделить отличие способности больных шизофренией познавать окружающий мир ($p < 0,05$).

Субсфера «*Самооценка*». Отмечается значительное снижение среднего показателя у больных шизофренией (14,0 балла), значение показателя качества жизни здоровых респондентов 16,0 балла ($p < 0,05$).

Самооценка является составной частью самосознания, это способность соотносить возможности личности (здоровой или больной) с реальностью восприятия личности собой или другими людьми. В «продуктивной» самооценке оценка психических и физических свойств личности и «образа Я» во многом зависит от содержания бреда, галлюцинаций, явлений психического автоматизма и онейроидных включений. Тотальное нарушение самооценки —

полное нарушение осознания различных параметров своего физического и психического «Я».

Так, больные шизофренией склонны недооценивать нарушения, вызванные болезнью. Их самооценка достаточно высока [7].

Субсфера «*Образ тела и внешность*» исследует мнение индивида о своем теле. Здесь средние показатели в группе здоровых респондентов составляют 15,0 балла, у больных шизофренией 14 баллов. Различия статистически незначимы.

Субсфера «*Отрицательные эмоции*» показывает, в какой мере индивид испытывает негативные чувства, включая уныние, печаль, вину, отчаяние, нервозность, тревогу и отсутствие удовольствия от жизни. Показатель качества жизни в группе здоровых респондентов 13,0 балла, показатель в группе больных шизофренией 13,5 балла. Различия средних между парами статистически незначимы.

Субсфера «*Подвижность*» исследует взгляд индивида на его мобильность и независимость в способности передвигаться с места на место. Исследования выявили значительное снижение показателя качества жизни в данной субсфере в группе больных шизофренией (15,0 балла), в группе здоровых респондентов 19,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Способность выполнять повседневные дела*». Средний показатель качества жизни у здоровых респондентов 16,0 балла, у больных шизофренией 15,0. Различия средних показателей между парами статистически незначимы.

Субсфера «*Зависимость от лекарств и лечения*» исследует зависимость индивида от медицинского или альтернативного (посещение экстрасенсов, фитотерапия) лечения. В группе больных с шизофренией зависимость от лекарств и лечения максимально выражена (13,50 балла), в отличие от работающих респондентов (18,50) ($p < 0,05$).

Субсфера «*Способность к работе*». В данной субсфере показатель качества жизни значительно снижен в группе больных шизофренией (14,0 балла), что значительно отличается от показателя качества жизни в контрольной группе (19,0) ($p < 0,05$).

Субсфера «*Личные отношения*» исследует, в какой степени люди чувствуют дружелюбие, любовь и поддержку. Следует отметить снижение показателя качества жизни в данной субсфере в группе больных шизофренией (15,0 балла), в контрольной группе 17,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Практическая социальная поддержка*» исследует, в какой степени индивид чувствует поддержку и возможность получить практическую помощь со стороны семьи и друзей. Отмечаются те же тенденции, что и в субсфере «*Личные отношения*»: снижение среднего показателя качества жизни в группе больных шизофренией с установленной группой инвалидности (14,0 балла), средний показатель качества жизни в контрольной группе 17,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Сексуальная активность*». В данной субсфере, как и во всех субсферах сферы «*Социальные отношения*», мы отметили резкое снижение среднего показателя качества жизни в группе больных, страдающих шизофренией (12,0 балла), в контрольной группе клинически здоровых лиц средний показатель качества жизни 12,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Свобода, физическая безопасность и защищенность*» исследует наличие у людей чувства безопасности и защищенности от нанесения физического ущерба. Отмечается значительное снижение

среднего показателя качества жизни (13,0 балла) в группе больных шизофренией, в группе клинически здоровых респондентов этот показатель составил 15,0 балла ($p < 0,05$).

Субсфера «*Окружающая среда дома*» исследует влияние домашней обстановки на качество жизни респондентов. Показатели качества жизни среди исследуемых групп приблизительно одинаковы. Немного выше показатели качества жизни в группе клинически здоровых респондентов (15,5 балла), что практически не отличается от данного показателя в группе больных шизофренией (14,0 балла), что свидетельствует о преимуществе домашней обстановки для исследуемых групп респондентов приблизительно в равной мере. Различия статистически незначимы.

Субсфера «*Финансовые ресурсы*» исследует точку зрения индивида на то, каковы его финансовые возможности, и степень, в которой они удовлетворяют его потребности в комфортной жизни. Полученные результаты выявили резкое снижение показателя качества жизни у больных шизофренией (11,0 балла), в группе здоровых респондентов — 12,0 балла. Различия статистически незначимы.

Субсфера «*Медицинская и социальная помощь (доступность и качество)*» исследует мнение респондента о доступности и качестве медицинской и социальной помощи. Исследование выявило снижение показателя качества жизни у больных шизофренией (13,5 балла), в контрольной группе 12,5 балла. Различия статистически незначимы.

Субсфера «*Возможности для приобретения новой информации и навыков*» исследует желание и возможность респондентов обучаться новым навыкам, приобретать новые знания и получать информацию о происходящем вокруг. В группе больных шизофренией этот показатель оказался ниже (14,0 балла), чем у здоровых респондентов (16,0 балла) ($p < 0,05$).

Субсфера «*Возможности для отдыха и развлечений и их использование*» исследует способности, возможности и склонность индивида принимать участие в проведении досуга, развлечениях и отдыхе. В данной субсфере при среднем уровне показателя качества жизни (14,5 балла) отмечается достаточно выраженное снижение этого показателя у больных шизофренией (13,0 балла). Показатели статистически незначимы.

Субсфера «*Окружающая среда вокруг*». Средний показатель качества жизни в обеих группах респондентов составил 14,0 балла. Различия статистически незначимы.

Субсфера «*Транспорт*» исследует мнение индивида о том, насколько ему доступно и легко найти и использовать для передвижения транспортные средства. Показатель качества жизни в группах респондентов (больных шизофренией и клинически здоровых лиц) практически одинаков (14,5 балла и 15 баллов). Различия статистически незначимы.

В субсфере «*Духовность/религия/личные убеждения*», которая исследует личные убеждения людей и то, как они влияют на качество их жизни, отмечено снижение среднего показателя качества жизни у больных с шизофренией (14,0 балла). Средний показатель качества жизни в группе клинически здоровых респондентов в данной субсфере 16,0 балла ($p < 0,05$).

Изучая качество жизни пациентов с психической патологией, мы получаем множество сведений, ка-

сающихся их функционирования. Они, наряду с клиническими характеристиками, могут, во-первых, стать одной из важнейших составляющих оценки качества психиатрической помощи; во-вторых, использоваться при планировании деятельности психиатрических служб.

Исследуемые показатели могут служить основой для выделения отдельных групп пациентов, имеющих сходные социальные проблемы, особенности функционирования и самооценки, что позволяет создать базу для формирования адресно-ориентированных реабилитационных программ и более целенаправленно осуществлять социально-психологическую помощь.

Показатели качества жизни становятся непрерывными и чрезвычайно важными компонентами оценки результатов лечения пациентов, качества оказываемой им помощи и должны учитываться при планировании развития психиатрической службы, и самое главное — включаться в процесс психосоциальной реабилитации [8].

В современных социально-экономических условиях больные, страдающие шизофренией, являются одними из первых жертв экономического кризиса. Такие пациенты отличаются низким уровнем качества жизни: они быстро теряют социальные связи, контакты с родственниками, навыки самообслуживания (снижение и утрата способности к трудовой деятельности, организации проведения быта и досуга в повседневной жизни). Длительно лечившиеся больные имеют более высокий уровень качества жизни по сравнению с непродолжительно лечившимися; хронизированные больные, подолгу находящиеся в психиатрических учреждениях, — по сравнению с «острыми» больными, поступающими на короткий срок. Этот феномен A.F. Lehman et al. объясняют тем, что хронизированные пациенты не хотят перемен в своей жизни, которой они довольны [9].

Проведённые нами исследования подтверждают, что показатели качества жизни и социального функционирования больных, страдающих психической патологией, являются значительно более низкими, чем в общей популяции [10]. Показатель качества жизни, определённый на основании опросника ВОЗ КЖ-100, дополняя картину болезни, является многофакторным критерием оценки состояния больных, страдающих шизофренией.

Библиографический список

1. Алеева Г.Н., Гурылева М.Э., Журавлева М.В. Критерии качества жизни в медицине и кардиологии // Российский медицинский журнал. 2006. № 2. С. 1–4.
2. Асанова А. А. Качество жизни, связанное со здоровьем больных депрессивными расстройствами // Вестник психиатрии и психотерапии. 2008. № 2 (14). С. 82–85.

3. Кузнецов В.И. Социально-медицинская адаптация пациентов с психическими заболеваниями в специализированных стационарных учреждениях (по материалам социологического исследования): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 22 с.

4. Кузнецов С.В. Негативные расстройства, социальная адаптация больных шизофренией и лечебно-реабилитационные вопросы (научный обзор) // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010. № 3. С. 25.

5. Оруджев Н.Я., Тараканова Е.А. Корреляции вариаций самостигматизации и качества жизни больных шизофренией // Вестник Российской академии медицинских наук. 2010. № 6. С. 16–20.

6. Диагностика здоровья: психологический практикум/под ред. Г.С. Никифорова. СПб.: Речь, 2007. С. 454–484.

7. Патопсихология: хрестоматия/сост. Н.Л. Белопольская. 2-е изд., испр. и доп. М.: Когито-Центр, 2000. 289 с.

8. Денисов Е.М. Социальное функционирование и качество жизни женщин, страдающих шизофренией, в зависимости от длительности болезни // Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2002. № 1 (9). С. 6–71.

9. Березанцев А.Ю., Белоус И.В. Клинические и социальные аспекты внебольничной психиатрической помощи больным шизофренией // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. 2010. № 6. С. 19–27.

10. Шадрин В.Н. Адаптационные возможности и оценка качества жизни больных шизофренией (клинические и социальные аспекты): дис. ... канд. мед. наук. Томск, 2006. 219 с.

References

1. Aleeva G.N., Guryleva M.Je., Zhuravleva M.V. Kriterii kachestva zhizni v medicine i kardiologii // Rossijskij medicinskij zhurnal. 2006. № 2. S. 1–4.
2. Asanova A. A. Kachestvo zhizni, svjazannoe so zdorov'em bol'nyh depressivnymi rasstrojstvami // Vestnik psihiatrii i psihofarmakoterapii. 2008. № 2 (14). S. 82–85.
3. Kuznecov V.I. Social'no-medicinskaja adaptacija pacientov s psihicheskimi zabojevanijami v specializirovannyh stacionarnyh uchrezhdenijah (po materialam sociologicheskogo issledovanija): avtoref. dis. ... kand. med. nauk. M., 2008. 22 s.
4. Kuznecov S.V. Negativnye rasstrojstva, social'naja adaptacija bol'nyh shizofreniej i lechebno-reabilitacionnye voprosy (nauchnyj obzor) // Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii. 2010. № 3. S. 25.
5. Orudzhev N.Ja., Tarakanova E.A. Korrelijacii variacij samostigmatizacii i kachestva zhizni bol'nyh shizofreniej // Vestnik Rossijskoj akademii medicinskih nauk. 2010. № 6. S. 16–20.
6. Diagnostika zdorov'ja: psihologicheskij praktikum/pod red. G.S. Nikiforova. SPb.: Rech', 2007. S. 454–484.
7. Patopsihologija: hrestomatija/sost. N.L. Belopol'skaja. 2-e izd., ispr. i dop. M.: Kogito-Centr, 2000. 289 s.
8. Denisov E. M. Social'noe funkcionirovanie i kachestvo zhizni zhenwin, stradajuwih shizofreniej, v zavisimosti ot dlitel'nosti bolezni // Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2002. № 1 (9). S. 6–71.
9. Berezancev A. Ju., Belous I.V. Klinicheskie i social'nye aspekty vnebol'nicnoj psihiatricheskoj pomowi bol'nym shizofreniej // Vestnik nevrologii, psihiatrii i nejrohirurgii. 2010. № 6. S. 19–27.
10. Shadrin V.N. Adaptacionnye vozmozhnosti i ocenka kachestva zhizni bol'nyh shizofreniej (klinicheskie i social'nye aspekty): dis. ... kand. med. nauk. Tomsk, 2006. 219 s.