

Влияние клинических, социальных и терапевтических факторов на качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией с психическими расстройствами

М.В. Кузьмина

ФГУ Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, Москва

РЕЗЮМЕ

В статье рассматриваются вопросы, касающиеся влияния клинических и социальных факторов на качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией с психическими расстройствами. Обсуждается адаптация пациентов в семье, обществе, вопросы трудоспособности и трудовой занятости, затрагиваются также некоторые аспекты качества медицинской помощи и лекарственного обеспечения больных. По результатам проведенного исследования предложены рекомендации улучшения параметров социального функционирования, качества жизни больных эпилепсией с психическими расстройствами.

В последние годы критерий «качество жизни» (КЖ) является объединяющей основой развития современной медицины. Это обусловлено целостным биопсихосоциальным подходом к человеку, при котором внимание врача фокусируется не только на болезни, но и на больном как личности со всеми присущими ей проблемами [5, 4].

Качество жизни является одним из обязательных критериев состояния здоровья. Оно включает в себя 3 основных аспекта: физическое здоровье (ежедневная активность, общее самочувствие, отсутствие либо наличие соматических заболеваний); психическое здоровье (восприятие своего самочувствия, самооценка, наличие или отсутствие психических расстройств, беспокойство, депрессия) и социальное здоровье (социальная активность и взаимоотношения с семьей и друзьями).

Современная медицина постепенно приходит к тому, что хорошее состояние здоровья и жизненное благополучие пациента – это отражение удовлетворения его потребностей и адаптации в физи-

ческой, психологической и социальной сферах. Целью лечения становится не только устранение клиники болезни, но и, главным образом, улучшение качества жизни больного.

К настоящему времени в медицине существует более 60 «инструментов», измеряющих различные аспекты связанного со здоровьем качества жизни. Часть из них – это обобщенные меры качества жизни, предназначенные для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья всего населения или его отдельных возрастных групп. Другие – это меры КЖ для отдельных диагностических групп пациентов, и, наконец, третья группа – частные меры КЖ, оценивающие влияние болезни и лечения на отдельные сферы жизни человека. В сравнении с диагностическими и лабораторными тестами, качество жизни конкретного человека оценивается по его функционированию в реальном мире (работа, независимое проживание, самооценка). Качество жизни – показатель субъективный в противоположность социальному функционированию (СФ), которое может быть оценено со стороны и носит объективный характер. В рамках СФ оцениваются такие показатели, как трудовая деятельность, финансовая успешность, социальные и семейные взаимоотношения, межличностные контакты, характер занятий в свободное время, юридические проблемы и пр. [7].

Принципиально значимой при оценке качества жизни является оценка физических и психологических функций, уровня независимости, социальных отношений, окружающей среды и духовной сферы, а также напрямую измеряется восприятие респондентом своего качества жизни и здоровья в целом. Выбор именно этих сфер обоснован в литературных данных их универсальностью, с одной стороны, и достаточно четкими отличиями друг от друга – с другой [3].

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью исследования явилось определение закономерностей влияния клинических, социокультуральных и терапевтических факторов на качество жизни и социальное функционирование больных эпилепсией с психическими расстройствами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 138 человек с верифицированным диагнозом эпилепсии с психическими расстройствами, наблюдающихся в ПНД № 21 города Москвы, обратившихся в течение одного календарного года, из них 64 мужчины и 74 женщины.

По продолжительности заболевания 65,2 % составили лица с эпилепсией, протекающей более 15 лет, 11,6 % – до 10 лет, по 8,7 % – 5 и 15 лет, 4,4 % – до 3 лет и 1,5 % больных – до 1 года.

Учитывая, что показатели КЖ являются исключительно субъективными, а для получения достоверных результатов обязательным условием является возможность адекватно понимать поставленные вопросы, из исследования были исключены больные с деменцией.

Методы исследования: клинко-эпидемиологический, клинко-психопатологический, клинко-социологический, статистический.

Инструменты исследования: 1. Специально разработанная автором «Карта обследования», включающая социодемографический, социокультуральный и клинический разделы, 2. Адаптированный и валидизированный для России «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» под редакцией И.Я. Гуровича и А.Б. Шмуклера (1994).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предварительные результаты исследования качества жизни больных эпилепсией свидетельствуют о довольно противоречивой оценке опрошенными своего здоровья и общего благополучия. Так, удовлетворены жизнью в целом были 57,9 % больных, не удовлетворены – 42,1 %; 57,9 % пациентов считали, что жизнь в основном благополучна, 30,4 % – наоборот, считали жизнь неблагоприятной, 7,3 % больных были абсолютно несчастливой, 4,4 % – полностью счастливы.

Свое психическое состояние считали хорошим 44,9 % больных, очень хорошим – 8,7 %, плохим и очень плохим – соответственно 37,7 и 8,7 % опрошенных. Были удовлетворены своим психическим состоянием 43,5 % больных, не удовлетворены – 56,5 %. Оценивали свое здоровье как хорошее 57,9 % пациентов, как плохое – 42,1 %. 17,4 % пациентов были не удовлетворены своим физическим самочувствием, 27,5 % – скорее не удовлетворены, чем удовлетворены, 42,0 % – скорее удовлетворены, 13,1 % – удовлетворены полностью.

Обращают на себя внимание достаточно высокие показатели физической работоспособности у обследованных пациентов. Так, работоспособность была восстановлена полностью у 44,9 % больных, 33,3 % работали без принуждения, но со сниженной продуктивностью, 15,9 % выполняли только элементарную домашнюю работу, 5,9 % обследованных могли с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда. При этом лишь 52,1 % больных были удовлетворены своей физической работоспособностью, а 47,9 % – были не удовлетворены.

У 47,8 % обследованных способность к интеллектуальной деятельности была восстановлена, но снижена её продуктивность, у 4,3 % – была ограничена возможность элементарных действий (смотреть телепередачи, читать литературу); у 17,4 % – была сохранена возможность элементарных действий, однако они выполняли их с трудом, была снижена продуктивность интеллектуальной деятельности, отсутствовала возможность к творчеству; у 31,9 % больных интеллектуальная продуктивность была восстановлена полностью. Ни один из обследованных не попал в категорию: «ничем не может заниматься» в сферах физическая работоспособность и интеллектуальная продуктивность. При этом 65,2 % больных были удовлетворены своей интеллектуальной продуктивностью.

Обращают на себя внимание также хорошие показатели дневной активности, которая оценивалась больными по способности выполнять повседневные дела. Так, 69,6 % больных оценили свою дневную активность как удовлетворительную, 15,9 % – как очень хорошую.

Характерными оказались нарушения сна у больных эпилепсией с психическими расстройствами. Так, 55,1 % респондентов отмечали у себя трудности засыпания, 55,2 % – частые пробуждения с кошмарными сновидениями, 33,3 % – стереотипные сны, 24,6 % – «припадные» сны, у 36,2 % пациентов отсутствовал гедонистический компонент сна, 50,7 % – испытывали сонливость днём, у 18,8 % больных отмечалась агнозия сна, 27,5 % и 43,5 % соответственно страдали сомнамбулизмом и сногворением.

37,7 % больных в силу своего материального положения не могли себе позволить ежегодный отдых, недорогой отдых могли себе позволить 37,7 % пациентов, и лишь у 24,6 % больных была возможность полноценно отдыхать. Таким образом, большинство больных не имели возможности полноценного отдыха.

В целом, хорошие показатели физической активности и работоспособности позволяют предположить, что отсутствие полноценного сна и отдыха не оказывают существенного влияния на повседневную активность больных эпилепсией. Несколько худшие показатели интеллектуальной продуктивности, скорее всего, связаны с характерными особенностями клиники эпилепсии – тугоподвижностью мышления, снижением памяти – даже при относительно благоприятном течении болезни.

Согласно данным литературы, вероятность вступления в брак у больных эпилепсией ниже по сравнению со здоровыми людьми (50 % больных эпилепсией мужчин не женаты и 69 % больных эпилепсией женщин не замужем), что получило название «страха перед поиском супруга». В то же время отмечается, что социальная адаптация у состоящих в браке больных лучше, чем у одиноких. [9].

Согласно нашим данным, 49,3 % обследованных были холосты (не замужем). Причём необходимо отметить, что больные не отрицали боязни иметь семью в силу различных причин: одни опасались реакции супруга(и) на эпилептические припадки, другие боялись передачи болезни потомству. В то же время доля разведённых среди обследованных была невысокой – 14,5 %, что лишний раз доказывает сложившееся мнение о больных эпилепсией, как о людях, любой ценой пытающихся сохранить семью, подобно их сложившемуся жизненному стереотипу. Женаты (замужем) были 31,9 % респондентов. В семье при этом несколько чаще отмечались доброжелательные, ровные взаимоотношения (47,8 % больных), конфликтные, неустойчивые взаимоотношения имели место в 39,1 % случаев, о холодных, формальных отношениях заявили 4,35 % пациентов. Обращает на себя внимание, что 65,2 % пациентов не имели детей. Семейным образом жизни были удовлетворены 58,0 % респондентов, 31,9 % – не удовлетворены, 10,1 % не имели семьи (были одиноки).

В 59,4 % случаев больной не являлся главой семьи, но с его мнением считались, он мог распоряжаться домашним бюджетом, 17,4 % респондентов являлись главами семей, где их мнение было решающим, 13,1 % – занимали подчиненное положение в семье. В целом, лишь 21,7 % обследованных не были удовлетворены своим положением в семье.

Таким образом, большинство больных были лишены столь важной составляющей их социального функционирования, как семья, что негативно отражалось на их КЖ. Между тем, хорошие семейные отношения содействуют удержанию больного эпилепсией в обществе, служат не только тонким индикатором развивающихся изменений личности, но и одним из важных показателей социальной адаптации в целом. Полученные нами настоящие данные в отношении семейного статуса обследуемых должны непременно учитываться при разработке программ их ресоциализации.

Положение в семье у больных эпилепсией зависит и от продолжительности их заболевания. К пациентам с большей продолжительностью болезни родственники чаще относятся негативно, вследствие чего у больных могут возникать вторичные невротические расстройства. Для исследования социальной поддержки в кругу семьи и друзей нами были оценены взаимоотношения больных с родственниками. Хорошими они были лишь у 34,8 % обследованных, в 24,6 % случаев имели место конфликтные, напряженные отношения, в 34,8 % – неустойчивыми и у 5,8 % – нейтральными. Обращает на себя внимание, что 66,7 % больных были удовлетворены отношениями с родственниками. Возможно, это объясняется специфическими па-

тологическими личностными особенностями больных эпилепсией.

Напряжённые, конфликтные, неустойчивые отношения с родственниками в семьях больных эпилепсией негативно отражаются не только на их КЖ, но зачастую и усугубляют клиническую картину болезни, опосредованно способствуют учащению эпилептических приступов, вызывают формирование вторично-реактивных образований. Психосоциальные проблемы в семьях больных эпилепсией можно считать, наряду с вопросами трудовой адаптации, осложняющими течение заболевания и снижающими качество жизни пациентов.

При оценке познавательных функций были исследованы мнения больных о собственном мышлении, способности усваивать новое (обучаться), памяти, способности к концентрации внимания и к принятию решений. Поскольку были исследованы пациенты без признаков деменции, то доля лиц, имеющих лёгкие когнитивные нарушения, оказалась среди них невысокой – 7,2 %.

Потребность иметь друзей у 37,7 % больных была средне выражена, у 23,0 % – слабо выражена и у 14,5 % – отсутствовала. 18,8 % больных заявили о сильной потребности иметь друзей. 34,8 % обследованных общались с домашними и небольшим количеством друзей и знакомых, в т. ч., по инициативе больного, 11,6 % – практически ни с кем не общались, 7,3 % – общались с узким кругом лиц, в основном, с членами семьи по их инициативе. Лишь 30,4 % больных имели разнообразный круг общения, в значительной степени по собственной инициативе. В общей сложности 69,6 % пациентов были удовлетворены широтой круга общения, что позволяет предположить характерную для больных эпилепсией замкнутость, возможно, вследствие недоверчивости окружающим.

Отношения с окружающими у 20,3 % пациентов были крайне конфликтными, у 26,1 % – отмечался общий фон недовольства, но они могли сдерживать себя; 13,0 % были раздражительны и с трудом сдерживали себя; 18,9 % – отмечали у себя лёгкую раздражительность, спокойны в отношениях с окружающими были лишь 21,7 % больных эпилепсией. При этом 69,6 % обследованных были удовлетворены характером взаимоотношений с окружающими.

Таким образом, сниженная потребность в общении, конфликтность в отношениях с окружающими у больных эпилепсией, скорее всего, не оказывают существенного влияния на качество жизни этих лиц.

Что касается влияния эпилепсии на образование, то мнения различных авторов по этому вопросу противоречивы. I. Hindmarch (1994) считает, что уже с детского возраста больные эпилепсией хуже своих здоровых сверстников успевают в школе; это обусловлено наличием у них когнитивных и эмоциональных расстройств, нарушений концентрации внимания, бедности мотиваций, моторной неловкости, а также нарушений социальных навыков.

В нашем исследовании обратил на себя внимание достаточно высокий образовательный уровень больных. Так, 53,6 % из них имели высшее, 7,3 % – незаконченное высшее образование, 24,6 % – среднее специальное образование, остальные больные имели среднее образование. При этом 73,9 % опрошенных были удовлетворены полученным образованием.

Почти для всех больных, которым впервые установлен диагноз эпилепсии, закономерно появление психосоциальных проблем различной степени выраженности. Чаще всего это адекватная или чрезмерная реакция на сам факт болезни и её по-

следствий – страх повторного приступа, что служит причиной развития вторичных невротических расстройств. Постепенно формируется поведение с ограничением контактов, целой системой защитных действий, направленных на сокрытие от окружающих факта болезни [6]. Эти проблемы нередко усугубляются окружением больного, гиперопекой со стороны близких, различными ограничениями, повышенным вниманием к личности, приёму препаратов и другим вопросам жизни больного, в результате чего формируется личностная защита с реакциями избегания. У отдельных индивидуумов, особенно с тревожно-мнительными чертами, случившийся в присутствии знакомых эпилептический приступ может служить причиной развития реактивного состояния с волнообразным течением, которое поддерживается рядом вторичных ситуационных моментов, например, фиксацией больного на комментариях очевидцев приступа.

Проявления депрессии были выявлены нами у 42,1 % больных, причём у 37,7 % пациентов клинические признаки депрессивных расстройств были обусловлены побочным действием антиэпилептических препаратов. Астенический синдром установлен у 50,7 % пациентов. Тревожность, которая в большинстве случаев обуславливает появление вторично-реактивных образований, постоянно присутствовала у 24,6 % пациентов, а у 37,7 % – возникла в связи с психотравмирующей ситуацией. Различные фобии имели место практически у всех обследованных, различаясь лишь по фабуле. Так, у 76,8 % из них имел место страх повторения приступа, 53,6 % больных боялись, что эпилептический приступ разовьётся в присутствии окружающих и приведёт к телесным повреждениям. У 69,6 % пациентов фабула страха заключалась в передаче болезни потомству, у 52,2 % – был страх побочного действия лекарств, 42,0 % респондентов опасались посещения общественных мест, 30,4 % больных испытывали страх смерти во время приступа, 37,7 % – боялись увольнения с работы и 10,1 % – отстранения от учебы. Таким образом, вторично-реактивные образования существенно влияют на качество жизни больных эпилепсией с психическими расстройствами и опосредованно влияют на их семейный статус.

При исследовании зависимости пациентов от лечения установлено, что их абсолютное большинство (87 %) были вынуждены постоянно принимать медикаментозные препараты (прежде всего, антиэпилептические – АЭП). 10,1 % пациентов получали лечение эпизодически по собственному усмотрению и 2,9 % – отказывались от лечения в связи с редкими эпилептическими приступами. При этом на те или иные побочные явления АЭП указали все больные, принимавшие лечение. Из них: 78,3 % – на соматические нарушения – тошноту, кожные высыпания, облысение, гепато- и нефротоксичность, изменение формулы крови; 30,4 % заявили о приобретённом в результате употребления АЭП бесплодии; 37,7 % – на развитие депрессии.

Таким образом, поскольку больные эпилепсией чаще всего вынуждены годами принимать противосудорожные препараты, их высокая стоимость и отсутствие в «льготном списке», замена на «дженерики», а также наличие побочных эффектов отрицательно отражаются на качестве жизни пациентов, вызывают учащение эпилептических приступов, обострение психопатологической симптоматики вплоть до развития эпилептических психозов.

36,2 % пациентов были недовольны качеством врачебной помощи, считали, что им уделяется недостаточно внимания и времени, говорили о неэф-

фективности проводимой терапии. Из-за рутинной выписки рецептов, большого потока пациентов врачу психоневрологического диспансера (ПНД) остаётся мало времени, для того чтобы уделить его полноценной беседе, оценить корректность дозировок и подобрать нужные больному антиэпилептические препараты с учётом клинических проявлений болезни. Пациенты не скрывали, что в большинстве случаев (84,1 %) обращались в ПНД формально, за получением рецепта, в т. ч. льготного.

Анализ литературы свидетельствует, что для клиницистов вопросы занятости и трудовой адаптации больных эпилепсией наиболее актуальны [1]. Была установлена достаточно тесная связь между податливостью эпилепсии терапевтическому воздействию, с одной стороны, и трудовой занятостью и экономической обеспеченностью пациентов, с другой [12].

«Интеллектуально сохранные» больные эпилепсией нередко занимают руководящие посты, успешно справляются с огромной и разносторонней работой; часто больные выбирают для себя профессии, требующие присущих эпилепсии характерологических особенностей – точности, бережливости, аккуратности, усидчивости, сосредоточенности: бухгалтер, контролер, экономист, научный сотрудник и пр. [2]. Несмотря на тот факт, что «стигматизация» больных эпилепсией является достаточно распространённой, большинство трудоустроенных больных эпилепсией чувствуют себя равными членами общества [13].

В нашем исследовании трудоспособность была восстановлена полностью лишь у 47,8 % пациентов. Инвалидность по психическому заболеванию имели: 20,3 % – II группу, 8,7 % – III группу, 1,5 % – I группу. 5,8 % пациентов были инвалидами по соматическому заболеванию.

Наиболее значимой причиной оформления группы инвалидности по психическому заболеванию явилось то, что больному стало трудно справляться с привычной работой – 24,6 % больных. Среди других причин оформления группы инвалидности в 21,7 % случаев были частые обострения и непрерывное течение заболевания, в 11,6 % – конфликтные отношения с коллективом и/или администрацией. Кроме того, у 7,2 % больных инвалидность была оформлена после выписки из психиатрического стационара, а у 2,9 % – отмечалось раннее начало заболевания (никогда не работали).

Имели сохранную трудоспособность 14,5 % больных эпилепсией, однако они нигде не работали вследствие «стигматизации». Узнав о заболевании своего работника (в т. ч. и при относительно благоприятном течении эпилепсии) работодатели старались избавиться от них. Утрата и длительный поиск новой работы часто приводил к вторично-реактивным образованиям, а в некоторых случаях к явному ухудшению течения эпилепсии – учащению пароксизмальных расстройств, возникновению дисфорий, негативизма, паранойальных идей.

Таким образом, трудовые возможности больных эпилепсией изучены ещё недостаточно. Эпилепсия далеко не всегда приводит к снижению интеллекта, поэтому повышение возможностей социального приспособления больных в обществе и их участие в трудовой деятельности перерастают из проблемы медицинской в проблему социальную. Трудовая занятость имеет огромное «психотерапевтическое» значение для больного эпилепсией, содействует его социальной адаптации, ресоциализации, является лучшим психотерапевтическим стимулом, помогающим компенсировать чувство собственной неполноценности, обусловленное болезнью. Получается своеобразный замк-

нутый круг: наличие заболевания (эпилепсии) приводит к стигматизации, которая в свою очередь, ведёт к клиническому ухудшению заболевания и наслоению вторично-реактивных образований. В результате этого, некоторые больные вынуждены оформлять инвалидность при вполне сохранной трудоспособности.

Известно, что оценка человеком своих ресурсов как «достаточных», «удовлетворяющих потребности» и т. п., может весьма варьировать. Мы исследовали точку зрения пациентов на то, каковы их финансовые ресурсы, и степень, в которой они удовлетворяют его потребности. В частности, может ли пациент позволить себе приобретать то, что способно оказывать влияние на качество его жизни, чувство удовлетворенности/неудовлетворенности тем, что его доходы позволяют ему приобретать, зависимости/независимости, которое доставляют ему его финансовые ресурсы (или другие источники дохода), и ощущение, хватает ли ему того, что он имеет.

Учитывая социально-экономическую ситуацию в стране, можно предположить, что субъективная оценка больными своего материального дохода как низкого и крайне низкого (44,9 и 15,6 % обследованных соответственно) соответствует объективной действительности. 33,3 % больных с трудом «сводят концы с концами», средств хватает только на питание, 4,3 % имели сохранную трудоспособность, находятся в бедственном материальном положении, голодают, носят чрезвычайно ветхие и старые вещи. 37,7 % пациентов могут удовлетворительно питаться, периодически приобретать одежду, позволить себе недорогой отдых. И лишь у 24,6 % больных средств хватало на удовлетворительное питание, приобретение хорошей одежды, отдых. В целом, 63,8 % пациентов были не удовлетворены своим материальным положением.

Столь низкие показатели материальной обеспеченности больных эпилепсией существенно снижают их качество жизни, ограничивая возможности больных в здоровом образе жизни, полноценном отдыхе, а зачастую, и в приобретении именно тех лекарств, которые им необходимы.

Таким образом, важность исследования социального функционирования и качества жизни больных эпилепсией очень высока. При настоящем исследовании выявлены такие достаточно уязвимые для больных эпилепсией показатели качества жизни, как ограниченная трудоспособность, проблемы с трудоустройством, снижение продуктивности их интеллектуальной деятельности, низкий материальный доход, преобладание конфликтных и неустойчивых отношений в семьях больных, их отгороженность, снижение потребности иметь друзей, нежелание (опасение) завести собственную семью, детей, конфликтность, раздражительность в отношениях с окружающими, высокая распространённость вторично-реактивных образований, связанных с болезнью, зависимость от постоянного приёма антиэпилептических препаратов, выраженное побочное действие последних, некачественное обслуживание врачами, отсутствие возможности полноценно отдыхать. Помимо настораживающих моментов, установлен и ряд положительных характеристик, среди которых высокий образовательный уровень больных эпилепсией, хорошие показатели физической деятельности, ведения больными домашнего хозяйства, удовлетворительная дневная активность. Результаты исследования могут послужить важными предпосылками для разработки программ ресоциализации, и что особенно важно, семейной и трудовой адаптации больного эпилеп-

сией как наиболее существенного фактора, оказывающего зачастую большее влияние на качество жизни больных эпилепсией, нежели сами эпилептические припадки.

Для повышения качества жизни больных эпилепсией необходимо создание специализированных служб помощи в трудоустройстве больных эпилепсией, совершенствование лечебно-реабилитационных мероприятий, в т. ч., более эффективная работа недавно созданных эпилептологических кабинетов при ПНД, адекватная терапия современными препаратами с минимумом побочных действий. На основе данных об особенностях показателей качества жизни пациентов могут приниматься решения о снабжении лечебных учреждений более широким выбором медикаментов, а большая доступность определённых препаратов будет выгодна тем пациентам, которые выберут лекарства, не только избавляющие от симптомов или уменьшающие их, но также улучшающие их качество жизни. Благодаря этим данным, врачи могут изменить свои стереотипы лекарственных и иных лечебных назначений. Фармацевтические фирмы могут сосредоточить усилия на поиске лекарств, которые улучшают качество жизни пациентов, а научно-исследовательские и учебные учреждения скорректировать свои планы и программы таким образом, чтобы развивать и внедрять те лечебные и реабилитационные программы, которые дают максимальный вклад в улучшение качества жизни. Административные органы здравоохранения получают инструмент для дополнительной оценки качества работы медицинских служб, а также для принятия решений, куда именно нужно направить средства и усилия при ограниченных ресурсах.

Литература

1. Агрба М.В. Рациональное трудоустройство больных эпилепсией как профилактический и лечебный фактор. Патогенетическое лечение эпилепсии. Л.: 1997; 100–104.
2. Болдырев А.И. Социальный аспект больных эпилепсией. М.: Медицина, 1997; 208.
3. Бурковский Г.В., Коцюбинский А.П., Левченко Е.В., Ломаченков А.С. Использование опросника качества жизни (версия ВОЗ) в психиатрической практике. Пособие для врачей и психологов. СПб: 1998; 53.
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования качества жизни в контексте психосоматических и соматопсихических соотношений. // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им В.М.Бехтерева. 2006; 4: 12–15.
5. Ловелл Р.П., Кудрявая Н.В. Психологические основы деятельности врача. М.: 1999.
6. Максимова А., Фрёшер В. Психотерапия эпилепсии. Блеквелл Виссеншафтс, 1998; 180.
7. Шмуклер А.Б. Проблема использования понятия «качество жизни» в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 1996; 1: 100–104.
8. Шмуклер А.Б., Гурович И.Я., Шашкова Н.Г. Социальное функционирование и качество жизни психически больных. // Социальная и клиническая психиатрия. 1994; 4: 38–45.
9. Batsel L.W., Dodrill C.B. Neuropsychological and emotional correlates of marital status and ability to live independently in individuals with epilepsy // Epilepsia. 1985; 25: 594–598.
10. Dodrill C.B. et al. Psychosocial problems among adults with epilepsy // Epilepsia. 1984; 25: 168–175.
11. Hindmarch I. Zopiclone: From Clinical Practice to Quality of Life // Copenhagen. 1994; 13.
12. Pais-Ribeiro J., da Silva A.M., Meneses R.F., Falco C. Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy // Epilepsy Behav. 2007; Aug.; 11: 1: 33–8. Epub 2007 May 29.
13. Westphal-Guitti A.C., Alonso N.B., Migliorini R.C., da Silva T.I., Azevedo A.M., Caboclo L.O., Sakamoto A.C., Yacubian E.M. Quality of life and burden in caregivers of patients with epilepsy // Journal Neurosci Nurs. 2007; Dec; 39: 6:354–60.

Депрессивные расстройства в подростковом возрасте и особенности их терапии

Н.А. Мазаева, Н.Е. Кравченко,
Е.И. Иванова

НЦПЗ РАМН, Москва

РЕЗЮМЕ

Цель работы: выявление наиболее частых вариантов депрессивных расстройств настроения у подростков, их клиническая характеристика, включая лёгкие и субклинические формы аффективной патологии. Материал исследования составили подростковые контингенты психоневрологического диспансера № 21, подросткового центра при ПБ № 15 и общесоматической поликлиники г. Москвы. В общей сложности обследовано 5 тысяч больных в возрасте от 14 до 18 лет. Депрессивная патология выявлена в одной трети случаев. Результаты: установлена редкость формирования в подростковом возрасте депрессивных состояний, отвечающих критериям классической эндогенной депрессии. Рассмотрены факторы, предопределяющие «атипичную» клиническую картину депрессий у подростков.

ков. Приведена клиническая характеристика наиболее распространённых вариантов с преобладанием апатического и тревожного аффектов, а также стёртых гипотимических состояний с субсиндромальным уровнем аффективной патологии. В заключении обоснованы необходимость продолжения исследований в этой области и предпочтительность мультимодального терапевтического подхода при лечении депрессивных состояний у подростков.

Депрессивные расстройства относятся к наиболее распространённым видам психической патологии, встречающейся в любой возрастной категории, в т. ч. и подростковой. При этом «маскированные» психопатическими, псевдоорганическими и другими нарушениями, они могут длительно оставаться нераспознанными и приводить к неожиданным для окружающих аутоагрессивным поступкам, тяжёлым формам школьной дезадаптации.

У перенёсших депрессию в подростковом возрасте повышен риск развития аффективной патологии в последующей жизни, особенно если депрессия имела место уже после наступления половой зрелости [10]. Вероятность самоубийства также более высока у лиц, переболевших депрессией в детстве и в подростковом возрасте. Наличие депрессии значительно повышает суицидальную готовность подростков. По данным Ю.Б. Хмелевой и Ю.В. Дроздовского [8], у 15 % детей и подростков в возрасте от 8 до 18 лет, совершивших суицидальную попытку, были выявлены депрессивные реакции и состояния. В некоторых работах этот показатель достигает 25 % для юношей и 14 % для подростков женского пола [5]. В. Dubicka, J. Goodyor [9] считают аффективное расстройство наиболее частой психи-