

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского»
Минздрава России

**АКТУАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ
ПСИХИАТРИИ, НАРКОЛОГИИ,
ПСИХОТЕРАПИИ
И КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Сборник научных трудов

Выпуск 15

Издательство Саратовского государственного медицинского
университета

2017

несьян // Сестринское дело. 2010. №3. С.27-29.

4. Водопьянова Н.Е. Профилактика и коррекция синдрома выгорания. – СПб: Изд-во С. - Петерб. ун-та, 2011. – 160 с.

Сведения об авторах

Оксана Геннадиевна Грачева – кандидат социологических наук, доцент кафедры «Психология и прикладная социология» Саратовского государственного технического университета имени Гагарина Ю.А.; e-mail: ksangr@gambler.ru

Дмитрий Владимирович Павлищев – заместитель главного врача по профилактике и реабилитации государственного учреждения здравоохранения «Областная клиническая психиатрическая больница Святой Софии»

Григорьева И.В., Кралько А.А., Ладо А.В., Сергеечко И.В.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ, НАХОДЯЩИХСЯ В ЛЕЧЕБНО-ТРУДОВОМ ПРОФИЛАКТОРИИ

Статья посвящена оценке качества жизни пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в лечебно-трудовой профилактории. Проведен анализ их субъективного восприятия различных факторов, связанных с качеством жизни, выявлено значительное снижение показателей социального и ролевого функционирования, психического здоровья. Обсуждена необходимость использования показателя качества жизни при планировании и оценке реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: качество жизни, лечебно-трудовой профилакторий, синдром зависимости от алкоголя, реабилитация.

Key words: quality of life, medical-labor dispensary, alcohol dependence syndrome, rehabilitation.

Существующий в настоящее время интегративный подход к оценке состояния зависимых лиц, учитывает наряду с клиническими показателями их уровень функционирования во всех социальных сферах и качество жизни (КЖ), как важный субъективный показатель, отражающий удовлетворенность своим состоянием и положением в обществе.

Оценка КЖ, по мнению авторитетных ученых, является надежным, информативным и экономичным методом оценки здоровья пациента на групповом и индивидуальном уровне [1, 120]. В нарко-

логических исследованиях оценка КЖ является важным критерием оценки эффективности лечения и имеет прогностическое значение.

Оценка КЖ помогает врачу индивидуализировать симптоматическую терапию и получить важную для прогноза заболевания информацию. Пациент-ориентированный подход в медицине предполагает изучение различных факторов, влияющих на КЖ пациентов [2, 31; 3, 347].

Особое значение придается не только уровню объективного функционирования, но и субъективному функциональному статусу пациентов, а также удовлетворенностью КЖ, в ближайшей и отдаленный период [1, 156]. Проведенные исследования уровня и моделей потребления алкоголя показали, что основной причиной высокого уровня распространенности потребления алкоголя является ряд социальных и личностных обстоятельств: отсутствие полезных увлечений, интересных занятий и неумение планировать и организовать свой досуг; дефекты воспитания в семье; недостаточное антиалкогольное просвещение и воспитание; невысокий уровень духовной культуры; влияние «питейных» традиций и высокий уровень потребления спиртных напитков среди всего населения; массовое производство и доступность спиртных напитков; широкая реклама алкоголя на телевидении, в кино, средствах массовой информации [4, 224].

Нарушение самоощущения у лиц, зависимых от алкоголя, наблюдается практически на всех этапах развития зависимости. В то же время для успешной медико-социальной реабилитации имеет значение не только продолжение анозогнозии, но и степень критичности пациента к своим психопатологическим переживаниям, его способность оценивать свой статус как зависимого человека, а также адекватность восприятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей. Искажение этих показателей затрудняет процесс реабилитации [5, 55].

Имеет значение не только критичность зависимых пациентов к своему психическому и физическому здоровью, но и их отношение к различным сторонам своего функционирования, удовлетворенность своей жизнью в целом и ее различными составляющими.

Установлено, что показатели КЖ зависимых от алкоголя в сфере психического благополучия и исполняемых ролей ниже, чем в общей популяции [6, 1057]. КЖ зависит от наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, степени тяжести алкогольной зависимости, наличия аффективных расстройств, а также

от характера терапевтических и реабилитационных вмешательств [7, 72; 8, 257].

Несмотря на то, что злоупотребление алкоголем является серьезной причиной заболеваемости и смертности и составляет значительную часть бремени болезней, качество жизни лиц, злоупотребляющих алкоголем, недостаточно изучено. Исследователи отмечают, что КЖ индивидов с алкогольной зависимостью значительно снижено, но улучшается в результате отказа от употребления алкоголя, снижения его употребления или контролируемого употребления. Основные факторы, ухудшающие КЖ индивидов с алкогольной зависимостью: психиатрическая коморбидность, неблагоприятная социальная среда и нарушения сна [9, 1690].

Отмечено, что при зависимости от алкоголя пациенты, особенно в абстинентном и постабстинентном периоде, находясь в кризисном состоянии, когда способность к объективному анализу ситуации нарушается [5, 57].

Субъективная оценка функционального статуса пациента необходима для общей характеристики состояния зависимого человека, последующего изучения влияния различных профилактических и реабилитационных программ, разработки индивидуализированной программы терапии и оценки эффективности лечения [5, 59].

Субъективное восприятие пациентами различных факторов, связанных со здоровьем, представляет интерес для изучения уровня психосоциального регулирования, психосоциальной оценки и исхода, а также для учета соотношения позитивных и негативных чувств в процессе реабилитации, долгосрочного психосоциального сопровождения и повышения эффективности реабилитационных программ. Психосоциальная поддержка является специальным компонентом улучшения КЖ, способствует формированию позитивной реабилитационной среды [1, 80].

В настоящее время формирование мотивации к обращению за лечебной и реабилитационной помощью пациентов и улучшение КЖ является сегодня ключевой задачей в процессе проведения реабилитационного процесса. Для пациентов, согласившихся на участие в лечебно-реабилитационной программе, является очень важным находиться в постоянном мотивационном тоне и получать подкрепление правильности выбранного пути [10, 1430].

Нарушение самосознания у лиц, зависимых от алкоголя, наблюдается практически на всех этапах развития зависимости. В то же

время для успешной медико-социальной реабилитации имеет значение не только преодоление анозогнозии, но и степень критичности к своим психопатологическим переживаниям, способность оценивать свой статус как зависимого человека, а также адекватность восприятия внешних обстоятельств, собственной личности и своих возможностей. Искажение этих показателей затрудняет процесс реабилитации [5, 60].

Измерение качества жизни (КЖ) при оценке результатов лечения позволяет выделить связи между: алкогольной зависимостью и социальной средой; изменениями в качестве жизни в результате отказа от алкоголя, снижения употребления и контроля над употреблением алкоголя.

Исследования показали, что показатели КЖ зависимых от алкоголя лиц в сфере психического благополучия и исполняемых ролей ниже, чем в общей популяции [7, 74]. КЖ зависит от наследственной отягощенности психическими и соматическими заболеваниями, степени тяжести алкогольной зависимости, наличия аффективных расстройств, характера терапевтических и реабилитационных вмешательств [8, 259].

Выявление дефицитов КЖ и компонентов личностного потенциала лиц с зависимостью от алкоголя важны для определения мишеней психологической коррекции в процессе комплексной реабилитации [7, 74].

Психосоциальная поддержка зависимых от алкоголя лиц является специальным компонентом улучшения КЖ, способствует формированию позитивной реабилитационной среды, в которой происходит преодоление имеющейся социальной дезадаптации, оздоровление межличностных отношений в профессиональной и семейно-бытовой жизни.

До настоящего времени не проводилось исследований по оценке качества жизни пациентов в ЛТП, что является необходимым для разработки метода комплексной медико-социальной реабилитации лиц с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП. Учет комплекса характеристик, включающих наряду с клиническими данными показатели качества жизни, создает основу для интергационного подхода к лечебно-реабилитационному процессу и осуществления сбалансированного медикаментозного, психотерапевтического и психосоциального воздействия.

Цель исследования: оценить качество жизни пациентов с син-

дромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП для разработки метода комплексной медико-социальной реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 300 пациентов мужского пола в возрасте от 21 до 59 лет с синдромом зависимости от алкоголя, находящихся в условиях «Лечебной трудовой профилакторий № 1» и «Лечебной трудовой профилакторий № 5» УДИН МВД Республики Беларусь». Средний возраст пациентов составил $40,8 \pm 9,4$ лет.

Использовался клинико-психопатологический метод и метод клинического интервью (Бел-ИТА/В-ASI) [11], оценка качества жизни проводилась с помощью опросника SF-36 (1992 г.).

Результаты. Объем выборки составил 300 лиц мужского пола: в ЛТП №1 – 200 лиц; в ЛТП №5 – 100 лиц. Средний возраст в ЛТП №1 составил $39,8 \pm 9,4$ лет; в ЛТП №5 – $41,5 \pm 9,01$ лет. Средний стаж злоупотребления алкоголем у пациентов ЛТП №1 – 16,3 лет, пациентов ЛТП №5 – 16,7 лет.

К моменту поступления в ЛТП 23% из пациентов отметили, что имели неблагополучный профессиональный статус и работали только периодически, у 30% пациентов в течение длительного времени отсутствовала работа. Один из пациентов имел к моменту поступления в ЛТП 3 группу инвалидности.

Анализ данных показал, что по всем шкалам опросника SF-36, кроме физического функционирования полученные баллы были значительно снижены.

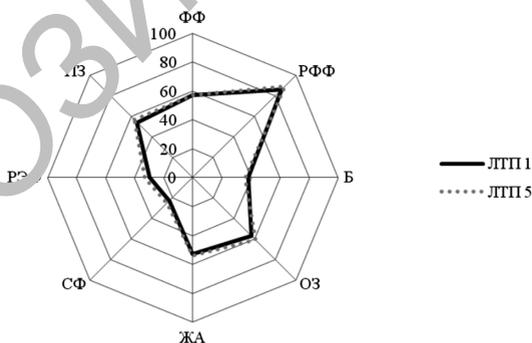


Рис. 1. Результаты исследования качества жизни по опроснику SF-36 у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя

* ПЗ – Психическое здоровье, РЭФ – Ролевое эмоциональное функционирование, СФ – Социальное функционирование, ЖА – Жизненная активность, ОЗ – Общее состояние здоровья, Б – интенсивность боли, РФФ – Ролевое физическое функционирование, ФФ – физическое функционирование

Незначительное снижение показателей по шкале Физическое функционирование у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $57,7 \pm 1,57$ и $57,0 \pm 1,14$ ($p=0,722$) показывают, что не смотря на длительный период злоупотребления приемом алкоголя ограничение физической активности и трудоспособности носило незначительный характер и определяло возможность использования в процессе реабилитации трудотерапии.

Высокие показатели Ролевого физического функционирования в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $86,25 \pm 1,6$ и $89,8 \pm 1,28$ ($p=0,503$) свидетельствуют о незначительном снижении их активности в повседневной деятельности и нормальном выполнении повседневных обязанностей.

Низкие показатели по шкале Интенсивность боли в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $38,95 \pm 2,4$ и $36,2 \pm 2,65$ ($p=0,095$) свидетельствовали, что имеющиеся постабстинентные расстройства характеризуются различными болевыми симптомами и являясь фактором, ограничивающим жизненную и трудовую активность.

Оценка своего состояния здоровья в настоящий момент по шкале Общее здоровье характеризуется снижением показателей в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $57,7 \pm 1,4$ и $61,3 \pm 1,72$ ($p=0,347$), что соответствует тенденции общей неуверенности пациентов в своем здоровье и потребности в помощи специалистов, неуверенности в успешности освобождения от зависимости.

Снижение показателей по шкале Жизненная активность в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $53,02 \pm 1,44$ и $54,9 \pm 1,27$ ($p=0,735$) подтвердило снижение у пациентов жизненной активности, наличия состояния утомленности от нерешенных вопросов в семье и на работе.

Значительное снижение показателей по шкале Социальное функционирование в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $23,81 \pm 1,53$ и $25,0 \pm 1,66$ ($p=0,028$) связано с ограничением социальных контактов и рабочих взаимоотношений, отсутствием работы до поступления в ЛТП, снижением ухудшением взаимоотношений с семьей и близкими, наличием состояния социальной дезадаптации.

Значительное снижение показателей по шкале Ролевое эмоциональное функционирование в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $30,17 \pm 4,09$ и $33,30 \pm 4,42$ ($p=0,037$) показало, что их эмоциональное состояние в процессе злоупотребления алкоголем способствовало появлению семейных конфликтов и значительному сужению круга социальных интересов, преобладанию контактов с людьми с алкогольной субкультурой.

Некоторое снижение показателей по шкале Психическое здоровье в ЛТП №1 и ЛТП №5 – $54,08 \pm 1,42$ и $57,0 \pm 1,14$ ($p=0,704$) характеризует наличие состояния психического неблагополучия, снижении осознанности алкогольных проблем и необходимости помощи в понимании выхода из имеющегося жизненного кризиса, наличие депрессивных, тревожных переживаний.

Выводы. Выявленное снижение показателей ролевого физического функционирования, ролевого эмоционального функционирования, боли, жизненной активности, социального функционирования и психического здоровья у пациентов с синдромом зависимости от алкоголя подтверждает наличие у них социальной дезадаптации до поступления и в течении первого месяца нахождения в ЛТП.

Пациенты с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП имеют более низкий уровень психического и социального функционирования, низкий уровень удовлетворенности качеством жизни.

Длительное злоупотребление приемом спиртного оказывало отрицательное влияние на важнейшие функции человека: психическое и социальное функционирование.

Учет субъективного восприятия пациентами с синдромом зависимости от алкоголя находящихся в условиях ЛТП различных факторов, связанных с их здоровьем для изучения создает условия для определения уровня психосоциального регулирования, разработки индивидуализированной программы реабилитации, максимальной вовлеченности каждого пациента в процесс планирования, начала проведения целеполагательного анализа сложившейся алкогольной ситуации, разрешения и интенсивного осваивания возможных вариантов нового поведения, выработки последовательного плана действий по достижению трезвости, оценки эффективности проведенных реабилитационных мероприятий.

Литература

1. Новик, А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине 2-е издание / А.А. Новик, Т.И. Ионова под ред. акад. РАМН О.Л. Шевченко. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа групп», 2007. – 320с.
2. Петрова, Н.Н. Сравнительный анализ качества жизни больных с нервно-психическими и соматическими расстройствами / Н.Н. Петрова // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – 1999. – № 2. – С. 60–63.
3. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. науч. тру-

дов т. 137 / СПб. науч.-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева; научн. ред. А.С. Ломаченков, В.А. Михайлов. – СПб., 2001. – Т. СXXXVI. – 416 с.

4. Дгебуадзе, Л.В. Формирование социальной компетенции как средство профилактики алкоголизма несовершеннолетних. В кн.: Дружининские чтения: сборник материалов XII Всероссийской научно-практической конференции. Сочи: Сочинский гос. Университет, 23-25 мая 2013. / Л.В. Дгебуадзе, О.Г. Паладич. – С. 224–227.

5. Никифоров, И.И. Проблема качества жизни у больных алкоголизмом и совершенствование скринирующего психометрического инструментария / И.И. Никифоров // Наркология. – 2005. – № 7. – С. 53–63.

6. Polak, K. The evaluation of the quality of life among professional soldiers with diagnosed alcohol addiction syndrome / K. Polak // Psychiatr. Pol. – 2001. – Vol. 35, № 6. – P. 1057–1070.

7. Rudolf, H. Subjective quality of life and depressive symptoms in women with alcoholism during detoxification treatment / H. Rudolf, S. Priebe // Drug Alcohol Dependence – 2002. – Vol. 61 – № 1. – P. 71–76.

8. Foster, J.H. Quality of Life in Alcohol-Dependent Subjects: A Review. /J. H. Foster, J. E. Powell, E. J. Marshall, T.J. Peters // Quality of Life Research. – 1999. – Vol. 8. – № 3 – P. 25–26.

9. Foster, J. H. Application of the Quality of Life Measure, the Life Situation Survey (LSS), to Alcohol-Dependent Subjects in Relapse and Remission / J.H. Foster, E.J. Marshall, T.J. Peters // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. – 2000. – № 24. – P. 1687–1692.

10. Ware, J.E. Measuring patients' views: the optimum outcome measure. SF-36: a valid, reliable assessment of health from the patient's point of view/ J.E. Ware // BMJ – 1993. – Vol. 306. – P. 1429–1430.

11. Руководство по ведению протоколов Белорусского индекса тяжести аддикции (В-А-SI) В.В. Позняк и др. // Белорусский наркологический проект [Электронный ресурс]. – 2001. –Режим доступа: <http://www.beldrug.org>. Дата доступа: 10.01.2017.

Сведения об авторах

Григорьева Инесса Викторовна, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь, inessgrig@mail.ru

Кралько Алексей Аркадьевич, кандидат медицинских наук, доцент, заведующий Республиканским центром наркологического мониторинга и превентологии, РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Лад Анастасия Васильевна, лаборант РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь

Сергеенко Илона Валерьевна, лаборант РНПЦ психического здоровья, г. Минск, Беларусь