

УДК 616.89—008:617.7-001.4

Ц. Б. Абдряхімова, канд. мед. наук, доцент

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ОСІБ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ВНАСЛІДОК ЧАСТКОВОЇ ВТРАТИ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ҐЕНЕЗУ

На основі психодіагностичного обстеження 400 хворих з частковою втратою зору травматичного ґенезу, проведено аналіз якості життя у пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами внаслідок втрати зору, що враховано під час розроблення системи комплексного лікування даного контингенту.

Ключові слова: часткова втрата зору травматичного ґенезу, неспсихотичні психічні розлади, якість життя

В останні роки з боку представників різних галузей медицини, в т. ч. фахівців-офтальмологів, спостерігається значне підвищення інтересу до дефініції «якість життя» (ЯЖ) і збільшення кількості публікацій з даної проблеми. При цьому в літературі відзначаються значні різночитання як у тлумаченні поняття і його складових, так і в підходах до оцінки ЯЖ на практиці [1—6].

У медицині ЯЖ використовують як:

- критерій оцінки ефективності лікування,
- критерій визначення ефективності нових лікарських препаратів,
- прогностичний фактор,
- показник ефективності реабілітаційних заходів,
- орієнтир у розробленні підходів до паліативної терапії,
- показник індивідуального моніторингу стану хворого.

Перші спроби всебічного вивчення наслідків зниження зорових функцій, зокрема при катаракті, для повсякденного життя хворого було вжито датським дослідником Bernth-Peterson ще на початку 1980 років [цит. за 7], проте довгий час його роботи не отримували подальшого продовження. Значний інтерес до ЯЖ хворих з різними видами офтальмопатології виник після опублікування в 1997 р. Lee et al. [8] результатів масштабного дослідження ЯЖ осіб із зоровими розладами з використанням опитувальника SF-36 і наступним зіставленням результатів з показниками ЯЖ осіб з порушеннями інших органів і систем. Виявилось, що наявність зорових розладів є одним з основних чинників, що знижують ЯЖ, причому його значимість перевершує вплив симптомів низки серцево-судинних та інших захворювань, які становлять безпосередню загрозу для життя.

Отже, з метою вивчення якості життя у осіб з частковою втратою зору травматичного ґенезу (ЧВЗТГ), за умови поінформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, шляхом випадкового вибору в період після офтальмологічного втручання та визначення об'єму та прогнозу стосовно втрати зору, нами проведено скринінгове обстеження 600 осіб з ЧВЗТГ. В усіх пацієнтів було зафіксовано прояви гострої стресової реакції.

У термін від місяця до трьох після виписки зі стаціонару, під час проходження МСЕК, нами здійснено поглиблене клініко-психопатологічне обстеження пацієнтів, на підставі результатів якого було сформовано дві групи дослідження: основна (ОГД) — 200 хворих, в яких після травматичної події, що спричинила часткову втрату зору, діагностовано неспсихотичні психічні розлади (НПР), та група порівняння (ГП) — 200 осіб, психічний стан яких відповідав «умовній нормі».

Критерієм невключення в дослідження були: відсутність поінформованої згоди; наявність в анамнезі психічних та поведінкових розладів або психотичних розладів на час обстеження; наявність виражених соматичних захворювань, перебіг яких може вплинути на психічний стан пацієнта.

Нозологічна структура діагностованих НПР була представлена психічними і поведінковими розладами кластера F 43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких домінувала змішана тривожно-депресивна реакція F 43.22 (97 осіб, 48,5 % ОГД), приблизно у третини пацієнтів були встановлені пролонгована депресивна реакція F 43.21 (44 особи, 22 % ОГД) адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F 43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГД), у 23 (11,5 %) хворих виявлений посттравматичний стресовий розлад F 43.1, а у 7 (3,5 %) пацієнтів — адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F 43.25.

ЯЖ хворих оцінювали за допомогою методики «Оцінки якості життя SF-36», створеної J. E. Ware (The Health Institute, New England Medical Center, Boston, США) [9], за допомогою якої вивчено характеристики ЯЖ пацієнтів за такими шкалами: А). Фізичний компонент здоров'я: 1. фізичне функціонування (PF); 2. рольове функціонування (RP); 3. біль (P); 4. загальне здоров'я (GH); 5. фізичний компонент ЯЖ. Б). Психічний компонент здоров'я: 1. життєздатність (VT); 2. соціальне функціонування (SF); 3. емоційне функціонування (RE); 4. психічне здоров'я (MH); 5. психічний компонент ЯЖ.

З розподілу пацієнтів ОГД та ГП за станом компонентів функціонування (табл. 1) видно, що середній показник фізичного функціонування, що відбиває рівень, в якому фізичний стан організму обмежує виконання фізичних навантажень у обстежених пацієнтів, склав у ОГД 64,5 балів, у ГП — 65,1 балів. Середній показник рольового функціонування, що обумовлений фізичним станом і відбиває його вплив на повсякденну рольову діяльність у обстежених пацієнтів, склав у осіб ОГД — 66,3 балів, ГП — 67,2 балів. Показник інтенсивності болю і його впливу на здатність займатися повсякденною діяльністю склав у пацієнтів ОГД 38,7 балів, у осіб ГП — 39,5 балів.

Таблиця 1
Середній бал показників функціонування за компонентами ЯЖ у пацієнтів ОГД та ГП за даними опитувальника SF-36

Показники	Середній бал	
	ОГД	ГП
Фізичний компонент здоров'я		
Фізичне функціонування	64,5	65,1
Рольове функціонування	66,3	67,2
Біль	38,7	39,5
Загальне здоров'я	53,2	52,8
Фізичний компонент ЯЖ	55,7	56,2
Психічний компонент здоров'я		
Життєздатність	46,8	86,5
Соціальне функціонування	22,8	87,8
Емоційне функціонування	44,6	88,9
Психічне здоров'я	38,5	88,7
Психічний компонент ЯЖ	38,2	88,0

Показник загального стану здоров'я, що відбиває стан здоров'я, на час обстеження у пацієнтів склав: у пацієнтів ОГД 53,2 бали, у осіб ГП — 52,8 бали.

За середнім значенням показників фізичного компонента здоров'я пацієнти ОГД та ГП значно не різнилися ($p \leq 0,05$). Так, «фізичний компонент ЯЖ», що включає показники фізичного функціонування, рольового функціонування, обумовленого фізичним станом, інтенсивністю болю і загальним станом здоров'я, у обстежених пацієнтів склав: ОГД — 55,7 балів, ГП — 56,2 балів. Така ситуація є зрозумілою та обумовлена тим, що за клінічними проявами та перебігом проявів наслідків ЧВЗТГ пацієнти не відрізнялися, що, у свою чергу, однаково впливало на фізичний компонент здоров'я в обох групах. Протилежна картина реагування виявилася під час дослідження психічного компонента здоров'я.

Показник життєздатності, який відбиває відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим, у обстежених пацієнтів склав: ОГД — 46,8 балів, ГП — 86,5 балів. Показник соціального функціонування, при якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність у обстежених пацієнтів, склав: ОГД — 22,8 балів, ГП — 87,8 балів. Показник емоційного функціонування, при якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності у обстежених пацієнтів склав: ОГД — 44,6 балів, ГП — 88,9 балів.

Показник психічного здоров'я, що характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, позитивних емоцій, у обстежених пацієнтів склав: ОГД — 38,5 балів, ГП — 88,7 балів.

В цілому виявлено, що «психічний компонент ЯЖ», що включає показники життєвої активності, соціального функціонування, емоційного функціонування, психічного здоров'я, у обстежених пацієнтів склав: ОГД — 38,2 балів, ГП — 88,0 балів. Така ситуація свідчить про достовірний вплив ситуації психічного

травмування на психічний компонент ЯЖ у пацієнтів з ЧВЗТГ.

Враховуючи вищевикладене, нами був проведений аналіз вираженості та тяжкості ураження окремих параметрів функціонування за методикою SF-36. Аналіз фізичного функціонування виявив, що стан здоров'я досліджених був значно обмежений щодо виконання важкого фізичного навантаження: у хворих ОГД та ГП — 100,0 %. Усі пацієнти на час обстеження відмовилися від будь-якої важкої фізичної праці. Обмеження стану здоров'я досліджених внаслідок виконання помірному фізичного навантаження виявлено у 83,0 ± 3,0 % хворих ОГД, 85,0 ± 3,1 % хворих ГП. До рівня незначного обмеження щодо виконання фізичного навантаження, відповідно: у хворих ОГД — 55,0 ± 5,0 %, пацієнтів ГП — 57,0 ± 5,1 %. Осіб без обмеження щодо виконання фізичного навантаження серед досліджуваних ОГД та ГП не виявлено ($p < 0,05$). В цілому встановлено, що стан здоров'я дозволяв практично усім хворим нести сумку з продуктами, піднятися пішки по сходах на один проліт, нахилитися, встати на коліна, сісти навпочіпки, подолати відстань більше одного кілометра, подолати відстань в декілька кварталів ($p < 0,05$). Самостійно вимітисися і одягнутися могли усі 100,0 % обстежених ($p < 0,05$).

Під час вивчення питань, які характеризують рольове функціонування, були отримані такі результати: фізичний стан викликав утруднення у виконанні повсякденної діяльності, внаслідок чого ($p < 0,05$):

— довелося скоротити кількість часу, що витрачається на неї, у 75 ± 2,1 % обстежених ОГД, 78,0 ± 2,5 % пацієнтів ГП;

— виконували менше, ніж хотіли 78,0 ± 2,4 % обстежених ОГД, 77,0 ± 2,2 % осіб ГП;

— були обмежені у виконанні якогось певного виду робіт або іншої діяльності 55,0 ± 5,0 % обстежених ОГД, 58,0 ± 5,1 % пацієнтів ГП.

— були труднощі при виконанні своєї роботи або інших справ (були потрібні додаткові зусилля) у 75,0 ± 2,3 % обстежених ОГД, 74,1 ± 2,1 % осіб ГП.

Під час дослідження показника «біль» встановлено, що пацієнтів, які зовсім не відчували фізичного болю, не виявлено ні в ОГД, ні в ГП. Дуже слабкий, слабкий та помірний біль відмічали усі обстежені ОГД та ГП. Сильний біль відмічали 55,0 ± 5,0 % обстежених ОГД, 58,0 ± 5,2 % осіб ГП ($p < 0,05$).

Пацієнтів, які могли займатися нормальною роботою (включаючи роботу зовні удома або по будинку) та яким фізичний біль зовсім не заважав та трохи заважав, в ОГД та ГП не виявлено. Біль помірно заважав обстеженим ОГД — 42,0 ± 4,9 %, пацієнтам ГП — 44,0 ± 4,1 %; сильно заважав обстеженим ОГД — 35,0 ± 4,8 %, пацієнтам ГП — 36,0 ± 4,9 %; дуже сильно заважав обстеженим ОГД — 25,0 ± 4,3 %, пацієнтам ГП — 20,0 ± 3,1 % ($p < 0,05$).

Дослідженням показника «загальне здоров'я» встановлено, що обстежені оцінювали його як ($p < 0,05$):

— добре 4,5 ± 2,3 % обстежених ОГД, 15,0 ± 2,7 % пацієнтів ГП;

— середнє — 15,5 ± 3,5 % обстежених ОГД, 55,5 ± 5,0 % пацієнтів ГП;

— погане — 80,0 ± 3,8 % обстежених ОГД, 30,0 ± 3,0 % пацієнтів ГП.

Під час дослідження запитання «Мені здається, що я більше схильний до хвороб, чим інші» пацієнти вважали таке ($p < 0,05$):

— невірним по відношенню до себе вважали твердження $31,9 \pm 4,2$ % обстежених ОГД та $70,0 \pm 2,4$ % пацієнтів ГП;

— вірно по відношенню до себе вважали що їх здоров'я гірше, ніж у більшості знайомих $69,1 \pm 4,5$ % обстежених ОГД, $30,0 \pm 3,0$ % осіб ГП.

Із усіх обстежених пацієнтів чекали, що їх здоров'я ($p < 0,05$):

— погіршає — $85,2 \pm 3,1$ % обстежених ОГД, $40,0 \pm 2,1$ % осіб ГП;

— утруднювалися відповісти $15,2 \pm 3,4$ % обстежених ОГД, $10,0 \pm 3,0$ % осіб ГП;

— вважали в основному невірним, що їх здоров'я погіршає, $50,0 \pm 5,1$ % осіб ГП.

Під час дослідження відповідей на запитання «У мене відмінне здоров'я» встановлено, що вважали таке твердження невірним $100,0$ % пацієнтів ОГД та ГП ($p < 0,05$).

3 питань, що характеризують життєздатність (самопочуття і настрої) досліджених, були отримані такі відповіді ($p < 0,05$):

— тих, хто почували себе бадьорими, повним сил і енергії увесь час, серед пацієнтів ОГД та ГП не виявлено;

— почасти почували себе бадьорими, повними сил і енергії $10,1 \pm 3,9$ % обстежених ОГД, $60,0 \pm 4,9$ % пацієнтів ГП;

— зрідка почували себе бадьорими, повними сил і енергії $30,9 \pm 4,6$ % обстежених ОГД, $26,0 \pm 2,8$ % осіб ГП;

— ніколи не почували себе бадьорими, повними сил і енергії $50,0 \pm 5,0$ % обстежених ОГД, $14,0 \pm 2,2$ % осіб ГП.

Серед пацієнтів усіх обстежених груп «змученими» почували себе ($p < 0,05$):

— увесь час $52,8 \pm 5,0$ % обстежених ОГД, $23,3 \pm 4,2$ % пацієнтів ГП;

— почасти $30,0 \pm 4,7$ % обстежених ОГД, $33,3 \pm 4,7$ % осіб ГП;

— рідко $17,2 \pm 3,3$ % обстежених ОГД, $43,3 \pm 5,0$ % пацієнтів ГП;

— ніколи не відчували себе змученими — у ОГД та ГП таких пацієнтів не виявлено.

З усіх обстежених відчували себе втомленими ($p < 0,05$):

— увесь час $69,0 \pm 4,2$ % обстежених ОГД, $14,0 \pm 3,4$ % осіб ГП;

— почасти $15,5 \pm 2,4$ % обстежених ОГД, $36,0 \pm 4,8$ % пацієнтів ГП;

— рідко $15,5 \pm 2,4$ % обстежених ОГД, $50,0 \pm 5,0$ % осіб ГП;

— ніколи не відчували себе втомленими — у ОГД та ГП таких пацієнтів не виявлено.

Оцінка соціального функціонування обстежених показала, що фізичний і емоційний стан пацієнтів був таким ($p < 0,05$), що:

— зовсім не заважав проводити час з друзями або в колективі — серед обстежених ОГД таких не виявлено, серед хворих ГП — $65,0 \pm 2,2$ %;

— помірно заважав $22,0 \pm 2,1$ % обстежених ОГД, $15,0 \pm 2,2$ % хворих ГП;

— сильно заважав $78,0 \pm 3,1$ % обстежених ОГД, $20,0 \pm 2,0$ % хворих ГП.

Внаслідок фізичного і емоційного стану активне спілкування з людьми було ($p < 0,05$):

— постійно ускладненим у $89,0 \pm 3,2$ % обстежених ОГД, $15,7 \pm 2,0$ % хворих ГП;

— рідко ускладненим $11,0 \pm 2,1$ % обстежених ОГД, $84,3 \pm 3,2$ % хворих ГП.

Аналіз емоційного функціонування респондентів дозволив встановити, що пацієнтів ОГД, яким не доводилося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу або інші справи, не виявлено. В цілому пацієнти ОГД не виконували повний обсяг справи, виконували менше ніж хотіли та, взагалі, виконували справи не так акуратно, як завжди. Емоційний стан викликав утруднення в роботі або іншій повсякденній діяльності, внаслідок чого довелося скоротити кількість часу, що витрачається на роботу у $90,0 \pm 3,2$ % обстежених ОГД, $20,0 \pm 3,1$ % хворих ГП ($p < 0,05$).

Під час дослідження стану психічного здоров'я як показника психічного компонента ЯЖ у обстежених пацієнтів встановлено ($p < 0,05$):

— увесь час сильно нервували $80,0 \pm 3,9$ % обстежених ОГД, $10,0 \pm 2,0$ % хворих ГП;

— почасти нервували $13,5 \pm 2,2$ % обстежених ОГД, $36,0 \pm 4,7$ % хворих ГП;

— рідко нервували $6,5 \pm 3,2$ % обстежених ОГД, $55,0 \pm 5,0$ % хворих ГП.

Серед усіх обстежених пацієнтів ОГД та ГП, таких, які б жодного разу сильно не нервували, не виявлено.

Стан відчуття себе пригніченими, «ніщо не могло підбадьорити» діагностовано у такому розподілі ($p < 0,05$):

— увесь час відчували пригнічення $80,0 \pm 3,1$ % обстежених ОГД, $10,0 \pm 2,1$ % хворих ГП;

— велику частину часу відчували пригнічення $10,0 \pm 4,1$ % обстежених ОГД, $10,0 \pm 4,2$ % хворих ГП;

— почасти відчували пригнічення $5,0 \pm 3,4$ % обстежених ОГД, $30,0 \pm 3,3$ % хворих ГП;

— рідко відчували пригнічення $5,0 \pm 3,3$ % обстежених ОГД, $50,0 \pm 3,0$ % хворих ГП.

Пацієнтів, які б жодного разу не відчували пригнічення, не виявлено.

Наступним етапом у дослідженні, для виокремлення впливу «клініко-психопатологічного радикалу НПР» на ЯЖ, став аналіз взаємозв'язків між ступенем вираженості клініко-психопатологічної симптоматики НПР та показниками функціонування у пацієнтів ОГД. Показники ЯЖ були обумовлені тяжкістю впливу психічної патології (табл. 2).

В осіб ОГД, у яких діагностовано помірний ступінь вираженості симптомів НПР, взаємозв'язок із «фізичним компонентом ЯЖ» виявлений у $34,3$ %; у пацієнтів з вираженим ступенем симптомів — у $55,0$ %, з тяжким ступенем вираженості симптомів — у $10,8$ %. У свою чергу, вплив помірного ступеня вираженості симптомів НПР на «психічний компонент ЯЖ» встановлено у $40,3$ %, вираженого ступеня симптомів — у $49,3$ %, тяжкого ступеня вираженості симптомів — у $10,5$ % пацієнтів.

Таблиця 2

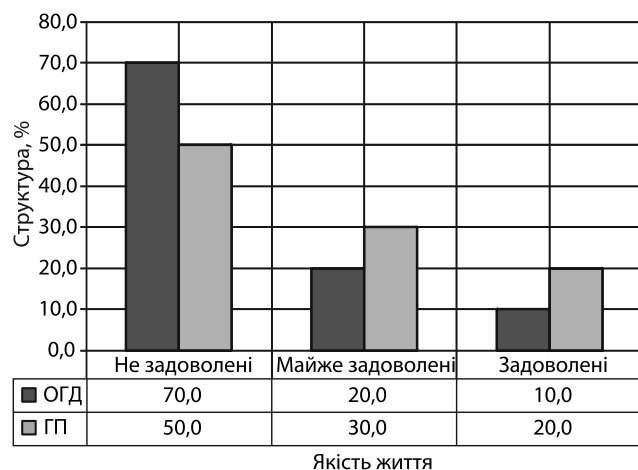
Розподіл взаємозв'язку показників функціонування та ЯЖ й ступенем вираженості симптомів НПР у пацієнтів ОГД (%)

Показник SF-36	Ступінь вираженості симптомів НПР		
	Помірний	Виражений	Тяжкий
Фізичне функціонування	33,0	57,0	10,0
Рольове функціонування	36,0	52,0	12,0
Біль	30,0	58,0	12,0
Загальне здоров'я	38,0	53,0	9,0
Фізичний компонент ЯЖ	34,3	55,0	10,8
Життєздатність	37,0	51,0	12,0
Соціальне функціонування	43,0	48,0	9,0
Емоційне функціонування	41,0	49,0	10,0
Психічне здоров'я	40,0	49,0	11,0
Психічний компонент ЯЖ	40,3	49,3	10,5

Примітка. Достовірність розбіжностей показників шкал у групах $p \leq 0,05$

В цілому, на показники фізичного та психічного компонентів ЯЖ достовірно впливали помірний та виражений ступені вираженості симптомів НПР ($p < 0,001$). Така ситуація свідчить про те, що у хворих із НПР внаслідок ЧВЗТГ внаслідок постійної патологічної дії зниження фізичного компонента формується «особливий психосоматичний травмуючий чинник», що проявляється паралельним стійким зниженням показників психічного компонента ЯЖ.

Враховуючи отримані результати, нами досліджено задоволеність ЯЖ пацієнтів ОГД та ГП, результати чого відображено на рисунку, з якого видно, що серед обстежених ОГД 70,0 % пацієнтів були незадоволені ЯЖ, у ГП — 50,0 %; майже задоволеними виявились 20,0 % осіб ОГД та 30,0 % ГП, задоволеними — 10,0 % ОГД та 20,0 % ГП ($p < 0,001$).



Задоволеність якістю життя пацієнтів ОГД та ГП

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати таке.

1. В осіб з ЧВЗТГ діагностовано зниження фізичного компонента здоров'я і ЯЖ, незалежно від наявності або відсутності НПР.

2. В осіб з НПР внаслідок ЧВЗТГ психічний компонент здоров'я був порушений у більшому ступені, ніж фізичний його компонент.

3. Зниження показника ЯЖ за шкалою соціального функціонування відображало вплив ЧВЗТГ на соціальну адаптацію, а саме згорання раніше доступної соціальної активності у сфері спілкування та професійної діяльності.

4. Шкала емоційно-рольового функціонування характеризувала ступінь, в якому наявність НПР у хворих ОГД впливала на виконання повсякденної діяльності у звичному для них обсязі, а також і фізичної активності.

5. Низькі показники ЯЖ за шкалою психічного здоров'я вказували на наявність НПР, викликаних ЧВЗТГ, що виражалися у різноманітній психопатологічній симптоматиці.

6. Наявність негативних інтенсивних переживань (самоусвідомлення змін у психічній діяльності) сама по собі була чинником дистресу, в тому числі сприяла тому, що на тлі наслідків ЧВЗТГ та психоемоційного перенапруження ситуація в цілому сприймалася особистістю як більш складна та несприятлива.

Отримані дані були враховані нами під час розроблення системи комплексного лікування даного контингенту пацієнтів.

Список літератури

1. Wiersinga W. M. Quality of life in Graves' ophthalmopathy [Text] / W. M. Wiersinga // Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab. — 2012. — Vol. 26 (3). — P. 359—370.
2. Fayers T. Validity and reliability of the TED-QOL: a new three-item questionnaire to assess quality of life in thyroid eye disease / T. Fayers, P. J. Dolman // Br J Ophthalmol. — 2011. — Vol. 95 (12). — P. 1670—1674.
3. Change in quality of life after medical and surgical treatment of graves' ophthalmopathy [Text] / M. B. Kashkouli, I. Heidari, F. Pakdel [et al] // Middle East Afr J Ophthalmol. — 2011. — Vol. 18. — P. 42—47.
4. Depression and the vision-related quality of life in patients with retinitis pigmentosa [Text] / B. J. Hahm, Y. W. Shin, E. J. Shim [et al] // Ophthalmology. — 2009. — Vol. 116. — P. 139—144.
5. Vision Loss From Combat Blast Injuries Severely Affects Quality of Life [Electron resource] / American Academy of Ophthalmology Joint Annual Meeting With the Pan-American Association of Ophthalmology (AAO-PAAO): Abstract PA097. Presented October 27, 2009. — Access mode : <http://www.medscape.com/viewarticle/711523>
6. Development of a quality of life questionnaire for adults with strabismus [Text] / S. R. Hatt, D. A. Lesko, E. A. Bradley [et al.] // Br J Ophthalmol. — 2008. — Vol. 92. — P. 650—654.
7. Підходи для оцінювання якості життя офтальмологічних хворих [Текст] / Е. С. Лібман, М. Р. Гальперин, Е. Е. Гришина, Н. Ю. Сенкевич // Клин. офтальмологія. — 2002. — Т. 3, № 3. — С. 119—121.
8. Lee P. P. The impact of blurred vision on functioning and well-being [Text] / P. P. Lee, K. A. Spitzer, R. D. Hays // Ophthalmology. — 1997. — Vol. 104, № 3. — P. 390—396.
9. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA) [Text] / J. Ware, B. Gandek // Projekt J. Clin. Epidemiology. — 1998. — Vol. 11. — P. 903—912.

Надійшла до редакції 07.05.2013 р.

Ц. Б. Абдрыхимова

Український НІІ соціальної і судової психіатрії
і наркології МЗ України (з. Київ)

Качество жизни лиц с непсихотическими психическими расстройствами вследствие частичной потери зрения травматического генеза

На основе психодиагностического обследования 400 больных с частичной потерей зрения травматического генеза, проведен анализ качества жизни пациентов с непсихотическими психическими расстройствами вследствие потери зрения, что учтено при разработке системы комплексного лечения данного контингента.

Ключевые слова: частичная потеря зрения травматического генеза, непсихотические психические расстройства, качество жизни.

C. B. Abdryahimova

Ukrainian SRI of Social and Forensic Psychiatry and Narcology
of the Ministry of Health of Ukraine
(Kyiv)

Quality of life of persons with nonpsychotic mental disorders due partially sighted traumatic genesis

Based psychodiagnostic examination of 400 patients with partial loss of traumatic origin, the analysis of the quality of life in patients with non-psychotic mental disorders due to loss of vision, which included the development of a comprehensive treatment of this contingent.

Keywords: partial loss of traumatic origin, nonpsychotic mental disorders, quality of life.

УДК 616.895.8—085

В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, Е. А. Кокотова, А. А. Бойченко

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького (г. Донецк)

КАЧЕСТВЕННАЯ ОЦЕНКА АДАПТИВНЫХ РЕСУРСОВ ЛИЧНОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С помощью корреляционного анализа качественных характеристик адаптивных ресурсов личности больных с манифестным эпизодом шизофрении и шизофренией с эпизодическим течением выявлена устойчивая взаимосвязь составляющих реабилитационного потенциала, определяющая реальную и объективную возможность преодоления функциональной недостаточности больных и улучшения их способности приспособляться к условиям жизни. Выявленные закономерности могут быть основанием для использования интегративного подхода в отборе реабилитационных вмешательств у больных шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, манифестный эпизод шизофрении, хроническая шизофрения, адаптивные ресурсы личности

Наиболее важным аспектом функционального реабилитационного диагноза больного шизофренией является определение реабилитационного потенциала или уровня адаптивных ресурсов личности как качественной и количественной стороны приспособительной активности пациента. Уровень адаптивных ресурсов, т. е. способность выбора адекватной функциональной стратегии, направленной на достижение жизненно важных целей, определяется совокупностью механизмов и форм психологической компенсации, количественными и качественными параметрами копинг-стратегий. Важное значение имеет оценка механизмов психологической защиты, выработка адекватных форм которых являлась важнейшим способом повышения психосоциальной адаптации пациента. Не менее значимой составляющей реабилитационного потенциала является уровень психосоциальной адаптации больного, включающий способность к психосоциальной адаптации пациента и уровень личностной приспособляемости [1].

Целью настоящего исследования была качественная оценка адаптивных ресурсов личности больных шизофренией, которая была проведена путем установления корреляционных связей между отдельными характеристиками психической и психосоциальной адаптации.

Оценка адаптивных ресурсов личности была проведена у 143 больных с впервые установленным диагнозом параноидной шизофрении (основная группа).

В группу сравнения были включены 173 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением с сопоставимыми гендерно-возрастными особенностями.

Давность заболевания у пациентов не превышала 5 лет.

Все больные прошли курс антипсихотической терапии и были обследованы перед выпиской из стационара.

В исследовании использовались методы: психодиагностический (методика определения механизмов психологической защиты R. Plutchik и H. Kellerman (1979) [2], методика «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норманн и соавт., 1988) [3]); социально-психологический (методика диагностики социально-психологической адаптации (СПА) К. Роджерса и Р. Даймонда (1954) [4], методика оценки способности к психосоциальной адаптации EAPS (G. Darcourt, 1987) [5]); метод математической обработки результатов (корреляционный анализ — коэффициент линейной корреляции Пирсона, показатель ранговой корреляции Спирмена).

Данные о роли различных характеристик составляющих реабилитационного потенциала в формировании копинг-стратегий у пациентов обеих групп представлены в таблицах 1 и 2.

© Абрамов В. А., Ряполова Т. Л., Кокотова О. О., Бойченко О. О., 2013