

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. А. Прибытков

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, Пенза

Наряду с клиническими характеристиками заболевания, социальное функционирование психически больных является важнейшим аспектом, влияющим на прогноз психических расстройств и определяющим особенности комплексной терапии [2, 6]. В настоящее время психосоциальные реабилитационные мероприятия рассматриваются как необходимый компонент помощи психически больным, крайне актуальный в условиях реформирования психиатрической службы [1, 2]. Больные шизофренией представляют собой одну из наиболее уязвимых групп психически больных, для которой характерны значительные нарушения социальной адаптации [5–9]. С учетом вышеизложенного, возникает необходимость детального анализа социального статуса и нарушений социального функционирования больных, страдающих шизофренией.

Цель исследования: установление особенностей социального статуса больных шизофренией.

Материал и методы: невыборочным методом было обследовано 120 больных, находившихся на лечении в общепсихиатрическом стационарном отделении ГБУЗ «Областная психиатрическая больница им. К.Р. Евграфова» (г.Пенза) в 2011 году. В исследовании использовался клинко-психопатологический метод и Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных [3].

Результаты исследования

Среди обследованных пациентов отмечено незначительное преобладание мужчин – 55%. Средний возраст больных составил $38,6 \pm 12$ лет (от 17 до 70 лет).

Клинические характеристики пациентов отражены в табл. 1. В исследованной группе преобладали больные с параноидной формой шизофрении (87,5% наблюдений). Среди них, у 47,6% отмечался приступообразный тип течения, у 52,4% – непрерывный. Реже отмечалась простая (6,7%) и недифференцированная (5,8%) формы. Средний возраст

дебюта заболевания составил $24,8 \pm 6,1$ (от 12 до 40 лет). Продолжительность заболевания (от дебюта до включения в исследование) составила от 0 (госпитализирован в период дебюта) до 42 лет. Средняя длительность заболевания составила $13,8 \pm 9,9$ лет. В исследованной группе количество больных с длительностью заболевания до 5 лет составило 20,9%, с длительностью свыше 5 до 10 лет – 17,5%, свыше 10 до 15 лет – 20 % и больные с длительностью заболевания более 15 лет – 41,7%.

В табл. 2 приведены данные обращаемости пациентов за психиатрической помощью. В исследованной группе госпитализации высокой частоты (4 и более за 3 года) отмечены у 35,8% больных, у 29,2% пациентов частота госпитализаций состави-

Таблица 1

Клиническая характеристика больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Форма шизофрении		
Параноидная, приступообразное течение	50	41,7
Параноидная, непрерывное течение	55	45,8
Простая	8	6,7
Недифференцированная	7	5,8
Возраст больных		
До 20 лет	4	3,3
20–29 лет	28	23,3
30–39 лет	37	30,8
40–49 лет	24	20
50–59 лет	19	15,8
60 лет и старше	8	6,7
Возраст начала заболевания		
До 20 лет	31	25,8
20–29 лет	60	50
30–39 лет	27	22,5
40–49 лет	2	1,7
Длительность заболевания		
До года	8	6,7
От 1 года до 3 лет	9	7,5
Свыше 3 лет до 5 лет	8	6,7
Свыше 5 лет до 10 лет	21	17,5
Свыше 10 лет до 15 лет	24	20
Свыше 15 лет	50	41,7

ла 2–3 раза за 3 года, и одна госпитализация в течение 3 лет имела место у 18,3% больных. В 16,3% случаев частота госпитализаций не оценивалась, в связи с тем, что длительность наблюдения составляла менее 3 лет. В условиях дневного стационара пациенты получали терапию существенно реже. Не обращались в дневной стационар в течение 3 лет более половины больных (52,5%), обращались однократно 18,3%, 2–3 раза в течение 3 лет – 12,5% больных. Не отмечено случаев обращения в дневной стационар свыше 3 раз за 3 года. В психоневрологический диспансер (ПНД) около половины больных (48,3%) обращались регулярно – 6 и более раз в течение года. Умеренная частота обращений (3–5 раз в году) отмечена у 29,2% больных. Обращались эпизодически (1–2 раза в год) 5,8% больных и не обращались в ПНД 10,8% пациентов. Следует отметить, что доступность стационарной, полустационарной и амбулаторной помощи одинакова, так как ПНД, дневной стационар и стационар являются структурными подразделениями ГБУЗ ОПБ им. К.Р. Евграфова и находятся на одной территории.

Социальные характеристики исследованных пациентов обобщены в табл. 3. Выявлен достаточно высокий образовательный уровень обследованных больных: 38,3% имели высшее и незаконченное высшее образование, 41,7% – среднее специальное и 20% среднее или неполное среднее образование. Работали лишь 10 человек (8,3%), из них 4 человека (3,3% выборки) были работающими инвалидами. Большинство пациентов имели инвалидность (97 чел. – 80,8%), 2 пациента (1,7%) обучались в ВУЗах и один – пенсионер по возрасту (не имел группы инвалидности). Большое количество больных (11,7%) не работали, но не имели группы инвалидности.

В большинстве случаев (70,8% наблюдений) у больных имело место сложное материальное по-

Таблица 2

Обращаемость за психиатрической помощью

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Число госпитализаций за 3 года		
1 раз	22	18,3
2–3 раза	35	29,2
4 и более раз	43	35,8
Наблюдается менее 3 лет	20	16,7
Число обращений в дневной стационар за 3 года		
Не обращался	63	52,5
1 раз	22	18,3
2–3 раза	15	12,5
4 и более раз	0	0
Наблюдается менее 3 лет	20	16,7
Число обращений в ПНД в год		
Не обращался	13	10,8
1–2 раза	7	5,8
3–5 раз	35	29,2
6 раз и более	58	48,3
Наблюдается менее года	7	5,8

ложение: денежных средств хватало только на питание, отмечалась недостаточная обеспеченность одеждой, иные расходы пациентам были недоступны. В части случаев (3,3%) материальное положение больных оценивалось как бедственное: отмечали недостаток средств даже на питание, ветхость одежды, невозможность удовлетворить основные жизненные потребности. Удовлетворительное (26,7%) и хорошее (2,5%) материальное положение отмечено менее чем у трети больных (29,2% исследованной выборки). Следует отметить, что у 20 из 35 пациентов (57,1%), чье материальное положение было оценено как удовлетворительное или хорошее, основным источником дохода была материальная помощь со стороны родственников.

Таблица 3

Социальные характеристики больных

Показатель	Число больных	
	абс.	%
Образование		
Среднее и неполное среднее	24	20
Среднее специальное	50	41,7
Незаконченное высшее	13	10,8
Высшее	33	27,5
Трудовой статус		
Инвалид, не работает	93	77,5
Инвалид, работает	4	3,3
Пенсионер	1	0,8
Не работает	14	11,7
Учащийся	2	1,7
Работает	6	5
Материальное положение		
Бедственное	4	3,3
Сложное	81	67,5
Удовлетворительное	32	26,7
Хорошее	3	2,5
Семейное положение		
Состоит в браке	8	6,7
Не состоял в браке	81	67,5
Брак расторгнут	25	20,8
Вдовец (вдова)	6	5
Проживает		
Один	17	14,2
Жена (муж)	8	6,7
Родители	79	65,8
Дети	7	5,8
Другие родственники	9	7,5
Взаимоотношения с родственниками		
Хорошие	38	31,7
Нейтральные	29	24,2
Неустойчивые	34	28,3
Конфликтные	16	13,3
Родственников нет	3	2,5
Круг общения		
Ни с кем не общается	10	8,3
Эпизодическое общение с близкими родственниками	50	41,7
Общение ограничивается семьей	28	23,3
Семья и узкий круг друзей	29	24,2
Широкий круг общения	3	2,5

Среди обследованных пациентов лишь 6,7% состояло в браке и проживало в собственной семье. Большинство (67,5 %) никогда не состояло в браке. В 20,8% наблюдений больные были разведены, в 5% наблюдений – вдовы. С родителями или другими родственниками проживало 73,3% больных, со своими детьми – 5,8%. Достаточно большое количество больных (17 чел., 14,2% наблюдений) проживали одни, из них 3 человека (2,5%) не имели родственников. Нарушение взаимоотношений с родственниками отмечено в 41,6% наблюдений: в 13,3% случаев отношения с родственниками характеризовались как конфликтные, в 28,3% наблюдений – как неустойчивые. Удовлетворительные взаимоотношения с родственниками наблюдались в 55,9 % случаев (31,7% – хорошие, 24,2% – нейтральные).

У больных отмечено значительное снижение круга общения. Широкий круг общения, в значительной мере по инициативе больного, отмечался в единичных случаях (3 пациента, 2,5% наблюдений). Общение внутри семьи и с небольшим количеством друзей наблюдалось в 24,2% наблюдений, общение внутри семьи – в 23,3% наблюдений. В 50% наблюдений имело место значительное сни-

жение круга общения: больные эпизодически общались с узким кругом лиц (41,7% наблюдений), либо практически не общались с окружающими (8,3% наблюдений).

Таким образом, для больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении, оказалась характерной высокая частота госпитализаций в стационар, относительно регулярная обращаемость в психоневрологический диспансер и малая востребованность полустационарных форм оказания помощи. Несмотря на достаточно высокий уровень образования, в исследованной группе существенно преобладали инвалиды вследствие психического заболевания (80,8%) и лица, не имеющие постоянного места работы (11,7%). У большинства больных отмечалось затруднительное материальное положение. В исследованной группе отмечено значимое снижение круга общения и нарушение семейной адаптации в виде преобладания холостых и разведенных пациентов, нарушений взаимоотношений с родственниками. Выявленные особенности социального функционирования необходимо учитывать при разработке программ психосоциальных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 78–85.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М., 2004. 492 с.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35–40.
4. Кирьянова Е.М., Сальникова Л.И. Социальное функционирование и качество жизни психически больных – важнейший показатель эффективности психиатрической помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 3. С. 73–74.
5. Шевченко В.А., Шмуклер А.Б., Гаврилова Е.К. и соавт. Клинико-социальные характеристики различных групп психически больных и особенности оказания им комплексной профессиональной психиатрической помощи // Российский психиатрический журнал. 2008. № 5. С. 70–74.
6. Brissos S., Molodynski A., Dias V.V. et al. The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia // Ann. Gen. Psychiatry. 2011. Vol. 10. P. 18.
7. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 6. P. 403–418.
8. Figueira M.L., Brissos S. Measuring psychosocial outcomes in schizophrenia patients // Curr. Opin. Psychiatry. 2011. Vol. 2. P. 91–99.
9. Jukel G., Morosini P.L. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia // Curr. Opin. Psychiatry. 2008. Vol. 6. P. 630–639.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А. А. Прибытков

С целью установления особенностей социального статуса больных шизофренией невыборочным методом было обследовано 120 пациентов, находившихся на стационарном лечении. В исследовании использовался клинико-психопатологический метод и Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных.

Выявлена высокая частота госпитализаций в стационар, относительно регулярная обращаемость в психоневрологический диспансер и малая востребованность дневного стационара. В исследованной группе существенно преобладали инвалиды вследствие психи-

ческого заболевания (80,8%) и лица, не имеющие постоянного места работы (11,7%). У большинства больных (70,8%) отмечалось затруднительное материальное положение. В исследованной группе отмечено значимое снижение круга общения (73,3% наблюдений) и нарушение семейной адаптации в виде преобладания холостых (67,5%) и разведенных (20,8%) пациентов, сложных взаимоотношений с родственниками (41,6% наблюдений). Выявленные особенности социального функционирования необходимо учитывать при разработке программ психосоциальных вмешательств.

Ключевые слова: шизофрения, социальная адаптация.

DISTURBED SOCIAL FUNCTIONING IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

A. A. Pribytkov

The author has investigated 120 in-patients with schizophrenia in order to determine their social characteristics. Method and instruments: clinical-psychopathological method and the Checklist for evaluation of social functioning and the quality of life in mental patients. The results show high frequency of hospitalizations, relatively regular visits to the psychoneurological dispensary and sparse use of day hospitals. The handicapped due to their mental disease (80,8%) happen to dominate in the group studied as well as the

persons without regular job (11,7%). The majority of patients lived in poor material circumstances (70,8%). Their social net was restricted (73,3%) and among them prevailed unmarried (67,5%) and divorced (20,8%) persons, many of them had relation problems with their family members (41,6%). The social functioning characteristics, according to their opinion, should be taken into account in the development of psychosocial interventions.

Key words: schizophrenia, social adjustment

Прибытков Алексей Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; e-mail: pribytkov@bk.ru