

Таблица 4
Изменение социального статуса у больных туберкулезом

Вопрос	Количество ответивших	
	абс.	%
Изменение социального статуса в связи с заболеванием туберкулезом?		
Не изменился	54	27,0
Потерял работу в связи с туберкулезом	41	20,5
Стал инвалидом по туберкулезу	21	10,5
Социальное положение улучшилось	4	2,0
Ухудшились отношения в семье	14	7,0
Социальное положение ухудшилось	38	19,0
Пока неясно	3	1,5
Другое (подписывали сами пациенты)	25	12,5
не ходят родственники	12	6,0
стыдно, скрываю, что нахожусь в стационаре	13	6,5

мости зарабатывать. Ввиду ухудшения материального положения четверть пациентов нуждались в материальной помощи. Более 50% больных туберкулезом предпочитали получать материальную помощь в виде денежных средств.

3. Социальная изоляция и социальные последствия заболевания характерны почти для всех больных туберкулезом легких: ухудшение отношения окружающих и родственников, условий труда, изменение семейного положения, нарушение из-за болезни жизненных планов.

4. Находясь в стационаре в течение длительного времени, пациенты остро нуждались во внимании медицинского персонала, при этом их не устраивало большое количество людей в палате. Около одной трети пациентов понимали, что лечение туберкулеза будет длительным, предположительно в течение года. Большая часть больных доверяли лечащему врачу, считая, что излечение заболевания зависит не от них самих, а только от лечащего врача.

Изучали влияние социального статуса больных туберкулезом на их отношение к лечению. Установлено, что у пациентов

противотуберкулезных учреждений уровень доходов снижался после выявления заболевания. В связи с этим более 50% больных хотели бы в качестве материальной помощи получать денежные средства. Социальные последствия заболевания выявлены почти у всех больных туберкулезом: ухудшение отношения окружающих и родственников, изменение условий труда и семейного положения, нарушение из-за болезни жизненных планов. Среди больных туберкулезом доверяют лечащему врачу 82% опрошенных. Однако большинство (85,5%) больных туберкулезом хотят прервать лечение в стационаре.

Ключевые слова: *туберкулез, социальный статус, социальные последствия*

The social status of patients of tuberculosis dispensary and its impact on attitude to treatment

A.V. Mordyk, L.V. Puzryryeva, T.G. Podkopayeva

The article explains the impact of social status of TBC patients on their attitude to treatment. It is established that after the disease was diagnosed in patients of TBC medical institutions the level of their income decreased. As a result of this more than 50% of patients wished receive the material aid in the form of monetary funds. The social aftermaths of TBC are established in almost all TBC patients — deterioration of attitude of entourage and relatives, changes in work conditions and marital status, failure in life plans. According the sociological survey 82% of TBC patients trust their physician, though 85% wish to interrupt the hospital treatment.

Key words: *tuberculosis, social status, social aftermaths*

ЛИТЕРАТУРА

1. Богородская Е. М. Пути совершенствования организации лечения больных туберкулезом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
2. Глумная Т. В. Влияние демографических, медицинских и социальных факторов на смертность больных туберкулезом: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2008.
3. Овсянкина Е. С., Губкина М. Ф. // Пробл. туб. — 2005. — № 3. — С. 12—14.
4. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
5. Свистельник А. В. Пути повышения эффективности и результативности противотуберкулезной деятельности с позиции системного анализа: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 2009.
6. Третьяков Г. В. Совершенствование технологии управления фтизиатрической службой агропромышленной территории Западной Сибири с помощью программно-целевого планирования: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Екатеринбург, 2008.

Поступила 30.12.10

Е. Ю. Абриталин¹, Н. В. Федоров²

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ С ФАРМАКОРЕЗИСТЕНТНЫМИ ДЕПРЕССИЯМИ

¹Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова; ²СПбГУЗ Городская поликлиника № 60, Санкт-Петербург

Введение

По разным эпидемиологическим данным, 4—10% населения в мире страдают депрессивными расстройствами [14, 18]. При этом, несмотря на революционирующие успехи современной психофармакологии, 19—34% пациентов остаются резистентными к лечению современными антидепрессантами [5, 18]. Ввиду тяжести заболевания многие из таких больных нередко практически "вычеркну-

ты" из полноценной жизни по разным позициям [6, 9], однако целью лечебного процесса является не только купирование отдельных психопатологических симптомов, но и улучшение качества жизни больных [1, 3].

Уровень социальной адаптации традиционно исследуют в основных сферах жизнедеятельности, к которым относятся профессиональная область, семья и межличностные отношения, быт и досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей [10, 11]. Несмотря на имеющиеся в литературе данные по исследованию социальной адаптации и качества жизни

Е. Ю. Абриталин — канд. мед. наук, докторант (abritalin@rambler.ru); *Н. В. Федоров* — врач-психиатр (7921-951-39-22)

пациентов с депрессивными состояниями [3], социальное функционирование больных с депрессиями, резистентными к фармакотерапии, на сегодняшний день изучено недостаточно. В связи с этим целью настоящей работы было изучение особенностей социальной адаптации и качества жизни больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами*.

Материалы и методы

В настоящей работе проанализированы результаты обследования 74 больных (средний возраст $32,6 \pm 15,7$ года) с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках различных психических расстройств, проходивших стационарное лечение в период с 2004 по 2009 г.

Из обследованной выборки у наибольшего количества пациентов депрессивные состояния диагностировали в рамках аффективных расстройств — биполярного аффективного расстройства (F31), депрессивного эпизода (F32) и рекуррентного депрессивного расстройства (F33); эти больные составили 3-ю группу. В 1-ю группу были включены больные с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга (F06), во 2-ю — с депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений — шизофрении (F20) и шизоаффективного расстройства (F25); количество больных в 1-й и 2-й группах было примерно одинаковым. Во всех группах преобладали женщины (табл. 1).

Средняя длительность заболевания во всей обследованной выборке составила $7,8 \pm 7,2$ года. Наибольшая длительность болезни ($10 \pm 7,8$ года) отмечена у пациентов 3-й группы, у больных 1-й группы длительность заболевания была меньше, но статистически незначимо ($6,9 \pm 8$ лет) и, наконец, у пациентов 2-й группы длительность заболевания была значимо меньше ($p < 0,05$), чем у больных 3-й группы ($5,9 \pm 4,6$ года).

Для оценки психического состояния больных проведено клинико-психопатологическое обследование с использованием структурно-симптоматологического метода. Количественную оценку выраженности депрессивной симптоматики выполняли по шкале Гамильтона для оценки депрессии — Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression (HAM-D) в модификации пункта 21, тяжесть психического состояния в целом определяли при помощи шкалы обобщенной оценки функционирования — Global Assessment of Functioning Scale (GAFS), используемой в

* В настоящее время понятия социальное функционирование, социальная адаптация и качество жизни нередко выступают синонимами друг друга [2, 7], в то же время несколько отличаясь с медицинской и социальной точек зрения [1, 4, 16]. В одном из определений социальное функционирование рассматривается как способ, которым индивиды и социальные общности (семьи, различные ассоциации) организуют свою жизнедеятельность и решают те или иные задачи, возникающие в процессе повседневного существования [12]. Социальная адаптация чаще всего представляется как процесс активного приспособления и освоения личностью или группой новых для нее социальных условий или социальной среды [13], а качество жизни — как комплексная характеристика физического, психологического и социального состояния человека, основанная на его субъективном восприятии [1, 8].

В данной работе социальная адаптация рассматривается как объективная оценка приспособленности больного к основным сферам жизнедеятельности, а качество жизни — как субъективная удовлетворенность пациента основными сферами своей жизни. Оценка социальной адаптации проводилась врачом, качество жизни оценивалось самим пациентом. Термин социальное функционирование включал в себя и субъективную, и объективную оценки адаптированности пациента к повседневной социальной действительности.

классификации психических расстройств DSM-IV (1995) для измерения уровня поведенческой активности больных с психическими нарушениями (от максимальной выраженности расстройств — 1 балл — до отсутствия болезненных проявлений — 100 баллов).

Уровень социальной адаптации определяли с помощью специальной схемы в основных сферах жизнедеятельности, таких как профессиональная область, семья, межличностные отношения, быт, досуг, особенности индивидуальных и общественных ценностей. По каждому из указанных направлений проводили оценку по пятибалльной шкале, после чего рассчитывали интегральный показатель. Заключение об уровне социальной адаптации делали на основании медицинских сведений, полученных из диспансерного отделения психиатрической больницы, и информации, полученной в ходе беседы с пациентами и их родственниками.

Кроме того, особенности социального функционирования изучали с помощью самоопросника качества жизни, позволяющего оценить удовлетворенность и способность радоваться жизни, — Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire short form (Q-LES-Q-SF). Обследуемые отвечали на 16 вопросов опросника, отмечая степень удовлетворенности в разных сферах жизни (физическое здоровье, настроение, работа, работа по хозяйству, отношения с окружающими людьми, семейные отношения, занятия в свободное время, способность справляться с повседневной жизнью, сексуальное влечение, финансовое положение, жилищная ситуация, способность передвигаться без головкружения и неустойчивости, зрение в плане способности работать и заниматься любимыми делами, общее ощущение благополучия, принимаемые медицинские препараты и удовлетворенность своей жизнью в целом). Градацию степени удовлетворенности производили в диапазоне от 1 до 5 баллов (очень низкая удовлетворенность, низкая, умеренная, высокая и очень высокая удовлетворенность); после обработки результатов также рассчитывали интегральный показатель.

После получения абсолютных значений социальной адаптации и качества жизни производили расчет индекса социального функционирования (ИСФ), представляющего собой отношение "объективной" оценки к "субъективной". Для этого использовали отношения абсолютных значений к максимально возможным по данным шкалам: $ИСФ = (СА \cdot 80) / (КЖ \cdot 30)$, где СА — социальная адаптация; КЖ — качество жизни. При $ИСФ > 1$ можно было говорить о заниженной оценке больными своего качества жизни, при $ИСФ < 1$ можно было сделать вывод об относительном субъективном комфорте, несмотря на объективную ситуацию, либо о недостаточной критичности осознания больными своего социального функционирования.

Статистическую обработку результатов выполняли с использованием пакета прикладных программ Microsoft Excel 2000 и Statistica 6.0 for Windows на ЭВМ типа IBM PC/AT. Применяли t-критерий значимости различий Стьюдента (различия считали достоверными при вероятности, равной 0,95 и более — $p \leq 0,05$), статистическую значимость коэффициентов корреляции определяли по F-критерию Фишера, связанному функционально с t-критерием.

Результаты и обсуждение

При изучении структуры фармакорезистентной депрессии были выделены тревожно-депрессивный (43,2%), апатодепрессивный (27,1%) и меланхолический (29,7%)

Таблица 1

Группа	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
	1-я	9	12,2	14	18,9	23
2-я	8	10,8	14	18,9	22	29,7
3-я	5	6,8	24	32,4	29	39,2
Итого...	22	29,8	52	70,2	74	100

Примечание. Здесь и в табл. 2: 1-я группа — депрессивные расстройства в рамках органического поражения головного мозга (F06); 2-я группа — депрессивные расстройства в рамках шизоаффективных нарушений (F20, F25); 3-я группа — депрессивные состояния в рамках аффективных расстройств (F31—F33).

варианты депрессивных состояний. Другие варианты депрессивного синдрома (депрессивно-ипохондрический, депрессивно-параноидный, астенодепрессивный), как правило, если и наблюдались, то имели нестойкий транзитный характер и в конечном итоге "вливались" в один из трех представленных выше синдромальных вариантов. Сведения о синдромальной структуре расстройств при различных нозологических формах приведены в табл. 2.

При всех трех вариантах депрессивного синдрома обнаружена статистически значимая ($p < 0,001$) прямая корреляционная связь между возрастом на момент госпитализации, в ходе которой проводили обследование, и возрастом на начало болезни, с большим коэффициентом корреляции при меланхолическом синдроме ($r = 0,96$), несколько меньшим — при тревожно-депрессивном ($r = 0,88$) и еще меньшим — при апатодепрессивном ($r = 0,79$) варианте.

Наиболее высокие показатели по большинству сфер социальной адаптации отмечали при меланхолическом синдроме, наименьшие — при апатодепрессивном (кроме сферы образования, где наименьшие показатели получены при тревожно-депрессивном синдроме — $3,3 \pm 0,6$). В сферах досуга и общего отношения к жизни обнаружены одинаковые показатели при тревожно-депрессивном и апатодепрессивном синдромах — 2,4 балла (с незначительной разницей между стандартными отклонениями). В сфере семейных отношений во всех группах отмечены одинаковые показатели (стандартные отклонения также были равны) — $2,9 \pm 0,7$. В целом можно говорить о достаточно схожих профилях социальной адаптации в изучаемых синдромальных группах, поскольку статистически значимые различия ($p < 0,05$) обнаружены только в сфере межличностных отношений между значениями при меланхолическом ($2,7 \pm 0,6$) и апатодепрессивном ($2,3 \pm 0,7$) синдромах и в интегральных показателях при этих же синдромах ($2,9 \pm 0,4$ и $2,6 \pm 0,4$ соответственно).

По большинству субтестов качества жизни у больных с разными структурными вариантами депрессивного синдрома разброс показателей был статистически незначим ($p > 0,05$). Достоверные различия ($p < 0,05$) отмечены в оценке своего настроения между больными с меланхолическим ($2,1 \pm 0,8$) и тревожно-депрессивным ($1,7 \pm 0,7$) синдромами и между пациентами с тревожно-депрессивным и апатодепрессивным ($2,1 \pm 0,8$) синдромами. Также статистически достоверно различались показатели степени удовлетворенности способностью справляться с повседневной жизнью между больными с меланхолическим ($3,2 \pm 0,8$) и тревожно-депрессивным ($2,5 \pm 1$) синдромами и между пациентами с апатодепрессивным ($2,8 \pm 0,7$) и меланхолическим синдромами. Наконец, своими отношениями с окру-

Таблица 2

Варианты депрессивного синдрома в разных нозологических группах

Группа	Вариант						Всего	
	тревожно-депрессивный		меланхолический		апатодепрессивный			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
1-я	9	12,2	12	16,2	2	2,7	23	31,1
2-я	5	6,7	8	10,8	9	12,2	22	29,7
3-я	8	10,8	12	16,2	9	12,2	29	39,2
Итого...	22	29,7	32	43,2	20	27,1	74	100

жающими людьми были более всего удовлетворены больные с тревожно-депрессивным синдромом (3 ± 1), показатели у которых значимо отличались от таковых у пациентов с апатодепрессивным синдромом ($2,4 \pm 0,9$).

При проведении корреляционного анализа установлено, что у больных с меланхолическим вариантом депрессивного синдрома социальная адаптация статистически значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировала с длительностью болезни ($r = 0,57$), а качество жизни обнаруживало достоверную ($p < 0,01$) отрицательную корреляционную связь с выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,67$). У пациентов с тревожно-депрессивным синдромом социальная адаптация значимо ($p < 0,05$) положительно коррелировала с возрастом на момент текущей госпитализации ($r = 0,36$) и на момент начала болезни ($r = 0,37$), с качеством жизни ($r = 0,38$), а также с тяжестью состояния по GAFS ($r = 0,49$), причем в последнем случае статистически достоверно ($p < 0,01$); качество жизни, как и у больных с меланхолическим синдромом, обнаруживало значимую ($p < 0,01$) отрицательную корреляционную связь с выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,50$). Наконец, у больных с апатодепрессивным синдромом отмечена достоверная ($p < 0,05$) отрицательная корреляционная связь между качеством жизни и возрастом на момент начала болезни ($r = -0,53$), а также между качеством жизни и выраженностью депрессии по HAM-D ($r = -0,60$).

При анализе социального функционирования обнаружено, что во всех группах больных с разными вариантами депрессивного синдрома ИСФ статистически не различались ($p > 0,05$), но у пациентов с меланхолическим и тревожно-депрессивным синдромами ИСФ были выше ($1,04 \pm 0,19$ и $1,09 \pm 0,31$ соответственно), а у больных с апатодепрессивным синдромом — ниже ($0,97 \pm 0,31$).

В результате исследования социальной адаптации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами при разной нозологической принадлежности депрессивного состояния наименьшие показатели в большинстве сфер социальной адаптации отмечены у пациентов 2-й группы, причем самые низкие показатели получены в сфере межличностных отношений ($2,1 \pm 0,8$). Наиболее высокие показатели в большинстве сфер социальной адаптации обнаружены у пациентов 3-й группы, кроме сфер работы ($2,8 \pm 1$) и общего отношения к жизни ($2,3 \pm 0,6$). В некоторых сферах значения в разных группах были одинаковыми. Так, в сфере образования были равными показатели в 1-й и 3-й группах ($3,6 \pm 0,5$), в сферах семейных отношений и общего отношения к жизни — показатели в 1-й и 2-й группах ($2,9 \pm 0,8$ и $2,5 \pm 0,6$ соответственно). Равными также оказались и средние значения интегральных показателей в 1-й и 3-й группах ($2,8 \pm 0,5$ в 1-й группе, $0,4$ — во 2-й). Статистически достоверные различия выявлены между показателями в 1-й

и 2-й группах в сферах образования, работы, межличностных отношений и по интегральному показателю ($p < 0,05$), между показателями во 2-й и 3-й группах — также в сферах образования, межличностных отношений и по интегральному показателю, причем в сфере межличностных отношений различия были более значимы ($p < 0,01$ при $p < 0,05$ в остальных случаях).

По большинству субтестов качества жизни превалировали показатели во 2-й группе, за исключением степени удовлетворенности жилищной ситуацией, где показатели во 2-й группе были меньше двух других ($2,9 \pm 0,8$ по сравнению с $3,3 \pm 0,6$ в 1-й группе и $3,0 \pm 0,5$ в 3-й), а также степени удовлетворенности отношениями с окружающими людьми, семейными отношениями и общим ощущением благополучия, где показатели во 2-й и 1-й группах были равны, незначительно различаясь лишь по стандартным отклонениям. Показатели в 1-й и 3-й группах были равны по субтестам качества жизни, отражающим степень удовлетворенности физическим здоровьем, настроением и принимаемыми медицинскими препаратами, незначительно различаясь по стандартным отклонениям в двух последних субтестах. Статистически достоверные различия ($p < 0,05$) выявлены между показателями в 1-й и 2-й группах по степени удовлетворенности физическим здоровьем и настроением, в 1-й и 3-й группах по степени удовлетворенности работой по хозяйству, а также во 2-й и 3-й группах по степени удовлетворенности физическим здоровьем, настроением, своим зрением в плане способности работать и заниматься любимыми делами, своей жизнью в целом и по интегральному показателю. Более значимые различия ($p < 0,01$) выявлены между результатами во 2-й и 3-й группах по степени удовлетворенности занятиями в свободное время и еще более значимы ($p < 0,001$) между показателями в этих же группах по степени удовлетворенности работой по хозяйству.

При проведении корреляционного анализа установлено, что у больных 1-й и 3-й групп статистически значимо ($p < 0,05$) отрицательно коррелировали с выраженностью депрессии по HAM-D качеством жизни ($r = -0,46$ и $r = -0,41$ соответственно), а у пациентов 2-й группы — социальная адаптация ($r = -0,44$). Кроме того, социальная адаптация и качество жизни положительно коррелировали между собой у больных 1-й и 2-й групп, причем в последнем случае статистическая достоверность была более значима ($p < 0,001$).

Анализ социального функционирования показал, что у пациентов 1-й и 3-й групп ИСФ были больше 1 ($1,1 \pm 0,2$ и $1,2 \pm 0,4$ соответственно), а у больных 2-й группы — меньше ($0,9 \pm 0,2$); при этом ИСФ пациентов в 1-й и 3-й группах статистически не различались ($p > 0,05$) в отличие от 1-й и 2-й групп ($p < 0,01$) и 2-й и 3-й групп ($p < 0,001$).

Исследование социальной адаптации и качества жизни больных с разной структурой депрессивного синдрома показывает лучшее социальное функционирование пациентов с меланхолическим синдромом (оцениваемое как объективно, так и субъективно) по сравнению с больными других синдромальных групп. Кроме того, между субъективным восприятием и объективной оценкой социальной адаптации у больных с тревожно-депрессивным и апатодепрессивным синдромами обнаружен некоторый диссонанс, выражающийся в том, что у пациентов с тревожно-депрессивным синдромом по многим аспектам объективно оцениваемая социальная адаптация была выше, а субъективно оцениваемое качество жизни — ниже, в то время как

у больных с апатодепрессивным синдромом отмечено обратное соотношение: субъективные оценки превалировали над объективной действительностью.

Анализ полученных результатов изучения социальной адаптации и качества жизни больных с разной нозологической принадлежностью фармакорезистентных депрессивных расстройств показывает выраженный диссонанс между субъективным восприятием и объективной оценкой социальной адаптации больных с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений. При этом хуже всего у больных этой группы складывались межличностные отношения, у многих были проблемы с работой и организацией досуга, однако при этом пациенты этой группы были существенно больше других удовлетворены показателями своего физического здоровья и настроением, а также занятиями в свободное время и работой (как общественной, так и по хозяйству). Результаты социальной адаптации и качества жизни у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств по многим показателям были достаточно схожи в разных группах (достоверно различались лишь показатели степени удовлетворенности работой по хозяйству) и не так сильно диссонировали между собой внутри каждой группы.

При проведении корреляционного анализа установлено, что чем дольше болели пациенты с меланхолическими проявлениями, тем объективно хуже они были социально адаптированы, а чем больше была выраженность депрессивной симптоматики, тем хуже такие больные оценивали свое качество жизни. В то же время, чем старше были на момент начала заболевания и на период обследования пациенты с тревожно-депрессивной симптоматикой, тем объективно лучше они были социально адаптированы и общая оценка функционирования у них была выше, а чем больше была выражена депрессивная симптоматика, тем ниже больные оценивали свое качество жизни. Наконец, чем старше были пациенты с апатодепрессивным синдромом на момент манифестации заболевания и чем более была выражена депрессивная симптоматика на момент обследования, тем ниже они оценивали свое качество жизни.

Корреляционный анализ по нозологическим группам позволил установить, что чем больше была выражена депрессивная симптоматика, тем ниже оценивали свое качество жизни пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств и тем объективно хуже была социальная адаптация больных с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений.

Анализ ИСФ с определенной долей условности позволяет сделать вывод о тенденции к занижению самооценки своего качества жизни у больных с меланхолическим и тревожно-депрессивным синдромами и об относительном субъективном комфорте, несмотря на объективную ситуацию, либо о недостаточной критичности осознания своего социального функционирования у больных с апатодепрессивными проявлениями. Кроме того, больные с депрессивными расстройствами в рамках шизоаффективных нарушений менее критичны к своему состоянию, чем пациенты с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств, и они (пациенты с шизоаффективными нарушениями) чаще испытывают относительный субъективный комфорт, несмотря на объективную ситуацию.

З а к л ю ч е н и е

В результате проведенного исследования выявлена отчетливая зависимость показателей социальной адаптации и качества жизни от клинических особенностей депрессивного синдрома у больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами. Наиболее успешное социальное функционирование отмечено у пациентов с меланхолическим синдромом (интегральные показатели социальной адаптации — $2,9 \pm 0,4$, качества жизни — $2,8 \pm 0,4$), пациенты с тревожно-депрессивным синдромом выше оценивали социальную адаптацию ($2,7 \pm 0,5$), чем качество жизни ($2,6 \pm 0,6$), а больные с апатодепрессивным синдромом, напротив, качество жизни оценивали выше ($2,7 \pm 0,4$), чем социальную адаптацию ($2,6 \pm 0,4$).

У больных с фармакорезистентными депрессивными состояниями в рамках шизоаффективных нарушений обнаружен выраженный диссонанс между оценками социальной адаптации и качества жизни (интегральные показатели $2,5 \pm 0,6$ и $2,8 \pm 0,5$ соответственно). Хуже всего у них складывались межличностные отношения ($2,1 \pm 0,8$), были проблемы с работой и организацией досуга ($2,3 \pm 1$ и $2,3 \pm 0,6$ соответственно), однако при этом больные этой группы были существенно больше удовлетворены показателями своего физического здоровья и настроением ($2,8 \pm 0,7$ и $2,2 \pm 0,6$), а также занятиями в свободное время ($3 \pm 0,7$) и работой (как общественной — $2,3 \pm 1$, так и по хозяйству — $2,8 \pm 0,7$). Результаты социальной адаптации и качества жизни у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств по многим показателям были достаточно схожи и достоверно различались лишь по степени удовлетворенности работой по хозяйству ($p < 0,01$).

Таким образом, комплексное изучение социальной адаптации и качества жизни способствуют улучшению оценки социального функционирования, а полученные в результате исследования данные позволяют индивидуализировать клинический и социальный прогноз, оптимизировать мероприятия по социальной реабилитации больных с фармакорезистентными депрессивными расстройствами.

Проанализированы результаты исследования социальной адаптации и качества жизни пациентов с фармакорезистентными депрессивными состояниями. Наиболее успешное социальное функционирование отмечено у пациентов с меланхолическим синдромом; пациенты с тревожно-депрессивным синдромом выше оценивали социальную адаптацию, чем качество жизни, а больные с апатодепрессивным синдромом, напротив, качество жизни оценивали выше, чем социальную адаптацию. У больных с фармакорезистентными депрессиями в рамках шизоаффективных нарушений обнаружен выраженный диссонанс между оценками социальной адаптации и качества жизни, а у пациентов с депрессивными состояниями в рамках органического поражения головного мозга и в рамках аффективных расстройств результаты по большинству показателей достоверно не различались.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, фармакорезистентность, социальная адаптация, качество жизни

The social functioning of patients with pharmacoresistant depressions

E.Yu. Abritalin, N.V. Fedorov

The article deals with the study results concerning the social adaptation and life quality of patients with pharmacoresistant depressive states. The most successful social functioning was established in patients with melancholy syndrome. The patients with worried depression syndrome assessed the social adaptation higher than life quality. The patients with apathetic depressive syndrome emphasized a higher life quality than social adaptation. The patients with pharmacoresistant depressions within the scope of schizoaffective disorder expressed an apparent dissonance between values of social adaptation and life quality. In patients with depressive states within the scope of organic lesion of brain and within the scope of affective disorders the corresponding indicators had no significant difference.

Key words: depressive disorder, pharmacoresistence, social adaptation, life quality

ЛИТЕРАТУРА

1. Бурковский Г. В., Коцюбинский А. П., Левченко Е. В., Ломаченко А. С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике: Пособие для врачей и психологов. — СПб., 1998.
2. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. // Социал. и клин. психиатр. — 1998. — Т. 8, № 2. — С. 35—40.
3. Захарова К. В. // Рос. психиатр. журн. — 2008. — № 1. — С. 53—58.
4. Захаров Н. Б. Социальная адаптация молодых женщин, больных параноидной формой шизофрении: Дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2004.
5. Иванов М. В., Мазо Г. Э., Чомский А. Н. // Психиатр. и психофармакотер. — 2009. — Т. 11, № 5. — С. 6—9.
6. Кабанов М. М. // Соц. и клин. психиатр. — 2001. — № 1. — С. 19—22.
7. Мухаметишина З. Ф. // Рос. психиатр. журн. — 2008. — № 4. — С. 70—73.
8. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / Под ред. Ю. Л. Шевченко. — М., 2007.
9. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. // Журн. психиатр. и мед. психол. — 2002. — № 1. — С. 118—124.
10. Решетников А. В. Социология медицины: Руководство. — М., 2010.
11. Рустанович А. В., Марченко А. А., Костюк Г. П. // Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии. — СПб., 2005. — С. 27—29.
12. Социальная работа: Методические рекомендации по изучению курса / Сост. Д. В. Лифинцев. — Калининград, 2003.
13. Социология: Энциклопедия / Сост. А. А. Грицанов, В. Л. Абушенко, Г. М. Евелькин и др. — М., 2003.
14. Тювина Н. А. // Психиатр. и психофармакотер. — 2009. — Т. 11, № 4. — С. 35—38.
15. Шмуклер А. Б. // Материалы XIII Съезда психиатров России. — М., 2000. — С. 41—42.
16. Шмуклер А. Б. Социальное функционирование и качество жизни психически больных: Дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1999.
17. Crown W. H., Finkelstein S., Berndt E. R. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2002. — Vol. 63. — P. 963—971.
18. Dunner D. L., Rush A. J., Russell J. M. et al. // J. Clin. Psychiatry. — 2006. — Vol. 67. — P. 688—695.

Поступила 09.03.10