

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИМИ ДЕПРЕССИЯМИ

Б. М. Аширбеков

Во второй половине прошлого века на фоне общего роста депрессивных расстройств [1], в том числе в структуре шизофрении [2, 3], внимание психиатров стали привлекать так называемые постшизофренические депрессии (ПШД). В ранее проведенных исследованиях [4 - 9] были подробно изучены различные стороны данной проблемы. Однако до настоящего времени остаются практически не освещенными социальные аспекты, в литературе имеются лишь указания на повышенный риск суицида при ПШД [10, 11] и отдельные, порой противоречивые, данные о влиянии ПШД на социальную адаптацию больных [6, 7, 12]. В то время как исследование данного вопроса позволило бы понять клинко-социальные взаимосвязи при данной патологии и разработать дифференцированные методы реабилитационных мероприятий, без которых невозможна полноценная психиатрическая помощь [13]. В связи с этим **целью** исследования явилось определение характера влияния постшизофренической депрессии на показатели социальной адаптации больных шизофренией.

Материалы исследования

Обследовано 102 человека, больных шизофренией, из числа которых образовано две группы: основная и контрольная.

В первую группу вошел 61 больной с ПШД. Все больные были отобраны в ходе сплошного не выборочного обследования во взрослом диспансерном отделении Центра психического здоровья (ЦПЗ) г. Алматы и в отделениях Республиканского научно-практического центра психиатрии, психотерапии и наркологии (РНПЦ ППН). Все обследованные лица – жители г. Алматы¹.

Критерии включения в первую группу: 1) соответствие критериям ПШД согласно МКБ - 10 [14]; 2) возраст от 18 до 60 лет; 3) отсутствие сопутствующей психической патологии (умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, зависимость от психоактивных веществ) и хронической соматической патологии в стадии декомпенсации.

Среди обследованных лица мужского пола составили 23 человека; лица женского пола – 38 человека. На преобладание среди больных с постшизофренической депрессией лиц женского пола указывают и другие исследователи [7]. Эпидемиологические

исследования, проведенные в РНПЦ ППН, также свидетельствуют о преобладании женщин среди больных с шизофреническими депрессиями [3]. Средний возраст обследованных составил 40,44±9,34 лет. Средняя длительность течения болезни: 14,07±10,02 лет. Длительность болезни до 5 лет у 12 больных (19,67%), от 5 до 10 лет – у 16 (26,23%), свыше 10 лет – у 33 больных (54,1%). Непрерывное прогрессивное течение наблюдалось у 14 больных (22,95%), шубообразное – у 47 больных (77,05%).

Длительность ПШД на момент обследования составляла у 25 больных до 6 месяцев (2,91±1,49 мес.), у 16 больных – от 6 месяцев до 12 месяцев (7,5±1,75 мес.), у 20 больных – свыше 12 месяцев (23,2±11,55 мес.).

Вторую группу составил 41 больной с ремиссией без продуктивных аффективных расстройств. Под ремиссией мы понимаем «ослабление и смягчение всей симптоматики, обеспечивающей в той или иной степени социальное и трудовое приспособление больного и обнимающее широкий диапазон от граничащих с практическим выздоровлением до тех, при которых уже отчетливо выступают симптомы дефекта» [15].

Все больные находились под динамическим диспансерным наблюдением в ЦПЗ г. Алматы, пациенты были отобраны сплошным не выборочным методом на одном из врачебных участков.

Критерии включения во вторую группу: 1) соответствие критериям шизофрении согласно МКБ - 10; 2) возраст от 18 до 60 лет; 3) отсутствие сопутствующей психической патологии (умственная отсталость, органическое поражение головного мозга, зависимость от психоактивных веществ) и хронической соматической патологии в стадии декомпенсации.

Больных мужского пола в группе – 17 человек; женского пола – 24 человека. Средний возраст обследованных составил 44,32±10,02 лет. Средняя длительность течения болезни: 16,43±9,94 лет. Длительность болезни до 5 лет – у 9 больных (21,95%), от 5 до 10 лет – у 7 (17,07%), свыше 10 лет – у 25 больных (60,98%). Непрерывное прогрессивное течение отмечалось у 11 больных (26,83%), шубообразное течение – 30 больных (73,17%).

Необходимо отметить, что были обследованы больные, находящиеся на диспансерном учете и регулярно наблюдающиеся у врачей (на приеме или на дому). В исследование не вошли лица, состоящие на

¹ В обе группы вошли только пациенты, проживающие в г. Алматы для исключения влияния на результаты исследования факторов, связанных с социально-экономическими особенностями других регионов

учете, но с качественной глубокой ремиссией и с хорошей социальной адаптацией (как правило, предпочитающие не посещать диспансер), не нуждающиеся в активной терапии и реабилитационных мероприятиях. Вследствие значимости для исследования показателей самооценки больных в исследование не были включены больные с выраженным дефектом, достигающим степени деменции.

Методы исследования

Диагностика постпсихотической депрессии проводилась по критериям МКБ - 10 с применением клинико-психопатологического метода. Показатели социального функционирования (СФ) и качества жизни (КЖ) определялись при помощи «Опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных», разработанного в Московском НИИ психиатрии [16] и «Шкалы оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах», разработанного в Санкт-Петербургском НИПНИ [17]). Исходя из более узкого понимания качества жизни как преимущественно субъективного показателя [19-21], при оценке качества жизни мы опирались на данные самооценки больных.

Полученные данные обрабатывались статистически с применением χ^2 – критерия Пирсона и критерия χ^2 - угловое преобразование Фишера.

При исследовании мы применили условное разделение показателей социальной адаптации и качества жизни в широком понимании на три компонента [22]: объективное функционирование в различных социальных сферах; условия жизни (социальная поддержка, стандарт жизни); субъективное

благополучие и удовлетворенность различными сторонами жизни (качество жизни в узком смысле [19-21]).

Для определения особенностей социального функционирования и качества жизни лиц с постпсихотической депрессией, проводился сравнительный анализ социальных показателей у больных с ПШД (первая группа) и больных в ремиссии без ПШД (вторая группа). Сравнение двух групп, в одной из которых клиническое состояние больных обусловлено актуальной текущей депрессией, а в другой отсутствует актуальная текущая патология (или, во всяком случае, болезненные проявления все же позволяют применить понятие ремиссии), допускается нами исходя из того, что данные группы пребывают в одинаковых условиях диспансерного наблюдения и оказания медицинской помощи, образуя плохо дифференцируемый в настоящее время единый контингент больных (о чем свидетельствуют результаты предварительного этапа настоящего исследования [18]).

Результаты исследования

Социальное функционирование в различных сферах

По шкале оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах (являются по существу показателями «глобальной» оценки социального функционирования) наихудшие показатели в обеих группах оказались в сферах профессиональной деятельности и межличностных отношений (внесемейных, супружеских, сексуальных), наилучшие показатели в сфере бытовой адаптации (таблица № 1).

Таблица № 1

Результаты оценки дефекта функционирования больных в разных социальных сферах (показатели общего среднего балла)

Социальная сфера	Оценка (в баллах)	
	1 группа (n=61)	2 группа (n=41)
Профессиональная сфера	3,74±0,83	3,32±1,07
Сфера межличностных отношений (внесемейных)	3,11±0,86	2,45±0,96
Сфера супружеских отношений (исключая сексуальные)	3,66±0,98	3,87±0,56
Воспитание детей	3,33±1,19	3,06±1,28
Родительская семья	2,51±0,99	2,48±0,92
Организация быта повседневной жизни	1,69±0,97	1,59±0,72
Сексуальные отношения	3,71±0,84	3,68±0,54

Градация: 0 баллов – отсутствие дефекта; 1 балл – легкий дефект; 2 балла – умеренный дефект; 3 балла – значительный дефект; 4 баллов – тяжелый дефект.

Образование и трудовая деятельность

При оценке функционирования в профессиональной сфере отмечается преобладание в группе больных с ПШД пациентов с тяжелой степенью дефекта ($p<0,01$) (рисунок 1).

Образовательный уровень обследованных в обеих группах был достаточно высоким: более половины лиц имели высшее или среднее специальное образование (62,41% в первой группе и 65,85% во второй), и статистически достоверно не различался

Распределение больных по степени дефекта функционирования в профессиональной сфере



0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

между группами ($p > 0,05$). Однако анализ профессиональной деятельности показал низкую степень вовлеченности больных в трудовую деятельность. В первой группе имеющих работу оказалось 5 человек (8,19%), занятых неквалифицированным трудом (из них 3 больных имели вторую группу инвалидности, 2 – третью). Во второй группе имели работу 7 человек (17,07%), также занятых неквалифицированным трудом (все имели 2 группу инвалидности).

Никто из пациентов первой группы на момент обследования не учился. Во второй группе 1 пациент заочно учился в колледже.

Из обследованных пациентов не имели группу инвалидности в первой группе 8 больных (13,11%), во второй – 3 (7,32%), имели третью группу в первой – 7 (11,48%), во второй – 3 (7,32%), вторую группу в первой – 46 (75,41%), во второй – 35 (85,36%).

Социальные контакты

При анализе сферы внесемейных социальных контактов больных отмечается преобладание в первой группе больных с более выраженным дефектом функционирования ($p < 0,05$) (диаграмма 2).

Рисунок 2

Распределение больных по степени дефекта в сфере межличностных отношений (внесемейных)



0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

Более выраженные различия выявляются при анализе характера круга общения ($p < 0,01$). В первой группе преобладали больные с узким кругом общения, ограниченным только членами семьи, совместно проживающими родственниками,

без проявления инициативы со стороны больных в контактах. Вторая группа была в большей степени представлена пациентами с более разнообразным и широким кругом общения (таблица № 2).

Таблица № 2

Характеристика круга общения больных

Характеристика круга общения	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Общение только с совместно проживающими членами семьи без инициативы больного (при одиночном проживании практическое отсутствие общения)	26	42,62	7	17,07

Характеристика круга общения больных

Характеристика круга общения	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Общение ограничено семейным окружением, в том числе и по инициативе больного	30	49,18	14	34,15
Общение с домашними и небольшим кругом друзей, знакомых, коллег	5	8,2	16	39,02
Широкий круг общения	0	0	4	9,75
Всего	61	100	41	100

Семейные отношения

В сфере супружеских отношений в обеих группах значительно преобладали больные с тяжелым дефектом функционирования (рисунок 3), в основном за счет незначительного числа пациентов в обеих

группах, состоящих в браке (учитывая и гражданский брак) (таблица № 3).

По степени дефекта функционирования в сфере супружеских отношений и характеру семейного положения различия обеих групп не достигали статистической значимости ($p > 0,05$).

Рисунок 3

Распределение больных по степени дефекта в сфере супружеских отношений (исключая сексуальные)



0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

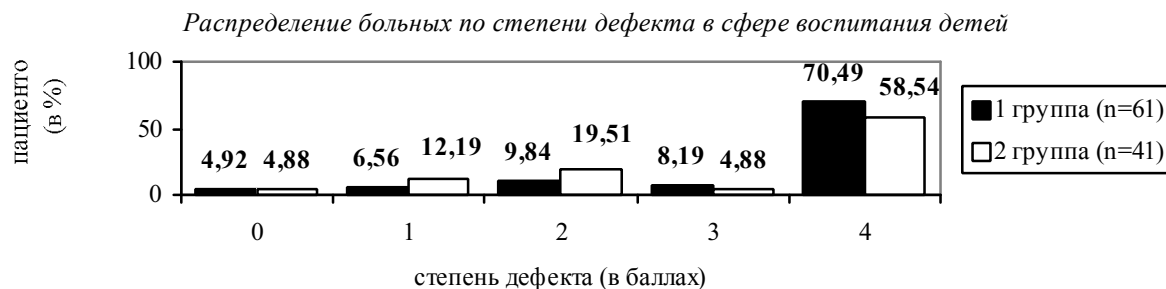
Таблица № 3

Семейное положение обследованных лиц

Семейное положение	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Никогда не состояли в браке	24	39,34	23	56,1
Разведенные	28	45,90	12	29,27
Овдовевшие	1	1,64	2	4,88
В браке	8	13,12	4	9,75
Всего	61	100	41	100

Анализ состава семьи также показал незначительные различия обеих групп: одинокие больные в первой группе составили 4,92%, во второй – 12,2%; больные, проживающие совместно с одним из родителей – 27,87% и 29,27%; больные, проживающие

в родительской семье (с родителями и/или братьями, сестрами) – 16,39% и 9,76%; с собственной семьей (супругом и/или детьми) – 32,79% и 29,27%; с семьей родственников – 18,03% и 19,51% соответственно ($p > 0,05$).

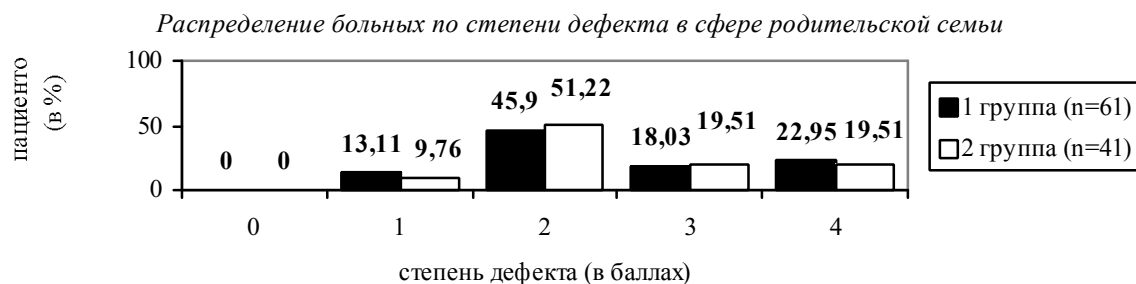


0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

Различия между пациентами обеих групп в сфере воспитания детей не достигают статистической значимости ($p > 0,05$) (рисунок 4). В обеих группах преобладают пациенты с тяжелым дефектом, в основном за счет отсутствия собственной

семьи и низкой репродуктивности. Так, в первой группе пациентов, не имеющих детей – 33 (54,09%), во второй – 24 (58,54%). При наличии же детей зачастую отмечается малое участие в их воспитании и судьбе.

Рисунок 5



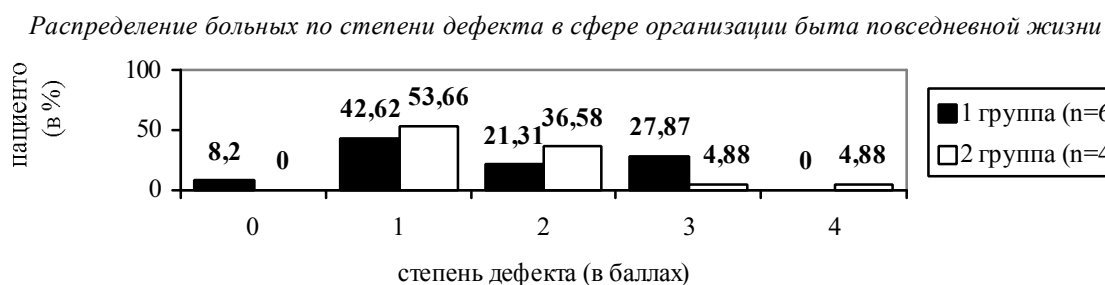
0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

Сфера родительской семьи оказалась для обеих групп одной из сфер с относительно менее выраженным дефектом функционирования. Различия между группами были крайне незначительными. Непосредственное проживание в родительской семье² большинства больных обеих групп обуславливала вовлечение их в той или иной мере в достижение общих семейных целей и большую компенсированность в данной сфере.

Организация быта повседневной жизни

Уровень функционирования в бытовой сфере в обеих группах оказалась наилучшей. При сравнении же групп в первой группе приспособленность в быту оказалась хуже: почти треть пациентов первой группы (27,87%) имела значительный дефект функционирования, во второй же группе подавляющее большинство имели легкий и умеренный дефект (53,66% и 36,58% соответственно) ($p < 0,01$) (диаграмма 6).

Рисунок 6



0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

² Под родительской семьей подразумеваются родители и родственники больного, родственные связи с которыми восходят к родителям

Проводилась оценка дневной активности больных, учитывающая деятельность больных в течение дня, активность в ведении домашних дел, работ, характер проведения досуга.

Сниженной дневной активностью характеризовались 26 (42,62%) пациентов первой группы и 12 (29,27%) больных второй, в течение дня они предпочитали находиться дома, проводили время за просмотром телепередач либо подолгу залеживались в постели, крайне редко выходили на прогулки. Пациенты, которые, главным образом, вели домашнее хозяйство, выходили из дома, как правило, только для покупки продуктов.

У 35 (57,38%) пациентов первой и 26 (63,41%) пациентов второй группы можно было дневную активность охарактеризовать как удовлетворительную. Они достаточно активно участвовали в ведении домашнего хозяйства (хотя и в меньшем объеме, чем ранее), большую часть времени проводили

за просмотром телепередач, за чтением, либо были заняты на работе. До 1 - 2 раз в неделю выходили на прогулки, при наличии контактов вне семьи, иногда встречались с друзьями.

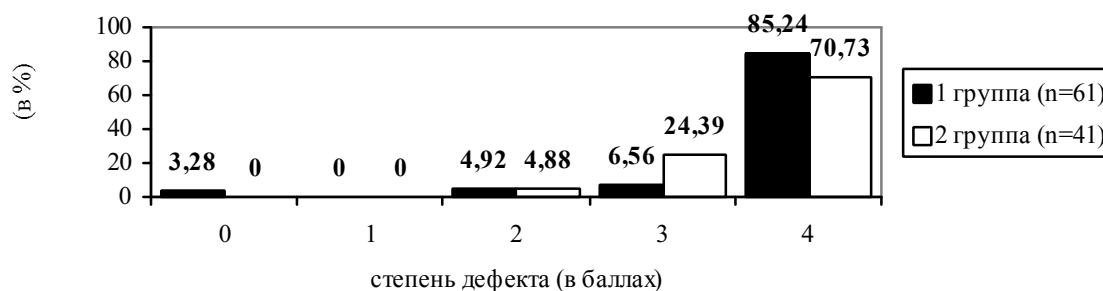
Очень хорошая дневная активность выявлена только во второй группе у 3 (7,32%) пациентов. Больные были достаточно продуктивны в своей деятельности, в течение дня они были заняты на работе, в быту активно участвовали в ведении домашних дел, в решении семейных проблем.

Сексуальные отношения

В сфере сексуальных отношений в обеих группах подавляющее большинство больных имели тяжелую и значительную степени дефекта функционирования (диаграмма 7). Группы больных с ПШД и без таковой по данному признаку незначительно различались между собой ($p > 0,05$).

Рисунок 7

Распределение больных по степени дефекта в сфере сексуальных отношений



0 – отсутствие дефекта; 1 – легкий дефект; 2 – умеренный дефект; 3 – значительный дефект; 4 – тяжелый дефект

По данным опроса у 52 больных первой группы (85,24%) и 29 больных второй группы (70,73%) отсутствовала половая жизнь в течение длительного периода (от полугода и больше).

Условия жизни

Материальное положение

Оценка материального положения проводилась в основном при опоре на данные, сообщаемые самим

пациентом, в некоторых случаях их родственниками. Результаты оценки материального положения в целом приведены в таблице № 4.

Анализ материального положения больных показывает тяжелое положение пациентов обеих групп, при этом статистически значимых значительных различий между группами не выявлено. Большинство больных (77,05% в первой группе и 51,22% во второй) имели средства только для пропитания и

Таблица № 4

Результаты оценки материального положения обследованных лиц

Уровень материального положения	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Бедственное материальное положение: голодает, носит чрезвычайно старые и ветхие вещи	0	0	0	0
С трудом сводит «концы с концами», материальных средств хватает только на пропитание, оплату коммунальных услуг, другие расходы недоступны	47	77,05	21	51,22

Результаты оценки материального положения обследованных лиц

Уровень материального положения	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Материальных средств хватает на удовлетворительное питание, периодически может приобретаться одежда	12	19,67	12	29,27
Средств хватает на разнообразное полноценное питание, приобретение хорошей одежды, отдых	2	3,28	8	19,51
очень высокий материальный достаток	0	0	0	0
Всего	61	100	41	100

оплаты коммунальных услуг, какие-либо дополнительные расходы на одежду, отдых, посещение культурно-развлекательных мест им были недоступны. В основном, это были больные, проживающие одни, либо с престарелыми родителями, либо с детьми, и чей доход составлял значимую часть семейного бюджета. Необходимо отметить, что 80,33% больных первой и 78,04% второй группы в качестве источников собственного дохода имели только пособие по инвалидности³.

Более удовлетворительное материальное положение имели больные, проживающие в семье, где остальные члены имели достаточно хороший

заработок. Т.е., для данных пациентов семья играла буферную роль, поддерживая условия жизни на хорошем уровне.

Питание

Тесно связаны с показателями материального достатка условия питания больных. Трудности с питанием испытывали 31,15% больных первой группы и 29,27% - второй ($p > 0,05$), удовлетворительное питание имели 65,57% и 51,22% ($p > 0,05$), полноценное и разнообразное питание – лишь 3,28% и 19,51% ($p < 0,01$) соответственно (таблица № 5).

Таблица № 5

Характеристика питания пациентов

Качество питания	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Голодает	0	0	0	0
Питание скудное, потребляются только дешевые продукты	19	31,15	12	29,27
Питание удовлетворительное, в рационе имеется необходимый набор продуктов без излишеств	40	65,57	21	51,22
полноценное разнообразное питание, потребление дорогих продуктов	2	3,28	8	19,51
Всего	61	100	41	100

Жилищные условия

Большинство пациентов обеих групп имели удовлетворительные жилищные условия. Плохие жилищные условия (отсутствие собственного жилья, перенаселенность, ветхость и обветшалость жилья) имелись 10 больных первой и 6 больных второй группы. Различия между группами не достигали статистической значимости (таблица № 6).

Качество жизни

Глобальная оценка качества жизни проводилась по параметрам «удовлетворенность жизнью «в целом» и «ощущение благополучия» (рисунки 8 и 9). Результаты самооценки больных с ПШД свидетельствуют о более низких субъективных показателях качества жизни в сравнении с контрольной группой ($p < 0,01$).

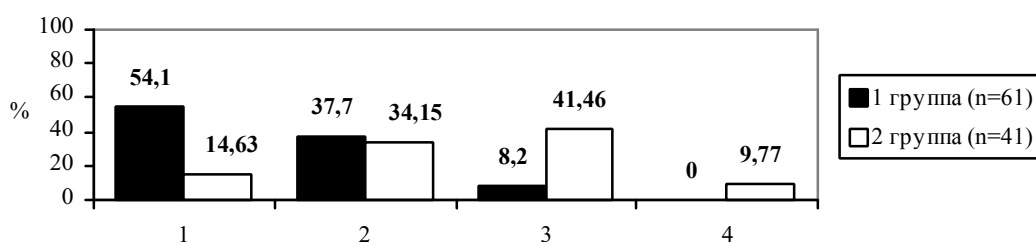
³ Размер пособия по 2 группе инвалидности равен 1,06 от прожиточного минимума, по 3 группе – 0,74 от прожиточного минимума. На 2007 г. размер прожиточного минимума составлял 8861 тенге.

Жилищные условия пациентов

Жилищные условия	Количество больных			
	1 группа		2 группа	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Плохие	10	16,39	8	19,51
Удовлетворительные	50	81,97	30	73,17
Очень хорошие	1	1,64	3	7,32
ВСЕГО	61	100	41	100

Рисунок 8

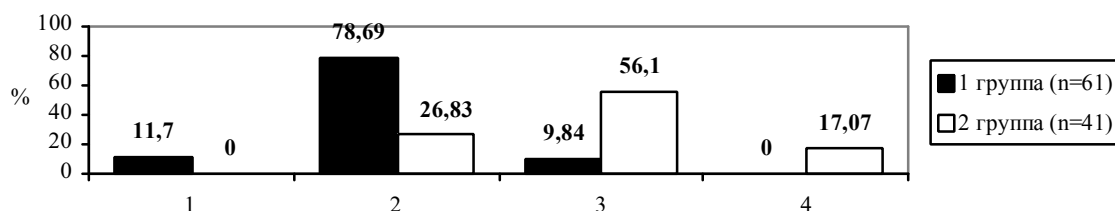
Удовлетворенность больных жизнью «в целом»



1 - не удовлетворен; 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен; 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен; 4 - удовлетворен полностью

Рисунок 9

Ощущение благополучия у больных



1 - абсолютно несчастлив; 2 - в основном жизнь неблагоприятна; 3 - в основном жизнь благополучна; 4 - полностью счастлив

Далее приводятся результаты самооценки больными обеих групп условий жизни. Как видно на диаграмме № 10 значительная часть пациентов первой группы не удовлетворены своим материальным положением, в то время как во второй группе отмечается более равномерное распределение ($p < 0,01$) при незначительных различиях между группами при объективной оценке материального положения (см. таблицу № 5).

Отмечаются более худшие показатели самооценки больных в первой группе и в сферах питания (на уровне тенденции, не достигающей статистической значимости) и жилищных условий ($p < 0,01$) (диаграммы 11 и 12) при отсутствии значительных различий

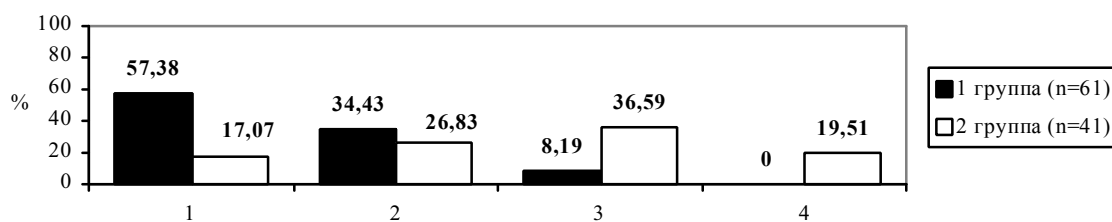
между группами в результате «объективной» оценки (см. таблицу № 6).

Обсуждение и выводы

Социальная адаптация больного рассмотрена нами при условном разделении на три тесно взаимосвязанных компонента: уровень функционирования в различных социальных ролях (социальных сферах), условия жизни и субъективная удовлетворенность социальным положением и обстоятельствами жизни (качество жизни в узком понимании).

Оценка уровня функционирования в различных социальных сферах выявила низкие показатели адаптации больных шизофренией в обеих группах прак-

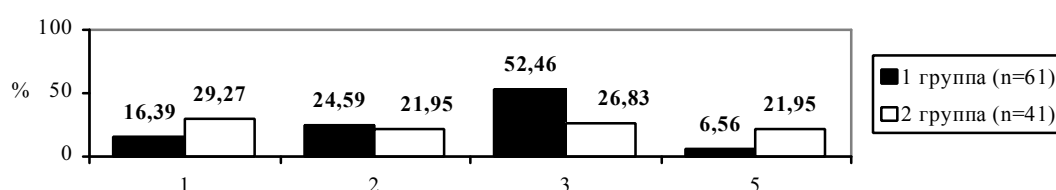
Удовлетворенность больных материальным положением



1 - не удовлетворен; 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен; 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен; 4 - удовлетворен полностью

Рисунок 11

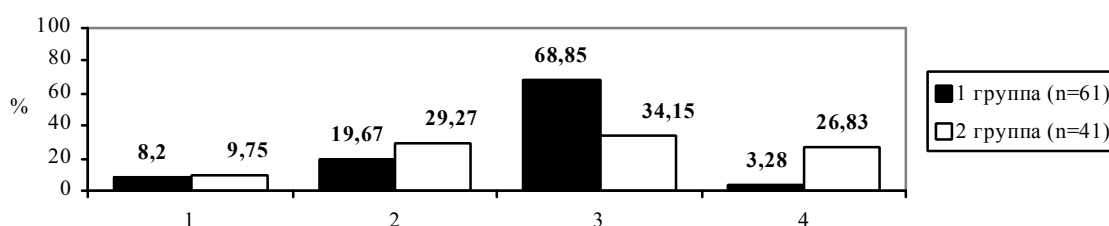
Удовлетворенность питанием



1 - не удовлетворен; 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен; 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен; 4 - удовлетворен полностью

Рисунок 12

Удовлетворенность больных жилищно-бытовыми условиями



1 - не удовлетворен; 2 - скорее не удовлетворен, чем удовлетворен; 3 - скорее удовлетворен, чем не удовлетворен; 4 - удовлетворен полностью

тически во всех областях. В сферах семейных (супружеские отношения, воспитание детей) и сексуальных отношений значимых различий между группами не было. Больные обеих групп характеризовались значительной недостаточностью функционирования в данных социальных сферах. Выраженность дефекта в семейных взаимоотношениях в основном была связана с отсутствием собственной семьи у больных в обеих группах, что можно объяснить отрицательным влиянием клинко-социальных факторов, присущих шизофрении: для больных шизофренией характерны трудности в создании и поддержании брака, на что имеются многочисленные указания в литературе (см., например, [17]). Прева-лирование тяжелого дефекта функционирования в сексуальной сфере связано, на наш взгляд, также с характерными для большинства больных шизофренией сексуальными проблемами, обусловленными

как биологическими, фармакотерапевтическими факторами, так и нарушением микросоциальных отношений [23]. Выраженная дезадаптация в данных сферах отражает характерную для всех больных шизофренией ущербность эмоциональной составляющей потребностно-мотивационных механизмов общения, что приводит к неспособности установления эмоциональных контактов, неформальных межличностных взаимосвязей [24, 25]. Развитие и наличие ПШД не вносит существенной разницы между больными сравниваемых групп в указанных областях социальной деятельности.

Более значительные (достигавшие статистической значимости по общему распределению) различия установлены в сфере профессиональной (в том числе учебной) деятельности, сфере организации быта повседневной деятельности и дневной активности, сфере внесемейных социальных контактов с

более худшими показателями у больных с ПШД. Больные второй группы, хотя и обладали в целом неудовлетворительными показателями, они были лучше адаптированы в данных сферах. Более высокие показатели у больных второй группы в этих сферах (в сравнении, как с первой группой, так и в сравнении с показателями тех же больных в предыдущих сферах), могут объясняться тем, что успешность функционирования в них может обеспечиваться за счет более сохранной интеллектуальной и волевой деятельности [24], социальная активность в этих сферах не требует от больных сохранности эмпатийных качеств личности. Так, по данным многих авторов, при определенных условиях больные в ремиссиях, несмотря на длительное течение заболевания, могут достаточно продуктивно заниматься трудовой деятельностью, поддерживать и вести домашний быт, проявлять активность во внесемейных формальных социальных контактах [6, 15, 17, 26-28]. Тогда как у больных первой группы депрессивное состояние, базисным проявлением которой является общее снижение активности всех психических процессов [29], приводит, на наш взгляд, к недостаточности тех компенсаторных психических механизмов, которые еще функционируют у больных шизофренией в ремиссии без депрессии. Это подтверждают и результаты исследования О. П. Вертоградовой с соавторами [30], свидетельствующие о сходных выраженных нарушениях адаптации в этих сферах у больных с шизофреническими и эндогенными (нешизофреническими) депрессиями.

Следует добавить, что фактическая трудовая занятость больных как в первой, так во второй группах не зависела от наличия или отсутствия группы инвалидности, на что имеются указания и в литературе [31].

Рассмотренные нами некоторые условия жизни в целом оказались в обеих группах неудовлетворительными, низкого уровня, без статистически значимых различий между группами. Хорошее материальное положение, качественное питание у незначительного количества больных было связано с проживанием в хорошо обеспеченной родительской семье, исполнявшей роль буфера и компенсировавшей дефект в этих сферах. Удовлетворительными у большинства пациентов обеих групп оказались жилищные условия, аналогичные данные приводят и другие исследователи [21]. На наш взгляд, жилищные условия можно отнести к наиболее устойчивым и наименее подверженным влиянию болезни показателям, требующим от больного наименьших усилий для сохранения доболезненного уровня. В отличие от них материальное положение, качество питания напрямую зависят от успешности профессиональной деятельности и связанного с ним уровня дохода, который у больных обеих групп оказался на низком уровне.

По показателям качества жизни мы выявили наибольшие различия между группами с явно худши-

ми показателями у больных с ПШД. Эти результаты отражают существенное влияние депрессивного фактора как эмоционального состояния на субъективные показатели [20 - 22]. Но, с другой стороны, объективная оценка условий жизни выявила действительно неудовлетворительное положение больных по многим социальным показателям в обеих группах, и более низкие субъективные показатели качества жизни у больных с ПШД могут свидетельствовать о большей сохранности критических способностей больных. То есть, большая субъективная неудовлетворенность больных с ПШД жизненными обстоятельствами в сравнении с больными шизофренией без депрессии, не может всецело объясняться актуальным депрессивным аффектом, и на результаты сравнительного исследования КЖ влияют некоторые другие факторы: указанная уже критическая оценка неудовлетворительного собственного положения, снижение уровня притязаний, часто выявляющееся у больных шизофренией [21]. Учет влияния этих факторов необходим при оказании индивидуализированной медико-социальной помощи, направленной на повышение качества жизни больного.

При осмыслении влияния ПШД, возникающей в течении шизофрении, на клинко-социальный прогноз следует иметь в виду его неоднозначный характер. С одной стороны, как проявление аффективного расстройства, депрессия свидетельствует о большей сохранности эмоциональных структур [32] и о «большей приступообразности» и меньшей прогрессивности шизофренического процесса [33], и тем самым о формировании менее выраженного шизофренического дефекта, и в какой-то мере менее выраженного социального дефекта. К тому же, если принять во внимание участие психогенных механизмов в формировании части ПШД [34, 35], то можно предполагать большую сохранность личности. С другой стороны, при длительном течении даже «чистой» депрессии (в рамках аффективного расстройства) не только развивается социальная дезадаптация и социальный дефект (сопоставимый по тяжести с последствиями шизофренического дефекта) [30, 36, 37], но и формируются клинические феномены, традиционно относимые к симптоматике шизофрении: «негативные расстройства по астеническому или адинамическому типу», «изменения личности», «дефект личности» [37, 38]. То есть, ПШД усугубляет как клинический (не случайно постшизофренические депрессии входят в понятие вторичных негативных расстройств [39]), так и социальный дефект больных шизофренией.

Таким образом, можно говорить о неблагоприятном в социальном аспекте значении наличия ПШД в течении шизофрении, но с определенной уверенностью только в отношении кратковременного прогноза. В долгосрочном же прогнозе значение ПШД может быть иным, что требует дальнейших длительных катamnестических исследований.

Относительно практического применения результатов исследования можно сделать следующие выводы:

1. Больные с ПШД представляют собой не только клинически обособленную, но и отличающуюся по уровню и характеру СФ и КЖ, группу среди контингента больных шизофренией, что требует разработки и применения дифференцированных терапевтических и реабилитационных мероприятий.

2. При оказании терапевтически-реабилитационной помощи больным шизофренией, пациенты с ПШД требуют большего внимания и акцентированных вмешательств в определенных областях социального функционирования, в которых показатели оказались достоверно хуже, чем у больных шизофренией в «нормотимических» ремиссиях.

3. При более низких социальных показателях у больных с ПШД, все же можно предполагать значительный эффект от оказания терапевтически-реабилитационной помощи за счет большей эмоциональной сохранности и большей терапевтической динамичности клинического состояния при условии применения адекватного лечения.

4. Комплексная медико-социальная помощь должна включать дифференцированные методы фармакотерапии, психотерапии, направленную на коррекцию межличностных взаимодействий, реабилитационные мероприятия по восстановлению, компенсированию и развитию трудовых навыков, социальную помощь по трудоустройству и решению бытовых проблем.

Литература:

1. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders // *Bull. WHO*, 2000. – Vol. 78. – N.4. – P. 413 - 426
2. Мазо Г. Э. Влияние депрессии на течение шизофрении [Электронный ресурс] // *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2006. – Т. 8. – № 3. – Режим доступа: http://www.consilium-medicum.com/media/psycho/06_03/22.shtml
3. Айтбембет Б. Н., Распопова Н. И., Дуплякин Е. Б., Жумагельдинова Д. М., Каткова А. Л. Клинико-эпидемиологические аспекты распространенности депрессивных расстройств среди взрослого населения РК // *Психиатрия, психотерапия және наркология*, 2007. – № 2. – С. 16 – 20
4. McGlashan T., Carpenter W. T. Postpsychotic depression in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*, 1976. – Vol. 33. – P. 231 - 239
5. Galdi J. The causality of depression in schizophrenia // *Brit. J. Psychiatry*, 1983. – Vol. 142. – P. 621 - 625
6. Абрамова И. В. Особенности аффективных расстройств в ремиссиях приступообразной шизофрении // *Журнал невропатологии и психиатрии*, 1988. – Т. 88. – № 5. – С. 92 - 97
7. Гусева О. В. Депрессивные состояния на поздних этапах приступов шизофрении (клинико-психопатологическое исследование): Дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1990, 242 с.
8. Шумская К. Н. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности): Автореф. дис. ... канд. мед. наук [Электронный ресурс] // НЦПЗ РАМН / Библиотека. – М., [1999]. – Режим доступа: <http://psychiatry.ru/dissert/shumskaya.html>
9. Кинкулькина М. А. Лечение депрессий, развивающихся у больных шизофренией после купирования острого психотического состояния // *Росс. психиатр. журнал*, 2007. – № 3. – С. 64 - 68
10. Weiss K. Y., Valdiserri E. V., Dubin W. R. Understanding depression in schizophrenia // *Hosp. Commun. Psychiatry*, 1989. – Vol. 40. – N.8. – P. 849 - 851
11. Зальцман И. Г. О суицидальных попытках в состоянии постшизофренической депрессии // *Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и психологии: сб. науч. тр. / Под ред. Г. М. Кудьяровой*. – Алматы, 2000. – С. 92 - 96
12. Berrios G. E., Bulbena A. Postpsychotic depression: the fulbourn cohort // *Acta Psychiatr. Scand*, 1987. – Vol. 76. – P. 89 - 93
13. Лифшиц А. Е. Концепции реабилитации в социальной психиатрии // *Руководство по социальной психиатрии / Под ред. Т. Б. Дмитриевой*. – М.: Медицина, 2001. – С. 497 - 516
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: Клинические описания и указания по диагностике / Пер. на русский яз. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. – СПб.: Оверлайд, 1994, 300 с.
15. Зеневич Г. В. Шизофренические ремиссии и организация диспансерного наблюдения за больными в этом периоде. – Л., 1957, 152 с.
16. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации / Под ред. И. Я. Гуровича, А. Б. Шмуклера. – М.: ИД Медпрактика-М, 2002, 180 с.
17. Коцюбинский А. П., Скорик А. И., Аксенова И. О. и др. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание. – СПб.: Гиппократ +, 2004, 336 с.

-
-
18. Аширбеков Б. М. Распространенность и проблемы фармакотерапии психотических депрессий в амбулаторной практике // Молодая наука: Евразийский аспект: мат. 2-й междунар. конф. молодых ученых, Алматы, 11 мая 2007 / Под ред. Т. А. Муминова. – Алматы, 2007. – С. 10-14
19. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Социальная психиатрия // Психиатрия: Справочник практического врача / Под ред. А. Г. Гофмана. – М.: МЕДпресс-информ, 2006. – С. 516-547
20. Коцюбинский А. П., Лапшин О. В., Пхиденко С. В. Психопатология и качество жизни при шизофрении // Соц. и клин. психиатрия, 2004. – № 4. – С. 32-37
21. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Шашкова Н. Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных // Соц. и клин. психиатрия, 1994. – № 4. – С. 38-45
22. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // Psy-chological Medicine, 1998. – Vol. 28. – P. 159-164
23. Азарков С. Т. Сексуальные расстройства при шизофрении // Сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – С. 451-455
24. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991, 256 с.
25. Тиганов А. С. Шизофрения // Руководство по психиатрии. В 2-х томах. – Т.1. / Под ред. А. С. Тиганова. – М.: Медицина, 1999. – С. 407-437
26. Жариков Н. М. Клиника ремиссий шизофрении в отдаленном периоде заболевания: Автореф. ... д-ра мед. наук – М., 1961, 20 с.
27. Кабанов М. М. Реабилитация психически больных. Изд. 2-е, доп. и перераб. – Л.: Медицина, 1985, 216 с.
28. Семке А. В., Шадрин В. Н. Социальное функционирование и качество жизни больных, страдающих шизофренией // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: мат. XII науч. отчетной сессии ГУ НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН (Томск, 14 октября 2005 г.) / Под ред. В. Я. Семке. – Томск: МГП «РАСКО», 2005. – Вып. 12. – С. 103-105
29. Нуллер Ю. Л., Михаленко И. Н. Аффективные психозы. – Л.: Медицина, 1988, 264 с.
30. Вертоградова О. П., Степанов И. Л., Банников Г. С. Особенности нарушений социально-психического функционирования при эндогенных депрессиях // Аффективные и шизоаффективные психозы: мат. науч.- практ. конф., Москва, 7 - 8 апреля 1998 г. / Под ред. Г. П. Пантелеевой, М. Я. Цуцувольской [Электронный ресурс] // НЦПЗ РАМН / Библиотека. – М. – Режим доступа: http://www.psychiatry.ru/library/lib/article.php?booknum=ber=20&article_id=18
31. Семке А. В. Сравнительная клиническая и социально-трудовая характеристика больных с шизоаффективными вариантами шизофрении // Журнал невропатологии и психиатрии, 1988. – Т. 88. – № 1. – С. 73-77
32. Кириллова М. Г. Особенности эмоциональных реакций в общении у больных шизофренией с депрессивными расстройствами // Ранняя диагностика и прогноз депрессий: сб. науч. тр. / Под ред. В. В. Ковалева. – М.: Изд-во Моск. НИИ психиатр. МЗ РСФСР, 1989. – С. 81 - 85
33. Наджаров Р. А., Смулевич А. Б. Клинические проявления шизофрении. Формы течения // Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. – Т.1. – М.: Медицина, 1983. – С. 304 - 355
34. Вовин Р. Я., Аксенова И. О., Иванов М. В., Свердлов Л. С. О соотношении психогенного и эндогенного при депрессивных состояниях // Стресс и психическая патология: сб. науч. тр. / Под ред. В. В. Ковалева. – М.: Изд-во Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1983. – С. 57-65
35. Shader R. I. Шизофрения // Психиатрия / Под ред. Р. Шейдера: Пер. с англ. – М.: Практика, 1998. – С. 395 - 425
36. Косов Н. Е., Олейников В. И., Долинина Н. И., Веселовский В. В. Социально-трудовая реадaptация больных с затяжными депрессиями // Неврология и психиатрия: сб. тр. / Отв. ред. П.В. Волошин. – Киев: Здоров'я, 1987. – вып.16. – С. 61 - 63
37. Куприянова И. Е., Семке В. Я. Качество жизни и нервно-психические расстройства. – Томск: Издание НИИ ПЗ ТНЦ СО РАМН, 2006, 100 с.
38. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии, 2002. – № 1. – С. 118-124
39. Вовин Р. Я., Голенков А. В., Фактурович А. Я., Шепилин М. Ю. Клиника и типология дефицитарных нарушений при шизофрении. Постановка проблемы // Шизофренический дефект (диагностика, патогенез, лечение): сб. науч. тр. / Под ред. Р. Я. Вовина. – СПб.: Психоневролог. ин-т, 1991. – Т. 130. – С. 6-29
-
-