

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ОРГАНИЧЕСКИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Д.Ф. Хритинин, О.В. Карпов

Московская медицинская академия имени И.М.Сеченова
ГУЗ Психиатрическая клиническая больница №4 имени П.Б. Ганнушкина

В статье приводятся результаты анализа социального функционирования больных с органическими психическими расстройствами разной степени тяжести. Рассматриваются основные моменты влияния органических поражений мозга на процессы социальной дезадаптации пациентов.

Устойчивый рост количества психических заболеваний и обусловленной ими инвалидности, подтверждает социальную значимость данной патологии [4]. По данным ВОЗ, каждые 10 лет число зарегистрированных больных с нервно-психическими нарушениями возрастает на 8-10% [3, 5]. Следует отметить, что уровень инвалидизации психически больных во многом определяется структурой психиатрической помощи и во многом обуславливается большей или меньшей длительностью круглосуточного пребывания больных в условиях психиатрической больницы [1, 2]. Поэтому одна из наиболее актуальных проблем современной психиатрии – развитие психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации.

Материалы и методы

Нами на протяжении 2004-2006 годов проводилось исследование среди пациентов с органическими психическими расстройствами, находящихся на стационарном лечении в ГУЗ «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б.Ганнушкина» ДЗ г. Москвы. Использовались материалы анкетирования 420 пациентов с органическими психическими расстройствами, госпитализировавшихся более одного раза за последние 5 лет или пребывающих в стационаре без выписки более 6 месяцев. Все больные были разделены по общей продолжительности пребывания в стационаре за последние 5 лет на 2 группы: больше 12 месяцев (200 человек) – основная группа и меньше 12 месяцев (220 человек) – контрольная группа. Из исследования исключались дементные пациенты и больные, имеющие на момент обследования расстройства психотического регистра.

Результаты и их обсуждение

В группе пациентов, которые за последние 5 лет находились в стационаре в общей сложности менее года, было 66,4% мужчин и 33,6% женщин, а в группе находившихся в стационаре более года - 60,5% мужчин и 39,5% женщин. Указанные различия не являются статистически достоверными и позволяет считать изучаемые группы однородными по данному признаку.

Обращает на себя внимание преобладание (32,8%) в контрольной группе пациентов более молодого возраста (21-30 лет) по сравнению с группой длительно

находящихся в стационаре, среди которых наибольшая доля респондентов была в возрасте 41 - 50 лет (32%). Следует отметить, что пожилых больных (61 год и старше) было больше среди пациентов контрольной группы по сравнению с основной, соответственно 13,2% и 8,5% ($p < 0,05$). Указанные различия могут быть обусловлены более высокой смертностью больных основной группы обусловленной как тяжестью течения заболевания, так и более глубокой социальной дезадаптацией.

Вызывает интерес тот факт, что 39% больных основной группы и 34,1% контрольной не следовали после выписки медицинским предписаниям и отказывались от приёма лекарств. Эти пациенты представляют собой наиболее проблемную категорию в терапевтическом и реабилитационном плане, что отрицательно сказывается на процессах их социальной адаптации после выписки и социальном функционировании в целом.

При рассмотрении трудового стажа у многих больных отмечается неустойчивость трудовой адаптации (частая смена мест работы, длительные перерывы), нередко происходило профессиональное снижение. На момент обследования трудовой статус в группе больных, пребывающих в стационаре менее года, характеризовался неоднородностью (рис. 1).

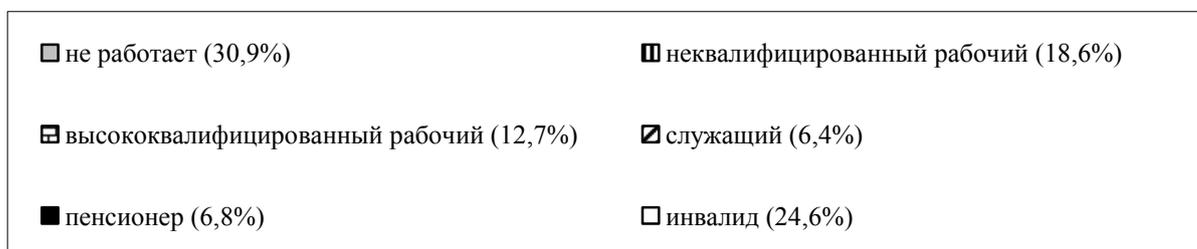
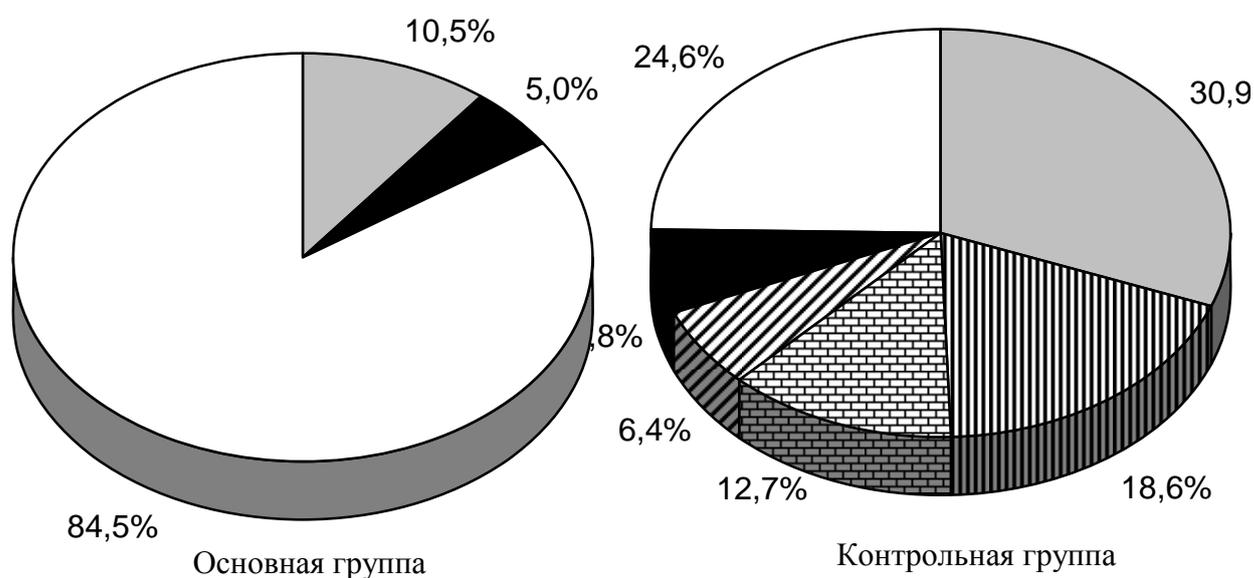


Рис. 1. Структура профессиональных групп на момент обследования.

Из представленных данных следует, что 84,5% пациентов основной группы являются инвалидами (в основном в связи с психическими расстройствами), тогда как в контрольной таких респондентов 24,6% ($p < 0,01$). Общая доля всех работающих пациентов из группы, пребывавших в стационаре менее 12 месяцев составила 37,7%, тогда как пациенты с госпитализацией, длящейся более года, закономерно утрачивают прежние места работы в случае, если таковые имелись до стационарирования, и инвалидизируются. Следует отметить, что у большей части пациентов группа инвалидности была оформлена непосредственно в период продолжительного пребывания в психиатрическом стационаре. Изучение структуры инвалидности респондентов основной и контрольной групп показало, что среди пациентов с дли-

тельностью пребывания в стационаре более года преобладали лица со второй группой инвалидности по психическому заболеванию (85,8%), тогда как среди пациентов со сроком госпитализации в стационар менее года таких было существенно меньше (64,8%).

Анализ причин оформления группы инвалидности по психическому заболеванию показывает, что в основной группе преобладали пациенты с утраченной или сниженной трудоспособностью, которым группа инвалидности была оформлена сразу после выписки из стационара (76,7%), что в 2,2 раза превышает аналогичный показатель в контрольной группе ($p < 0,001$). Увеличение процентной доли больных, которым группа инвалидности оформлялась непосредственно во время пребывания в психиатрической больнице или вскоре после выписки позволяет говорить о зависимости между уровнем инвалидизации и длительностью пребывания в психиатрическом стационаре. В тоже время, в группе находящихся в стационаре менее года в качестве ведущей причины оформления группы инвалидности пациенты называют то, что им стало трудно справляться с привычной работой (43,9%). Эта же причина стоит на втором месте в группе больных, пребывающих в стационаре более года (14,7%).

Существенная роль фактора трудовой дезадаптации в инвалидизации пациентов обуславливает необходимость психосоциальной помощи, направленной на решение проблем, связанных с трудоустройством больных. Примечательно, что причины инвалидизации, отражающие тяжесть течения заболевания (раннее начало, частые ухудшения) составляют лишь незначительный, не влияющий на общую картину процент, соответственно 4,3% и 12,2% среди пациентов основной и контрольной групп. Среди других причин, определивших оформление группы инвалидности, также указывались конфликтные отношения с коллективом (либо администрацией), проблемы с трудоустройством в течение длительного времени и прочие обстоятельства.

В ходе анализа динамики трудового статуса больных за контрольный период (учитывались сведения о трудовой деятельности на протяжении 5 последних лет) установлено, что в группе пребывающих в стационаре менее года, являлись работающими 63,2% пациентов, при этом работали по специальности без снижения квалификации 22,7%, а у 30,5% произошла смена профессии со снижением квалификации. В основной группе наблюдается выраженное снижение трудового статуса и утрату прежних социальных позиций многими пациентами за последние 5 лет: общее количество работающих пациентов (35%), в том числе 23% сменили профессию со снижением квалификации, тогда как работали по специальности без снижения квалификации только 7,5%.

Доля пациентов, на протяжении последних 5 лет нигде не работавших, не имея при этом группы инвалидности, составляет в основной группе 25,5% и была 1,8 раза больше чем в контрольной ($p < 0,001$), что отражает значительное дезадаптирующее влияние длительного нахождения в стационаре. Следует отметить, что данный контингент является наиболее проблемным в плане ресоциализации в связи с его особенностями: у большинства из этих больных отмечалось такие неблагоприятные факторы, как злоупотребление алкоголем или иными психоактивными веществами, асоциальные тенденции в поведении, преобладание психопатоподобной симптоматики среди других психопатологических проявлений.

Рассматривая дневную активность пациентов в домашних условиях, следует отметить снижение социальных позиций у пациентов, подолгу находящихся в ста-

ционаре. Так, 68% больных этой группы ежедневно или несколько раз в неделю посещают магазины, тогда как в группе находившихся в больнице менее года таких пациентов - 83% ($p < 0,01$). Длительное нахождение в психиатрическом стационаре было сопряжено со значительным обеднением социальных сетей: среди пациентов контрольной группы, находящихся в основном во внебольничных условиях, 70,5% каждый день или еженедельно общались с друзьями и знакомыми, тогда как среди респондентов основной группы регулярные отношения с лицами, не состоящими в родстве поддерживали лишь около 1/5 пациентов ($p < 0,001$). Большинство из них связывали утрату прежнего круга общения с частыми, длительными госпитализациями и тяготились этим обстоятельством.

В ходе изучения функционирования исследуемых групп больных в хозяйственно-бытовой сфере установлено, что больные контрольной группы обнаруживают большую успешность в этой области: 54,1% пациентов продолжали обслуживать себя или окружающих в полном либо несколько сниженном объёме. В группе больных, длительно пребывавших в стационаре, преобладали пациенты, у которых занятия домашним хозяйством ограничивались лишь выполнением несложных видов работ по дому (51%).

Следствием социальной дезадаптации является снижение уровня материального положения пациентов. У значительного числа больных основной и контрольной групп (соответственно 35% и 25,4%) финансовое положение было тяжелым, пищевой рацион скуден, питание бедное и однообразное; другие расходы были практически недоступны, зачастую возникали проблемы с одеждой. Установлено, что 11% респондентов основной и 7,3% пациентов контрольной групп находились в бедственном, нищенском, положении: были вынуждены потреблять наиболее дешёвые продукты, питание было неполноценным, порой голодали, не имели достаточного количества одежды, ходили в старых, ветхих вещах, нередко накапливали большие задолженности по оплате жилищно-коммунальных услуг.

Семейное положение больных характеризуется некоторыми особенностями. Установлено, что в группе длительно находившихся в стационаре пациентов была почти в 2 раза выше частота разводов ($p < 0,001$), что отрицательно характеризует семейный статус данного контингента больных и в то же время указывает на протективную роль семейной адаптации, способствующей сохранению у больных возможности проживания в сообществе.

Большинство пациентов обеих групп живут в семьях, вместе с тем их удельный вес в основной группе ниже, чем в контрольной, соответственно 76,5% и 87,3% больных ($p < 0,01$). Следует отметить, что 52,1% пациентов контрольной группы являлись равноправными членами семьи, а 25,5% занимали подчинённое положение, зачастую в той или иной степени опекались своими родственниками. В группе больных, длительно находящихся в стационаре в 58,8% случаев отношения с родственниками приняли подчинённый, чрезмерно зависимый характер.

Среди больных, проживающих отдельно, являются одиночками (не имеющими семейной поддержки или других стойких социальных связей) 80,8% респондентов основной и 53,6% больных контрольной группы.

Принципиально различаются исследуемые группы и по характеру взаимоотношений больных с родственниками. В группе пациентов, длительно пребывавших в стационаре, позитивные внутрисемейные отношения встречались намного реже, чем в контрольной группе (соответственно 23,5% и 54,2%). В семьях более 1/3 больных основной группы сложилась напряжённая обстановка, не находили

разрешения давние конфликты, во многих случаях прослеживалась тенденция к обоюдному нарастанию неприязни, а порой и враждебности. У 31,4% пациентов, длительно находившихся в стационаре отношения на протяжении длительного времени носили неустойчивый характер, чему способствовала низкая толерантность семьи к стрессовым ситуациям и взаимная недостаточная способность к конструктивному преодолению разногласий.

Выводы

Таким образом, проведенное социологическое исследование позволяет говорить о десоциализирующей роли длительного нахождения в психиатрическом стационаре и необходимости разработки комплекса мероприятий направленных на повышение уровня социального функционирования больных с органическими психическими расстройствами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я. О динамике контингента инвалидов вследствие психических заболеваний / И.Я.Гурович, Л.Я.Гусева // Журн. невропатол. психиатр. - 1992.-Т.92,№1.-С.77-86.
2. Гурович И.Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, Я.А.Сторожакова. – М.: ИД Мед-практика, 2004. – 492с.(19)
3. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. – ВОЗ, 2001. – с. 215.(22)
4. Ротштейн В.Г. Современная система психиатрической помощи: эпидемиологический аспект / В.Г.Ротштейн, В.С.Ястребов, М.Н.Богдан, Ю.В.Сейку // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2001. – т.101. - №3. – с.42-47.
5. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2 томах / А.С.Тиганов // «Медицина», 1999.(75)

THE PECULIARITIES OF THE SOCIAL FUNCTIONING OF THE PATIENTS WITH ORGANIC CEREBRAL AFFECTION

D.F.Khritinin, O.V.Karpov

In the article the authors give the results of the social functioning of the patients with organic mental disorders of different degree. The bottom lines of organic cerebral affection and its influence on the processes of social deadaptation of the patients are shown.