

ДИНАМИКА СУБЪЕКТИВНОЙ ОЦЕНКИ СВОЕЙ ЖИЗНИ БОЛЬНЫМИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, НАХОДЯЩИМИСЯ НА ПРИНУДИТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Е. Р. Кунафина

Башкирский государственный медицинский университет

Предупреждение общественно опасных действий (ООД), совершаемых психически больными – одна из актуальных проблем в судебной психиатрии, решение которой во многом связано с совершенствованием принудительного лечения (5, 6). Как известно, около 70% больных, совершивших ООД и находящихся на принудительном лечении, не требуют интенсивной медикаментозной терапии. Им прежде всего показано пребывание в стационаре с хорошо организованным комплексом лечебно-реабилитационных мероприятий (4, 8–10). В отношении пожилых больных, совершивших ООД, эффективность лечебно-восстановительных мероприятий во многом зависит от степени их адаптации в условиях стационара. Госпитализация резко изменяет весь уклад жизни старого человека, нарушает годами сложившийся стереотип, ведет к уменьшению или потере и без того ограниченных социальных связей, являясь для больных тяжелой психической травмой (3, 7, 11). Поэтому в клинической практике необходима всесторонняя оценка состояния больного, его реакций на проводимые лечебно-реабилитационные мероприятия, что позволяет изучить и выявить его потребности и разработать дифференцированную программу терапии и реабилитации.

Целью исследования явилось определение изменения субъективной оценки параметров своей жизни психически больными пожилого и старческого возраста, признанных невменяемыми в связи с совершением различных ООД и находящихся на принудительном лечении, как критерия определения эффективности проводимой программы лечебно-реабилитационных мероприятий. Такой подход, по нашему мнению, может способствовать совершенствованию организации принудительного лечения, улучшению его качества, повышению эффективности профилактических и реабилитационных воздействий в отношении указанного контингента и имеет значение в профилактике повторных ООД.

Материал и методы исследования

Проведено сплошное изучение 84 больных в возрасте 50 лет и старше, совершивших ООД, признанных невменяемыми и находящихся на прину-

дительном лечении в Башкирской республиканской психиатрической больнице за период с 2000 по 2002 год. Из них абсолютное большинство (69 чел., 82,1%) составили больные с органическими психическими расстройствами (46 чел., 54,8%) и шизофренией (23 чел., 27,4%).

Этапность принудительного лечения и психосоциальной реабилитации проводилась в соответствии с системой реабилитации психически больных, находящихся на принудительном лечении, разработанной Л.Н.Юрьевой (12), рекомендациями ГНЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П.Сербского (9) и рекомендациями Московского НИИ психиатрии МЗ РФ (1). Субъективная неудовлетворенность больных шизофренией и органическими психическими расстройствами пожилого и старческого возраста отдельными сторонами своей жизни оценивалась на всех этапах принудительного лечения с помощью опросника, модифицированного для применения в стационаре (2). Оценивались следующие показатели: здоровье (оценка своего здоровья в целом, удовлетворенность своим психическим состоянием, удовлетворенность физическим самочувствием), работоспособность (физическая работоспособность, интеллектуальная продуктивность, уровень интеллектуальной деятельности), дневная активность (оценка дневной активности, удовлетворенность дневной активностью); семейное положение (удовлетворенность семейной жизнью, отсутствием семьи, положением в семье); отношения с родственниками; круг общения. Результаты регистрировались четыре раза (в соответствии с этапами принудительного лечения).

Результаты и их обсуждение

В Башкирской республиканской психиатрической больнице принудительное лечение включает в себя четыре этапа лечебно-реабилитационных мероприятий: адаптационный, стабилизации, реконвалесценции, закрепления достигнутых результатов и подготовки к выписке. Исходя из содержательной стороны психосоциальной реабилитации, она так-

же представляет собой ряд последовательных этапов, соотносимых с этапами принудительного лечения: диагностический, активного психосоциального воздействия, практического освоения приближенных к прежним или новых для больных ролевых функций и социальных позиций, закрепления и поддержки в той или иной степени социального восстановления. Проводимые социально-реабилитационные мероприятия имеют различную направленность и определяются особенностями психического состояния больных и индивидуальными особенностями, уровнем развития интеллекта, социальным статусом. Применительно к психически больным старших возрастных групп лечебно-реабилитационные и социальные мероприятия предусматривают: купирование психопатологической симптоматики с лекарственной коррекцией соматических заболеваний; создание психотерапевтической среды, сбор информации о больных и выявление актуальных социальных проблем, выработку стабильной положительной установки к методам лечения, повышение психической и социальной активности; коррекцию девиантных установок личности, тренировку ослабленных психических и психомоторных функций (памяти, внимания, сложных двигательных манипуляций); восстановление нарушенных социальных связей с обращением к другим специалистам, организациям, учреждениям с целью разрешения проблем пациентов, подготовку к жизни в нормальной социальной среде и к активной трудовой деятельности (самообслуживание, помощь в семье, профессиональная деятельность) с учетом особенностей социальной дезадаптации. В реализации лечебно-реабилитационных мероприятий участвуют психотерапевты, медицинские психологи, социальные работники. Следует отметить, что схема этапов принудительного лечения динамична, временная протяженность указанных периодов индивидуальна.

Возраст больных шизофренией и органическими психическими расстройствами варьировал в пределах от 50 до 87 лет, средний возраст на момент обследования составил 68,8 лет. Больные шизофренией совершали достоверно чаще ($p < 0,05$) правонарушения в возрасте 50–59 лет (18 чел., 78,2%), а больные органическими психическими расстройствами в возрасте 60–69 лет (24 чел., 52,2%).

Синдромальный анализ исследуемых контингентов больных показал, что ко времени поступления на принудительное лечение у больных шизофренией в подавляющем большинстве случаев была диагностирована параноидная форма заболевания с непрерывным типом течения (19 чел., 82,6%). Заболевание протекало по общеизвестным закономерностям, характерным для шизофрении. Длительность болезни у большинства пациентов (21 чел., 91,3%) превышала 10-летний период и только в 2-х случаях (8,7%) была 5–7 лет ($p < 0,001$). У 86,9% больных шизофренией к началу принудительного лечения бредовые идеи теряли свою аффективную

насыщенность, дезактуализировались, инкапсулировались и на первый план в клинической картине выступали проявления шизофренического дефекта различной степени выраженности.

У 21 больного (45,6%) органическими психическими расстройствами были выявлены психотические состояния, характеризующиеся паранойяльными (3 чел., 14,3%), параноидными (12 чел., 57,1%) и галлюцинаторно-бредовыми расстройствами (6 чел., 28,6%). У 25 больных (54,3%) исследованной группы обнаруживалось выраженное снижение личности и психической деятельности, достигающее уровня деменции.

При анализе личностных особенностей было выявлено, что в группе больных органическими психическими расстройствами в преморбидном периоде отмечались различные характерологические аномалии, преимущественно эксплозивного типа (22 чел., 47,8%). У больных шизофренией указанные характерологические особенности носили менее выраженный характер и в большинстве случаев не выходили за рамки акцентуации (9 чел., 39,1%; $p < 0,01$).

Изучение социального статуса больных шизофренией и органическими психическими расстройствами пожилого и старческого возраста, находящихся на принудительном лечении, показало, что наибольший удельный вес приходится на больных, основным источником существования которых является пенсия (51 больной, 73,9%), причем из них 78,4% получали ее по инвалидности по психическому заболеванию. 8 (11,6%) больных до поступления в стационар работали на предприятиях и в сельском хозяйстве, в основном выполняя малоквалифицированный труд. У 10 (14,5%) больных вопросы пенсионного обеспечения не были решены в связи с отсутствием постоянного места жительства, бродяжничеством, утратой социальных связей ($p < 0,05$).

Следует отметить, что больные органическими психическими расстройствами имели более высокий образовательный уровень, чем больные шизофренией ($p < 0,001$): 45,7% (21 чел.) получили среднее специальное образование, а 6 (13,0%) пациентов закончили высшие учебные заведения. 47,8% больных шизофренией имели неполное среднее образование (5–8 классов общеобразовательной школы) и лишь 26,1% больных окончили техникум или ПТУ.

Анализ семейного положения показал, что большинство больных органическими психическими расстройствами (60,9%) имели семьи. 21,7% (10 больных) были главой семьи, имели решающее мнение, с мнением 47,8% (22 больных) считались, они могли распоряжаться домашним бюджетом, и только 28,2% (13 больных) занимали в семье зависимое положение ($p < 0,001$). Круг общения в большинстве наблюдений был достаточно узким и практически ограничивался семейным окружением.

39,1% больных шизофренией не состояли в браке, причем у трети брак был расторгнут во время болезни ($p < 0,05$). Следует отметить, что, несмотря на низкий брачный уровень, большинство больных

шизофренией проживало в семьях (со взрослыми детьми, близкими родственниками), при этом у них были нарушены отношения с родственниками, они занимали подчиненное, зависимое положение в семье, с их мнением не считались. В семьях у 52,2% больных установились конфликтные отношения с окружающими, они нередко испытывали унижение и ответную неприязнь к членам семьи.

Таким образом, в отличие от больных органическими психическими расстройствами, большинство пожилых больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении, были более социально дезадаптированы, чувствовали себя изолированными и подавленными, считали, что их социальные проблемы неразрешимы, практически полностью зависели от других членов семьи.

71% больных шизофренией и органическими психическими расстройствами отмечали плохой уровень физической работоспособности, обусловленный пожилым возрастом, наличием соматических и неврологических заболеваний. 36,2% больных могли читать легкую литературу, смотреть передачи по телевидению, у 14,5% больных была снижена продуктивность и у 8 (11,5%) отсутствовала способность к творчеству. 37,8% больных вообще ничем не могли заниматься ($p < 0,01$). В 47,8% случаев больные были недовольны уровнем дневной активности, оценивали его как «низкий».

В процессе проведения лечебно-реабилитационных мероприятий у больных шизофренией и органическими психическими расстройствами было выявлено статистически значимое уменьшение числа больных, не удовлетворенных своим состоянием здоровья в целом ($p < 0,01$).

Как видно из представленной табл. 1, среди больных шизофренией пожилого и старческого возраста обнаруживалась отчетливая положительная динамика субъективной удовлетворенности по всем показателям ($p < 0,001$). После первого этапа лечебно-реабилитационных мероприятий (в основном купирования продуктивной симптоматики) отмечался достоверный рост числа больных с улучшением психической и физической работоспособности, повышением уровня дневной активности. Аналогичные

сдвиги выявлялись на третьем и четвертом этапах принудительного лечения, анализ показал наибольшую удовлетворенность больных своим положением в семье и отношениями с родственниками.

В процессе проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий среди больных органическими психическими расстройствами (табл. 2), находящихся на принудительном лечении, также обнаруживалась отчетливая положительная динамика субъективной оценки в целом. Число больных, не удовлетворенных своим состоянием в начале первого этапа принудительного лечения, было статистически значимо больше, чем больных, довольных своим состоянием здоровья ($p < 0,001$). Динамика неудовлетворенности отношениями с родственниками имела значительную тенденцию к росту в процессе лекарственной терапии, улучшения психического состояния больных и проводимой психологической и социальной коррекции.

Таким образом, все это указывает на необходимость проведения во время принудительного лечения, наряду с терапевтическими мероприятиями, психосоциальной реабилитации, в частности, психически больным пожилого и старческого возраста, что способствует более быстрому и эффективному преодолению психопатологических расстройств, формированию положительных личностных установок, социальной адаптации в целях дальнейшей профилактики ООД.

Анализ данных, касающихся оценки субъективной неудовлетворенности жизнью в динамике, показал необходимость комплексного подхода к реабилитации с целью компенсации всех выявленных при этом нарушений (с использованием медикаментозной, психологической и социальной поддержки).

У многих обследованных больных с комплексной лечебно-реабилитационной программой показатели качества жизни имели достаточно выраженную положительную динамику, что способствовало уменьшению сроков принудительного лечения. Данные о субъективной оценке качества жизни больных на каждом этапе принудительного лечения могут помочь в оптимизации стратегий терапии с меньшим количеством осложнений, а также быть использованы при составлении и проведении инди-

Таблица 1

Динамика удовлетворенности больных шизофренией пожилого и старческого возраста различными сторонами жизни в процессе принудительного лечения

Показатель	Число неудовлетворенных больных (%)				p
	На 1 этапе принудительного лечения	На 2 этапе принудительного лечения	На 3 этапе принудительного лечения	На 4 этапе принудительного лечения	
Физическая работоспособность	39,1	21,7	17,4	17,4	<0,01
Интеллектуальная продуктивность	56,5	47,8	43,5	39,1	<0,05
Дневная активность	52,2	43,5	39,1	34,8	<0,05
Семейная жизнь	30,4	26,1	26,1	17,4	>0,05
Отсутствие семьи	34,8	34,8	39,1	43,5	>0,05
Положение в семье	43,5	39,1	26,1	21,7	<0,01
Отношения с родственниками	39,1	34,8	21,7	13,0	<0,001
Круг общения	8,7	8,7	13,0	17,4	>0,05
Здоровье в целом	47,8	30,4	26,1	21,7	<0,01

Динамика удовлетворенности больных органическими психическими расстройствами пожилого и старческого возраста различными сторонами жизни в процессе принудительного лечения

Показатель	Число неудовлетворенных больных (%)				p
	На 1 этапе принудительного лечения	На 2 этапе принудительного лечения	На 3 этапе принудительного лечения	На 4 этапе принудительного лечения	
Удовлетворенность физической работоспособностью	60,8	56,2	52,2	47,8	>0,05
Удовлетворенность интеллектуальной продуктивностью	73,9	69,6	67,4	63,0	>0,05
Удовлетворенность дневной активностью	76,1	69,6	63,0	60,8	<0,05
Удовлетворенность семейной жизнью	15,2	13,0	10,9	10,9	>0,05
Удовлетворенность отсутствием семьи	13,0	13,2	13,9	13,9	>0,05
Удовлетворенность положением в семье	28,3	26,1	23,9	21,7	>0,05
Удовлетворенность отношениями с родственниками	45,7	37,0	32,6	21,7	<0,001
Удовлетворенность кругом общения	28,3	32,6	37,0	45,7	<0,05
Удовлетворенность здоровьем в целом	58,7	52,2	45,7	41,3	<0,01

видуальных реабилитационных мероприятий для этих больных.

Следует отметить, что динамическое исследование качества жизни во время проведения принудительного лечения позволяет осуществлять постоян-

ный контроль за психическим состоянием больного в этот период, выявлять осложнения заболевания, а также побочные эффекты лечения, и вносить коррективы в программы поддерживающей и симптоматической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Сторожакова Я.А. Психосоциальная реабилитация в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 3. – С. 5–14.
2. 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.
3. Гусева О.В. Особенности реакции на госпитализацию психически больных пожилого возраста // Психосоциальные и биологические факторы в патогенезе и лечении психических расстройств позднего возраста. – Л., 1986. – С. 81–85.
4. Дмитриев А.С., Винникова И.Н., Лазько Н.В., Оспанова А.В. Клинико-терапевтические аспекты аффективно-бредовых расстройств у больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрическом стационаре // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2003. – № 41. – С. 396–409.
5. Дмитриев А.С., Завидовская Г.И., Белякова Н.Н. Этапность принудительного лечения лиц, совершивших общественно опасное деяние // Практика судебно-психиатрической экспертизы. – М.: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2001. – № 39. – С. 191–203.
6. Дмитриева Т.Б., Шостакович Б.В. Общие принципы оценки опасности лиц с психической патологией и предупреждения общественно опасных действий // Агрессия и психическое здоровье / Под ред. Т.Б.Дмитриевой, Б.В.Шостаковича. – СПб.: Издательство «Юридический центр Пресс», 2002. – С. 394–400.
7. Котова Л.А. О психической адаптации пожилых больных при поступлении в психиатрический стационар // Обзорные психиатрии и медицинской психологии. – 1993. – №1. – С. 89–91.
8. Котова Т.А., Степанова Е.Ю. Психосоциальные аспекты реабилитации психически больных в период принудительного лечения // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т. 11, № 1. – С. 53–55.
9. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре. Руководство для врачей / Под ред. В.П.Котова. – М.: РИГ ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2001. – 350 с.
10. Стяжкин В.Д., Тарасевич Л.А. Современные реабилитационные программы в условиях принудительного лечения психически больных // Актуальные вопросы клинической социальной и судебной психиатрии. К 50-летию Санкт-Петербургской психиатрической больницы специализированного типа с интенсивным наблюдением / Под ред. В.Д.Стяжкина. – СПб., 2001. – С. 20–21.
11. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная характеристика больных шизофренией позднего возраста в психиатрических стационарах // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. – М., 1999. – С. 344–347.
12. Юрьева Л.Н. Принудительное лечение больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия. Дисс. ... докт. мед. наук. – Днепропетровск, 1994. – С. 267–305.

DYNAMICS OF SUBJECTIVE EXPERIENCES IN ELDERLY PATIENTS COMMITTED FOR COMPULSORY TREATMENT

E. R. Kunafina

The article presents the results of analysis of subjective (dis)satisfaction with separate aspects of life in 84 patients with schizophrenia and organic mental disorders aged 50+. All the patients have been committed for compulsory treatment after a criminal offence and being recognized by the court as irresponsible.

The purpose of this monitoring was to get a comprehensive picture of the patients' condition and their reactions to treatment and rehabilitation procedures in order to adjust the treatment and rehabilitation programs to their needs. The following parameters were included in the

monitoring: health (perception of one's health in general, satisfaction with one's mental and physical condition), ability to work, day activities, family status, relations with relatives and social net. The results were registered four times (in accordance with phases of compulsory treatment).

The data obtained emphasize the role of complex approach towards rehabilitation, which contributes to a better coping with psychopathologic disorders, development of positive personality sets, stabilization of physical condition and social adjustment – for the purpose of prevention of offences.