

О. М. Юрченко, І. В. Лінський
ЯКІСТЬ ЖИТТЯ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЇЇ ДІАГНОСТИЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

О. Н. Юрченко, И. В. Линский
Качество жизни у больных параноидной шизофренией и ее диагностическое значение

O. M. Yurchenko, I. V. Linskiy
The quality of life in patients with paranoid schizophrenia and its diagnostic meaning

Мета роботи — кількісний опис різних компонентів якості життя (ЯЖ) у хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) і оцінення можливостей їх комплексного використання для підвищення надійності діагностики цього захворювання.

За допомогою методики оцінки ЯЖ за Mezzich із співавт. і опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики Derogatis (SCL-90-R) обстежено 107 чоловіків, хворих на ПШ і 70 здорових чоловіків порівняного віку ($36,45 \pm 0,91$ років і $36,53 \pm 1,74$ років відповідно).

Встановлено, що ЯЖ у хворих на ПШ загалом достовірно нижча, порівняно з практично здоровими особами, при цьому найбільш інформативними і достовірними маркерами наявності параноїдної шизофренії є відносно низькі значення самореалізації (5 балів і менше); соціоемоційної підтримки (5 балів і менше); а також сприйняття якості життя в цілому. Показано, що особливості якості життя, оцінені за допомогою методики Mezzich, при їх комплексному використанні в складі послідовної процедури Вальда (в модифікації Е. В. Гублера) як непрямі ознаки — маркери ПШ можуть бути додатковим засобом підвищення надійності діагностики цього виду психопатології.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, діагностика, непрямі ознаки, якість життя

Цель работы — количественное описание различных компонентов качества жизни (КЖ) у больных параноидной шизофренией (ПШ) и оценка возможностей их комплексного использования для повышения надежности диагностики этого заболевания.

С помощью методики оценки КЖ по Mezzich с соавторами и опросника выраженности психопатологической симптоматики Derogatis (SCL-90-R) обследовано 107 мужчин, больных ПШ и 70 здоровых мужчин сопоставимого возраста ($36,45 \pm 0,91$ лет и $36,53 \pm 1,74$ лет соответственно).

Установлено, что КЖ у больных ПШ в целом достоверно ниже по сравнению с практически здоровыми лицами, при этом наиболее информативными и достоверными маркерами наличия параноидной шизофрении являются относительно низкие значения самореализации (5 баллов и менее); социоэмоциональной поддержки (5 баллов и менее); а также восприятия качества жизни в целом. Показано, что особенности качества жизни, оцененные с помощью методики Mezzich, при их комплексном использовании в составе последовательной процедуры Вальда (в модификации Е. В. Гублера) в качестве косвенных признаков — маркеров ПШ могут служить дополнительным средством повышения надежности диагностики этого вида психопатологии.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, диагностика, косвенные признаки, качество жизни

The aim of this work is a quantitative description of the various components of quality of life (QOL) in patients with paranoid schizophrenia (PS) and assessment of their integrated use to improve the reliability of the diagnosis of this disease.

Using methods for the assessment of QOL by Mezzich et al and brief self-report psychometric questionnaire of severity of psychopathological symptoms Derogatis (SCL-90-R) 107 male patients with PH's and 70 healthy men of comparable age were examined (36.45 ± 0.91 years and a 36.53 ± 1.74 years accordingly).

It was found that QOL in patients with PS in general was significantly lower in comparison with practically healthy persons; the most informative and reliable markers of the presence of paranoid schizophrenia are relatively low values of self-realization (5 points or less); socio-emotional support (5 points or less); and perceived quality of life in general. It was shown that features of quality of life (assessed with method by Mezzich) at their complex use as a part of the sequential procedure by Wald (in the modification of E. V. Gubler) as indirect signs — markers of PS, can serve as an additional means of improving the reliability of diagnosis of this psychopathology type.

Key words: paranoid schizophrenia, diagnosis, indirect signs, quality of life

За визначенням ВООЗ, *якість життя (ЯЖ)* — це сприйняття людиною своєї позиції у житті, зокрема фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, а також ступеня задоволеності конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту [1].

С точки зору доказової медицини, ЯЖ пацієнта — це єдиний вартий уваги критерій ефективності лікування, якщо мова йде про хронічні хвороби, що не створюють негайної загрози життю хворого [2]. До таких хвороб належить більшість психічних захворювань, зокрема шизофренія.

Проблема шизофренії і, зокрема, проблема параноїдної шизофренії (ПШ), залишається в центрі уваги дослідників. Це зумовлено значним поширенням цього розладу, тяжкістю перебігу захворювання, а також його вкрай несприятливими економічними та соціальними наслідками. ПШ особливо часто вражає осіб молодого, працездатного віку, при цьому дедалі збільшується показник первинної інвалідності внаслідок цього захворювання [3].

На жаль, і досі питання своєчасного розпізнавання шизофренічного процесу на ранніх етапах його розвитку є таким саме актуальним, як і багато років тому [4, 5]. При цьому, в тих випадках, коли конвенційна діагностика недостатньо надійна, особливою діагностичного значення набуває поєднання «малих», неспецифічних ознак, супутніх основному захворюванню. Такими інформативними поєднаннями «малих», неспецифічних ознак можуть виявитися, наприклад, сукупності окремих складників ЯЖ.

Але для практичного застосування згаданих сполучень «малих» ознак потрібна точна кількісна оцінка їх інформативності та строго формальна процедура комплексного їх врахування в процесі діагностики.

Отже, мета роботи полягала в оціненні діагностичної значущості ЯЖ хворих на ПШ з визначенням характерних для цього захворювання маркерів і можливості їхнього використання для підвищення надійності розпізнавання цього психічного розладу із застосуванням сучасних методів комплексного врахування різномірних ознак.

На базі відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії

та наркології Національної академії медичних наук України» (м. Харків) та КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» було обстежено у стаціонарі 107 пацієнтів чоловічої статі віком $36,45 \pm 0,91$ років хворих на ПШ з безперервним типом перебігу цього захворювання. Групу порівняння склали 70 здорових добровольців чоловічої статі віком $36,53 \pm 1,74$ років.

Для оцінення ЯЖ хворих на ПШ у цьому дослідженні використовували методику J. E. Mezzich із співавторами [6], яка відображає основні складові цього інтегрального показника, а саме: фізичне благополуччя; психологічне/емоційне благополуччя; самообслуговування та незалежність дій; працездатність; міжособистісна взаємодія; соціоемоційна підтримка; громадська та службова підтримка; особиста реалізація; духовна реалізація; загальне сприйняття ЯЖ (відчуття задоволеності та щастя у житті взагалі).

Кількісне оцінювання наявних психічних та поведінкових розладів (для визначення їхнього впливу на показники ЯЖ) здійснювали із застосування опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики Derogatis (SCL-90-R) [7, 8].

Оброблення даних здійснювали методами математичної статистики: дисперсійний, кореляційний аналізи, а також обчислення діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (MI) ознак, що вивчались, на комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 та Excel (з пакету Microsoft Office 2010) [9, 10].

На початку роботи були визначені середні значення різних показників ЯЖ (за Mezzich) в групах порівняння (табл. 1). Отримані дані свідчать про достовірно нижчі середні значення показників ЯЖ у групі хворих на ПШ, ніж в контрольній групі психічно здорових осіб.

Більш поглиблене вивчення відмінностей ЯЖ в групах порівняння дозволило визначити діагностичні власти-

вості показників ЯЖ (оцінок за шкалами опитувальника Mezzich) і виявити маркери наявності-відсутності ПШ (за допомогою зіставлення їхніх частот з відповідними частотами в контрольній групі і подальшими розрахунками діагностичних коефіцієнтів (ДК) та мір інформативності Кульбака (MI) (табл. 2).

Таблиця 1. Середні значення показників ЯЖ (за Mezzich) в групах порівняння

Ознаки (показники ЯЖ за Mezzich)	Середні значення ($M \pm m$)		p
	Хворі (n = 107)	Здорові (n = 70)	
Фізичне благополуччя	6,64 ± 0,26	7,83 ± 0,18	0,00012
Психологічне й емоційне благополуччя	6,79 ± 0,26	8,06 ± 0,19	0,00005
Самообслуговування й незалежність у діях	6,89 ± 0,25	9,03 ± 0,15	< 0,00001
Працездатність	6,86 ± 0,26	8,60 ± 0,17	< 0,00001
Міжособистісна взаємодія	6,97 ± 0,24	8,39 ± 0,15	< 0,00001
Соціоемоційна підтримка	6,77 ± 0,28	8,04 ± 0,18	0,00008
Суспільна й службова підтримка	6,05 ± 0,27	7,41 ± 0,18	0,00002
Самореалізація	6,28 ± 0,29	8,03 ± 0,15	< 0,00001
Духовна реалізація	7,03 ± 0,27	5,90 ± 0,32	0,00402
Загальне сприйняття ЯЖ	6,36 ± 0,26	8,10 ± 0,14	< 0,00001

Примітки. Значення подано у форматі «Середнє арифметичне ± стандартна похибка середнього арифметичного» ($M \pm m$); p — достовірність різниць між групами порівняння (показано лише значення $p < 0,05$)

Таблиця 2. Показники ЯЖ як маркери наявності-відсутності ПШ (маркери подано в порядку зменшення інформативності)

Шкала	Діапазон, бали	Частоти ознак				p	Відношення (A/B)	ДК	MI	p	Відношення (A/B)	ДК	MI
		абс., осіб		відносні, %									
		Хворі (n = 107)	Здорові (n = 70)	Хворі (A)	Здорові (B)								
Маркери наявності ПШ													
№ 1	≤ 5	50	2	46,73	2,86	< 0,00001	16,36	12,14	2,66				
№ 2	≤ 6	52	3	48,60	4,29	< 0,00001	11,34	10,55	2,34				
№ 3	≤ 5	39	3	36,45	4,29	< 0,00001	8,50	9,30	1,50				
№ 4	≤ 6	43	5	40,19	7,14	< 0,00001	5,63	7,50	1,24				
№ 5	≤ 5	50	7	46,73	10,00	< 0,00001	4,67	6,70	1,23				
№ 6	≤ 7	59	10	55,14	14,29	< 0,00001	3,86	5,87	1,20				
№ 7	≤ 5	42	5	39,25	7,14	< 0,00001	5,50	7,40	1,19				
№ 8	≤ 7	56	11	52,34	15,71	< 0,00001	3,33	5,23	0,96				
№ 9	> 9	33	5	30,84	7,14	0,00007	4,32	6,35	0,75				
№ 10	≤ 6	48	11	44,86	15,71	0,00003	2,85	4,56	0,66				
Сумарна інформативність (Σ_{MI}) маркерів									13,72				
Маркери відсутності ПШ													
	> 6	55	67	51,40	95,71	< 0,00001	0,54	-2,70	0,60				
	> 7	48	60	44,86	85,71	< 0,00001	0,52	-2,81	0,57				
	> 5	57	68	53,27	97,14	< 0,00001	0,55	-2,61	0,57				
	> 7	51	59	47,66	84,29	< 0,00001	0,57	-2,48	0,45				
	> 5	57	63	53,27	90,00	< 0,00001	0,59	-2,28	0,42				
	> 6	64	65	59,81	92,86	< 0,00001	0,64	-1,91	0,32				
	> 5	65	65	60,75	92,86	< 0,00001	0,65	-1,84	0,30				
	> 5	68	67	63,55	95,71	< 0,00001	0,66	-1,78	0,29				
	> 6	59	59	55,14	84,29	0,00003	0,65	-1,84	0,27				
	≤ 9	74	65	69,16	92,86	0,00007	0,74	-1,28	0,15				
												3,93	

Примітки. Достовірність різниць між групами порівняння розрахована точним методом Фішера (ТМФ); наведені лише значення $p < 0,05$. Під час обчислення ДК та MI «нульові» значення абсолютних частот замінювали на одиничні (за Е. В. Гублером, 1978). Умовні скорочення: Тут і далі: № 1 — фізичне благополуччя; № 2 — психологічне й емоційне благополуччя; № 3 — самообслуговування й незалежність у діях; № 4 — працездатність; № 5 — міжособистісна взаємодія; № 6 — соціо-емоційна підтримка; № 7 — суспільна й службова підтримка; № 8 — самореалізація; № 9 — духовна реалізація; № 10 — загальне сприйняття ЯЖ

Таким способом було встановлено, що маркерами наявності ПШ за шкалами опитувальника Mezzich (в порядку зменшення інформативності) є: самореалізація 5 балів і менше (ДК = 12,14; MI = 2,66); загальне сприйняття ЯЖ 6 балів і менше (ДК = 10,55; MI = 2,34); соціо-емоційна підтримка 5 балів і менше (ДК = 9,30; MI = 1,50); працездатність 6 балів і менше (ДК = 7,50; MI = 1,24); суспільна й службова підтримка 5 балів і менше (ДК = 6,70; MI = 1,23); самообслуговування й незалежність у діях

7 балів і менше (ДК = 5,87; MI = 1,20); фізичне благополуччя 5 балів і менше (ДК = 7,40; MI = 1,19); міжособистісна взаємодія 7 балів і менше (ДК = 5,23; MI = 0,96); духовна реалізація більш ніж 9 балів (ДК = 6,35; MI = 0,75); а також психологічне й емоційне благополуччя 6 балів і менше (ДК = 4,56; MI = 0,66). Аналогічно були встановлені і маркери відсутності ПШ (див. табл. 2).

Наступний етап роботи було присвячено дослідженню зв'язків між окремими показниками ЯЖ (табл. 3).

Таблиця 3. Кореляційні зв'язки між показниками ЯЖ (за Mezzich), а також між зазначеними показниками та віком в групах порівняння

Ознаки	Коефіцієнти кореляції ознак										
	Шкала Mezzich										
	Вік	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	№ 7	№ 8	№ 9	№ 10
Хворі (n = 107)											
Вік	1,00										
Шкала Mezzich	№ 1	-0,09	1,00								
	№ 2	0,03	0,80	1,00							
	№ 3	0,00	0,44	0,55	1,00						
	№ 4	-0,09	0,62	0,55	0,49	1,00					
	№ 5	0,02	0,67	0,59	0,54	0,55	1,00				
	№ 6	-0,22	0,40	0,41	0,34	0,42	0,50	1,00			
	№ 7	-0,09	0,38	0,34	0,37	0,46	0,50	0,48	1,00		
	№ 8	0,04	0,50	0,60	0,39	0,44	0,51	0,41	0,47	1,00	
	№ 9	0,11	0,51	0,55	0,49	0,40	0,61	0,47	0,49	0,58	1,00
	№ 10	-0,01	0,69	0,66	0,41	0,57	0,58	0,39	0,51	0,65	0,58
Здорові (n = 70)											
Вік	1,00										
Шкала Mezzich	№ 1	-0,69	1,00								
	№ 2	-0,35	0,61	1,00							
	№ 3	-0,45	0,50	0,32	1,00						
	№ 4	-0,53	0,56	0,25	0,71	1,00					
	№ 5	-0,28	0,39	0,50	0,15	0,26	1,00				
	№ 6	-0,27	0,48	0,63	0,17	0,19	0,77	1,00			
	№ 7	-0,18	0,28	0,32	0,18	0,39	0,51	0,46	1,00		
	№ 8	-0,29	0,43	0,47	0,16	0,20	0,60	0,69	0,50	1,00	
	№ 9	-0,27	0,20	0,11	0,05	0,04	0,30	0,42	0,22	0,42	1,00
	№ 10	-0,42	0,54	0,62	0,36	0,36	0,53	0,72	0,57	0,58	0,48

Примітки. Достовірні ($p < 0,05$) коефіцієнти кореляції виділено сірою заливкою (насиченість кольору вказує на силу зв'язку)

У групі хворих на ПШ виявлені достовірні ($p < 0,05$) і достатньо міцні ($r_{xy} > +0,4$) прямі кореляційні зв'язки майже між всіма показниками ЯЖ. Найміцніший зв'язок виявився між фізичним благополуччям і психологічним й емоційним благополуччям ($r_{xy} = 0,80$).

При цьому в зазначеній групі був зафіксований лише один достовірний ($p < 0,05$), але слабкий ($r_{xy} < -0,2$), зворотний кореляційний зв'язок: між віком та соціо-емоційною підтримкою. В решті випадків рівень показників ЯЖ у групі хворих на ПШ не залежав від віку.

В групі здорових обстежених достовірні ($p < 0,05$) і достатньо міцні ($r_{xy} > +0,4$) прямі кореляційні зв'язки були не такими численними. При цьому особливо міцними

($r_{xy} > +0,7$) вони виявились між самообслуговуванням й незалежністю у діях та працездатністю; соціо-емоційною підтримкою та міжособистісною взаємодією; загальним сприйняттям ЯЖ і соціо-емоційною підтримкою.

На відміну від хворих на ПШ, в групі здорових обстежених зафіксовані достовірні ($p < 0,05$) і достатньо міцні ($r_{xy} < -0,4$) зворотні кореляційні зв'язки між віком та фізичним благополуччям ($r_{xy} = -0,69$), самообслуговуванням й незалежністю у діях, працездатністю, загальним сприйняттям ЯЖ; відносно міцні ($r_{xy} < -0,3$) — між віком та психологічним й емоційним благополуччям. Інакше кажучи, рівень показників ЯЖ у групі здорових добровольців з віком достовірно зменшувався (див. табл. 3).

Оцінення показників ЯЖ і ступеня вираженості наявних психічних та поведінкових розладів за Derogatis дозволило визначити кореляційні зв'язки між ними (табл. 4).

Було встановлено, що всі виявлені достовірні ($p < 0,05$) зв'язки між зазначеними параметрами виявились очікувано зворотними. Тобто, зростання показників вираже-

ності психопатологічних симптомів за опитувальником Derogatis завжди супроводжувалось зменшенням показників ЯЖ за Mezzich (табл. 4).

Найбільш численні достовірні міцні ($r_{xy} < -0,4$) і середньої міцності ($r_{xy} < -0,3$) зворотні кореляційні зв'язки між параметрами спостерігались в групі хворих на ПШ.

Таблиця 4. Кореляція між показниками ЯЖ (за Mezzich) та оцінками психопатологічної симптоматики за шкалами опитувальника Derogatis в групах порівняння

Ознаки	Коефіцієнти кореляції ознак											
	Шкала Mezzich											
	Вік	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5	№ 6	№ 7	№ 8	№ 9	№ 10	
Хворі (n = 107)												
Шкала Derogatis	SOM	0,11	-0,44	-0,44	-0,25	-0,44	-0,43	-0,33	-0,28	-0,35	-0,21	-0,44
	O-C	0,01	-0,46	-0,50	-0,44	-0,43	-0,44	-0,31	-0,35	-0,38	-0,29	-0,47
	INT	0,11	-0,27	-0,34	-0,30	-0,28	-0,33	-0,45	-0,48	-0,27	-0,21	-0,40
	DEP	0,10	-0,47	-0,54	-0,39	-0,43	-0,42	-0,35	-0,38	-0,42	-0,25	-0,55
	ANX	0,08	-0,48	-0,56	-0,39	-0,40	-0,47	-0,39	-0,38	-0,38	-0,33	-0,48
	HOS	0,08	-0,17	-0,24	-0,19	-0,04	-0,22	-0,28	-0,31	-0,13	-0,10	-0,28
	PHOB	0,05	-0,35	-0,39	-0,38	-0,44	-0,47	-0,45	-0,41	-0,32	-0,31	-0,43
	PAR	0,10	-0,23	-0,26	-0,21	-0,23	-0,18	-0,44	-0,34	-0,27	-0,12	-0,33
	PSY	0,10	-0,44	-0,46	-0,42	-0,34	-0,43	-0,38	-0,42	-0,32	-0,29	-0,43
	ADD	0,03	-0,41	-0,46	-0,40	-0,38	-0,43	-0,34	-0,38	-0,37	-0,31	-0,51
	GSI	0,09	-0,44	-0,50	-0,40	-0,41	-0,45	-0,42	-0,43	-0,38	-0,28	-0,50
Здорові (n = 70)												
Шкала Derogatis	SOM	0,53	-0,55	-0,33	-0,43	-0,43	-0,26	-0,17	-0,18	-0,14	-0,09	-0,16
	O-C	0,24	-0,33	-0,31	-0,51	-0,35	-0,10	-0,12	0,06	-0,07	0,03	-0,13
	INT	0,11	-0,27	-0,59	-0,13	-0,03	-0,40	-0,46	-0,27	-0,29	-0,16	-0,36
	DEP	0,16	-0,28	-0,39	-0,35	-0,26	-0,09	-0,21	-0,14	0,06	-0,22	-0,30
	ANX	0,14	-0,28	-0,36	-0,26	-0,20	-0,16	-0,19	-0,18	-0,08	0,05	-0,16
	HOS	0,27	-0,36	-0,48	-0,10	-0,21	-0,47	-0,54	-0,33	-0,34	-0,33	-0,55
	PHOB	-0,16	0,09	-0,28	-0,13	-0,06	-0,02	0,00	-0,06	0,20	0,18	0,01
	PAR	0,13	-0,20	-0,30	-0,09	-0,11	-0,47	-0,59	-0,45	-0,40	-0,46	-0,58
	PSY	0,11	0,05	-0,13	-0,18	-0,09	-0,08	-0,11	-0,05	-0,09	-0,28	-0,14
	ADD	0,28	-0,41	-0,45	-0,45	-0,39	-0,15	-0,22	-0,13	-0,15	0,05	-0,27
	GSI	0,34	-0,45	-0,53	-0,44	-0,37	-0,32	-0,36	-0,24	-0,19	-0,16	-0,36

Примітки. Достовірні ($p < 0,05$) коефіцієнти кореляції виділено сірою заливкою (насиченість кольору вказує на силу зв'язку). Шкали опитувальника Derogatis: SOM — шкала соматизації; O-C — шкала обесивності-компульсивності; INT — шкала міжособистісної сенситивності; DEP — шкала депресії; ANX — шкала тривожності; HOS — шкала ворожості; PHOB — шкала фобічної тривожності; PAR — шкала паранояльності; PSY — шкала психотизму; ADD — шкала додаткова; GSI — шкала загальної вираженості психопатологічної симптоматики

Загальна вираженість психопатологічної симптоматики (GSI) найміцніше асоціювалась з фізичним благополуччям, психологічним й емоційним благополуччям, працездатністю, міжособистісною взаємодією, соціоемоційною підтримкою, суспільною й службовою підтримкою і загальним сприйняттям ЯЖ.

У групі здорових добровольців зафіксовано вдвічі менше кореляційних зв'язків (див. табл. 4), що, очевидно, пояснюється нижчим рівнем психопатологічної симптоматики. У контрольній групі зафіксовані достовірні і достатньо міцні ($r_{xy} < -0,4$) зворотні кореляційні зв'язки між загальною вираженістю психопатологічної симптоматики (GSI) і фізичним благополуччям, психологічним й емо-

ційним благополуччям, а також самообслуговуванням й незалежністю у діях.

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

1. Середні значення практично всіх складників ЯЖ (за шкалою за Mezzich) у хворих на ПШ є достовірно нижчими, ніж у практично здорових осіб, що закономірно відбивається у відмінностях інтегральних оцінок ЯЖ в зазначених групах порівняння ($6,36 \pm 0,26$ і $8,10 \pm 0,14$ бала відповідно при $p < 0,001$).

2. Найбільш інформативними та достовірними ($p < 0,00001$) маркерами наявності ПШ є відносно низькі значення самореалізації (5 балів і менше при ДК = 12,14

та MI = 2,66); соціоемоційної підтримки (5 балів і менше при ДК = 9,30 та MI = 1,50); а також сприйняття якості життя загалом (6 балів і менше при ДК = 10,55 та MI = 2,34).

3. Виявлено достовірні і достатньо міцні прямі кореляційні зв'язки між всіма показниками ЯЖ у хворих на ПШ, що свідчить про консолідований характер змін різних обставин життя пацієнтів під впливом цієї хвороби. При цьому найміцніший зв'язок виявився між фізичним і психоемоційним благополуччям ($r_{xy} = 0,80$).

4. В цілому рівень показників ЯЖ у хворих на ПШ практично не залежить від віку (що може бути наслідком неадекватної оцінки несприятливих вікових змін), тоді як у практично здорових осіб рівень показників ЯЖ з віком достовірно зменшується.

5. Зростання вираженості психопатологічної симптоматики у хворих на ПШ завжди супроводжується зниженням ЯЖ. Цей феномен притаманний і практично здоровим особам, однак його вираженість істотно менша, що природно пояснюється значно нижчим рівнем психопатологічних проявів.

Список літератури

1. Критерий качества жизни в психиатрической практике / [Марута Н. А., Панько Т. В., Явдак И. А. и др.]. Харьков : РИФ «Арсис», ЛТД, 2004. 240 с.
2. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. Москва : Медиа Сфера, 1998. 352 с.
3. Марута Н. А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Архів психіатрії. 2011. Т. 17, № 3 (66). С. 5—9.
4. Юрьева Л. Н. Шизофрения : клиническое руководство для врачей. Днепропетровск : «Новая идеология», 2010. 244 с.
5. Іващенко Н. Є. Внутрішня картина хвороби і реабілітація пацієнтів з параноїдною шизофренією [Електронний ресурс] :

автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : Київ, 2014. 18 с. Режим доступу : <http://library.gov.ua/>

6. Validation an efficient quality life index / [J. E. Mezzich, N. Cohen, J. Liu, et al.] // Abstracts XI World Congress Psychiatry "Psychiatry on New Thresholds". Hamburg, Germany, 6—11 August 1999. P. 427—428.

7. Derogatis L. R., Lipman R. S., Covi L. SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale. Preliminary report // Psychopharmacology Bulletin. 1973. Vol. 9, № 1. P. 13—27.

8. Derogatis L. R., Rickels K., Rock A. The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale // British Journal of Psychiatry. 1976. Vol. 128. P. 280—289.

9. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.

10. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Моріон, 2000. 320 с.

Надійшла до редакції 15.03.2017 р.

ЮРЧЕНКО Ольга Миколаївна, аспірант відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: yurchenko_olya@yahoo.com

ЛІНСЬКИЙ Ігор Володимирович, доктор медичних наук, завідувач відділу невідкладної психіатрії і наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: i_linskiy@yahoo.com

YURCHENKO OIha, Postgraduate Student of Department of emergency psychiatry and narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: yurchenko_olya@yahoo.com

LINSKIY Igor, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: i_linskiy@yahoo.com