

## Влияние семейного статуса на госпитализации психически больных позднего возраста

В.Ф. Друзь, к.м.н., доцент; В.Г. Будза, д.м.н., профессор; И.Н. Олейникова; Е.Ю. Антохин, к.м.н., ассистент; Е.Б. Чалая, к.м.н., ассистент; Д.В. Захарченко

### The influence of the family status on the hospitalizations of the aged mental patients

V.F. Druz, Candidate of medicine, associate professor; V.G. Budza, Doctor of medicine, professor; I.N. Oleynikova, E.Yu. Antokhin, Candidate of medicine, assistant; E.B. Chalaya, Candidate of medicine, assistant; D.V. Zakharchenko

#### Резюме

**Цель работы:** Определение влияния семейного статуса и сопряжённого с ним социально-бытовых, социально-психологических и клинических факторов на частоту и длительность госпитализаций психически больных позднего возраста. Клиническим и социально-психологическим методом обследованы две группы больных старше 60 лет. Основную составили одиноко проживающие (127 чел.), контрольную — проживающие в семье (121 чел.). По полу, возрасту и клиническому составу группы не отличались. Установлено, что у одиноких удельный вес госпитализированных больных был выше ( $p < 0,05$ ), они чаще поступали в больницу и продолжительность стационарирования у них была больше ( $p < 0,05$ ). Указанные различия связаны не столько с клинико-психопатологическими факторами, сколько с социально-бытовыми и социально-психологическими, а также более выраженной соматической патологией.

**Ключевые слова:** госпитализации, семейный статус, психически больные, поздний возраст.

#### Summary

The purpose of our study is to determine the influence of the family status and associated life conditions, sociopsychological and clinical factors on the frequency and duration of hospitalizations of the aged mental patients. By means of clinical and sociopsychological techniques two groups of patients over 60 were examined. Single persons (living lonely) (127 persons) formed the main group, control one consisted of patients living within the family (121 persons). There were no differences in age, sex and clinical composition between the groups. The specific weight of single persons was estimated to be higher ( $p < 0.05$ ), they were hospitalized more often and the duration of staying in hospital was longer ( $p < 0.05$ ). Indicated differences are connected not so much with clinicopsychopathological factors as with life conditions and sociopsychological ones, as well as with more marked somatic pathology.

**Key words:** hospitalizations, family status, mental patients, the aged.

#### Введение

Одним из направлений проводимой в нашей стране психиатрической реформы является перенос акцента психиатрической помощи со стационарной на амбулаторную [1,2]. По сообщению Б.А. Казаковцева [3] ежегодно число психиатрических коек сокращается на 1,5%. В связи с этим актуальной задачей становится уменьшение числа и продолжительности госпитализаций больных за счет повышения эффективности амбулаторной психиатрической помощи. Однако решение этой задачи в геронтопсихиатрии осложняется особенностями психозов в позднем возрасте — тенденцией к затяжному течению и отягощенностью соматическими заболеваниями [4,5]. Кроме того, по мнению ряда авторов, госпитализации пожилых психически больных не всегда обусловлены обострением психического заболевания, нередко они связаны с социально-психологическими (конфликтные отношения с родственниками и соседями, одиночество и пр.) и социально-бытовыми (низ-

кий материальный уровень, плохие жилищные условия и пр.) факторами [6,7,8,9]. Исследование клинко-социальной структуры геронтологического контингента больных психиатрического стационара, проведенное одновременно на определенную календарную дату, показало, что среди длительно находящихся в больнице пациентов преобладали больные шизофренией и органическим поражением головного мозга экзогенной природы с хроническими галлюцинаторно-параноидными состояниями и выраженным шизофреническим или органическим дефектом, проживавших до госпитализации в одиночестве или не имевших жилья [10,11].

По данным клинко-эпидемиологических исследований большинство психически больных с выраженными психическими расстройствами проживают в домашних условиях и наблюдаются в психоневрологическом диспансере [12,13,14]. Частота и длительность госпитализаций этих пациентов в зависимости от семейного статуса специаль-

но не рассматривались. Между тем семейный статус является важным фактором социальной адаптации больных [15].

### Цель работы

Цель работы: определение влияния семейного статуса и сопряженного с ним социально-бытовых, социально-психологических и клинических факторов на частоту и длительность госпитализаций психически больных позднего возраста.

### Материалы и методы

В амбулаторных и стационарных условиях обследовано 248 больных в возрасте от 60 до 86 лет (средний возраст —  $67,1 \pm 1,9$  года), наблюдающихся на геронтопсихиатрическом участке диспансерного отделения Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1. Больные были разделены на две примерно равные группы. В первую (основную) вошли одиноко проживающие пациенты (127 человек), поскольку данный контингент относится к категории высокого риска в отношении социальной дезадаптации [16,17] и составляет 1/3 всех больных, состоящих на учете в диспансере [18,19]. Во вторую (контрольную) группу — больные, проживающие в семье (121 человек). Подбор больных проводился таким образом, что по полу, возрасту и клиническому составу группы практически не отличались. В основной группе было 95 (74,8%) женщин и 32 (25,2%) мужчины, в контрольной — 88 (72,7%) женщин и 33 (27,3%) мужчины, соотношение соответственно 3:1 и 2,7:1, средний возраст в основной группе составил  $66,9 \pm 2,3$  года, в контрольной —  $67,4 \pm 1,7$  года. В обеих группах половину пациентов составляли больные шизофренией (F20 — 50,4% и 48,9% соответственно), так как пациентам с данной нозологической формой свойственны частые и длительные госпитализации [20]. В 1/3 случаев наблюдались больные с сосудистыми заболеваниями (F06, F07 — 29,9% и 32,2%), реже — больные с эндогенными аффективными психозами (F33 — 12,6% и 13,2%), значительно реже — пациенты с экзогенно-органическими заболеваниями (F06, F07 — 5,5% и 4,1%) и психогениями (F44, F34 — 1,6% и 1,7%). Нозологический состав групп приблизительно соответствовал их долевному распределению в диспансерном контингенте больных позднего возраста в целом, не зависимо от семейного статуса. Синдромальная структура исследуемого контингента носила более гетерогенный характер, так как состояние больного в первую очередь определяет необходимость госпитализации.

Несколько чаще отмечались больные с параноидными расстройствами (20,5% и 19,8%), остальные встречались приблизительно с одинаковой частотой: депрессивные (16,5% и 17,4%), невротоподобные и невротические (14,2% и 14,9%), психопатоподобные (17,3% и 14,9%), апато-абулические (15,7% и 16,5%) и психоорганические (15,7% и 16,5%). В синдромальную структуру мы не включили больных с деменциями, поскольку подавляющая их часть проживала в семье. Кроме того, проблема госпитализаций данных больных имеет свои особенности, существенно отличающиеся от пациентов с другими психопатологическими состояниями, и требует отдельного рассмотрения.

Анализ частоты, продолжительности и факторов риска госпитализаций исследовался согласно рекомендации И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера [21] за последние 5 лет (с 01.01.2001 г. по 31.12.2005 г.).

Использовались клинический и социально-психологический методы. Синдромальная оценка больных проводилась с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» [22]. Нозологическая форма заболевания оценивалась по критериям отечественной классификации и МКБ-10 [23]. Психиатрические данные получены путем анализа медицинской документации (истории болезни и амбулаторные карты), опроса больного и наблюдения за ним, опроса родственников больного и лечащего врача диспансера и стационара.

Поскольку важное значение для госпитализации пожилых психически больных имеет их соматическое состояние, мы исследовали его, применяя шкалу оценок, заимствованную из работы Ю. М. Данилова [6], который выделял три уровня: высокий — компенсация и субкомпенсация, средний — умеренно выраженная декомпенсация и низкий — выраженная и тяжелая декомпенсация.

Социально-психологическим методом (анкетирование, интервьюирование по специально разработанной программе больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера и стационара) определялись взаимоотношения пациентов с опекунами и соседями, наличие у больных состояния одиночества. Социально-бытовые данные содержали сведения об уровне образования, жилищных условиях, материальном обеспечении, трудовой деятельности, инвалидности больных, совершении ими общественно опасных действий (ООД). Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы Statistica 5.0.

**Результаты и обсуждение**

Установлено, что в основной группе удельный вес госпитализированных больных был выше (70,1% и 57,9% соответственно,  $p < 0,05$ ). Они чаще стационарировались (средняя частота  $3,3 \pm 0,17$  раза против  $2,2 \pm 0,14$  раза в контрольной группе,  $p < 0,05$ ), продолжительность пребывания в больнице у них была больше ( $5,7 \pm 0,12$  месяцев в среднем против  $3,8 \pm 0,16$  месяцев,  $p < 0,05$ ).

Анализ социально-бытовых и социально-психологических данных в группах показал следующее. В основной группе удельный вес больных, совершивших ООД, был в 2,6 раза больше, чем в контрольной (14,9% и 5,7% соответственно,  $p < 0,05$ ). При сравнении образовательного уровня в группах выявлены сходные тенденции: около половины больных было со средним (50,4% и 43%), 1/3 — с низким (29,1% и 33,9%), 1/5 — с высоким (20,5% и 23,1%). В обеих группах преобладали удовлетворительные жилищные условия (49,6% и 49,6%). Между тем у одиноких больных немного реже (25,2% и 28,9%) наблюдались хорошие и несколько чаще (25,2% и 21,5%) — плохие условия (различия не достоверны). Сопоставление больных по материальному обеспечению (табл. 1) определило, что среди одиноких был выше удельный вес пациентов с низким материальным достатком ( $p < 0,01$ ) и ниже — со средним ( $p < 0,05$ ). Больные с высоким материальным положением отмечались в обеих группах примерно с одинаковой частотой ( $p > 0,05$ ). Кроме того, больные, живущие в семье, были лучше обеспечены за счет помощи близких. Недостаточное материальное обеспечение заставляло пациентов основной группы искать дополнительные средства к существованию, поэтому у них было в два раза больше лиц, занимавшихся трудовой деятельностью (28,3% и 13,2% соответственно,  $p < 0,01$ ). Причем среди работающих одиноких больных

чаще ( $p < 0,05$ ) встречались инвалиды 2 группы (7,1%), чем среди семейных (1,7%), хотя удельный вес больных с данной группой инвалидности у одиноких пациентов был почти такой же, как у больных, проживающих в семье (37% и 38%). Поэтому в основной группе была достоверно меньше доля пенсионеров по возрасту, не занимавшихся трудовой деятельностью (28% и 38% соответственно,  $p < 0,05$ ). Различия по инвалидности 1 группы не достигает статистической значимости (15,7% и 12,4%).

Исходя из этих данных, напрашивается парадоксальный вывод о том, что трудовая занятость способствует частым и длительным госпитализациям. Однако парадокс разрешается при анализе частоты и длительности госпитализаций больных, занимавшихся трудовой деятельностью. Оказалось, что они не стационарировались за указанный период. Кроме того, выяснилось, что помимо улучшения материального обеспечения у них была и другая мотивация участия в трудовой занятости: стремление к сохранению прежнего социального статуса, уменьшению и преодолению состояния одиночества. Таким образом, трудовая деятельность, повышая материальное положение и социальный статус больных, ослабляя чувство одиночества, снижала риск повторных госпитализаций.

Важную роль в социальной адаптации больных и профилактике обострений играют члены социальной сети, которые более других оказывают им социальную поддержку. Их мы назвали опекунами, включая как формальных опекунов (назначенных опекуном советом недееспособным больным), так и людей, не наделенных официальными полномочиями, но в наибольшей степени заботящихся о пациентах (неформальные опекуны). Все больные имели опекунов. В обеих группах значительно преобладали неформальные опекуны, одна-

Таблица 1. Распределение больных по материальному обеспечению и семейному статусу.

Материальное положение	Семейный статус				Всего	
	одинокие		семейные		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Высокое	17	13,4	21	17,4	38	15,3
Среднее	47	37,0	63	52,1	110	44,4
Низкое	63	49,6	37	30,5	100	40,3
Итого:	127	100	121	100	248	100

Таблица 2. Распределение больных по типам взаимоотношения с опекунами и семейному статусу.

Типы взаимоотношений	Семейный статус				Всего	
	одинокие		семейные			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сотрудничество	25	19,7	31	25,6	56	22,6
Гиперопека	13	10,3	27	22,3	40	16,1
Формальные	12	9,4	24	19,8	36	14,5
Прагматические	44	34,7	25	20,7	69	27,8
Конфликтные	33	25,9	14	11,6	47	19,0
Итого:	127	100	121	100	248	100

ко в основной их было меньше (75,6% и 86%,  $p < 0,05$ ). Состав опекунов в группах существенно отличался: в контрольной все опекуны были родственниками больных. В основной родственники являлись опекунами лишь в 1/3 случаев (36,2%), в остальных наблюдениях опекунами были знакомые (21,3%), соседи (18,1%), бывшие сослуживцы (13,4%) и приятели (11%). Выделены 5 типов взаимоотношений опекунов и больных. 1. Сотрудничество — отношения опекунов с больными основываются на взаимной симпатии, опекуны постоянно заботятся о пациентах, помогая врачу в лечении и реабилитации. 2. Гиперопека — внимательные опекуны чрезмерно заботятся о больных даже в ремиссии, хотя гиперопека вызывает протест с их стороны, она не приводит к серьезным коллизиям. 3. Формальные отношения — опекуны и больные равнодушны друг к другу, периодическая забота осуществляется из чувства долга или страха общественного осуждения. 4. Прагматические отношения — опекуны, испытывая безразличие или неприязнь к больным, отвечающим им взаимностью, постоянно или периодически заботятся о пациентах из меркантильных интересов. 5. Конфликтные отношения — несмотря на обоюдную враждебность, сопровождающуюся ссорами и столкновениями, опекуны периодически заботятся о больных из чувства долга, страха общественного осуждения или меркантильных интересов. Сравнение взаимоотношений опекунов с больными (табл. 2) выявило, что в основной группе чаще наблюдались прагматические ( $p < 0,05$ ) и конфликтные ( $p < 0,01$ ), в контрольной — гиперопека ( $p < 0,01$ ) и формальные ( $p < 0,05$ ). У семейных больных также наметилась тенденция к более высокому удельному весу отношений

типа сотрудничества ( $p > 0,05$ ).

Другими важными членами социальной сети пожилых психически больных, особенно одиноких, взаимоотношения с которыми оказывают влияние на состояние пациентов, являются соседи. Установлено, что в основной группе реже наблюдались доброжелательные (22,8% и 38%,  $p < 0,01$ ) и чаще — формальные (58,3% и 43,8%,  $p < 0,05$ ) отношения. С одинаковой частотой в обеих группах — конфликтные (18,9% и 18,2%). Еще один важный социально-психологический момент, ухудшающий состояние одиноко проживающих больных и провоцирующий обострение основного психического заболевания, было состояние одиночества, наблюдавшееся у 63,8% пациентов. В то время как у больных, проживающих в семье, чувство одиночества выявлено всего в 22,3% случаев ( $p < 0,001$ ).

Анализ соматического состояния (табл. 3) показал, что оно было лучше у больных, проживающих в семье: выше удельный вес пациентов с состояниями компенсации и субкомпенсации ( $p < 0,05$ ) и ниже с состоянием умеренно-выраженной декомпенсации ( $p < 0,05$ ), одинаковый с выраженной и тяжелой декомпенсацией.

Рассматривая особенности психопатологических проявлений, мы установили, что в обеих группах преимущественно госпитализировались больные с параноидными (36,4% от всех госпитализаций одиноких и 36,2% от всех госпитализаций семейных больных) и депрессивными (21,5% и 26% соответственно) синдромами, более низкий удельный вес составили пациенты с психопатоподобными (14,9% и 17,5%) и апато-абулическими (10,8% и 14,1%), наименьшая доля приходилась на больных с психоорганическими (8,2% и 3,4%) и невротоподобными (8,2% и 2,8%). Достоверные разли-

чия отмечались только между психоорганическими ( $p < 0,05$ ) и неврозоподобными ( $p < 0,01$ ) расстройствами. Таким образом, можно говорить о более значительной роли социально-психологических и социально-бытовых факторов в госпитализации одиноких больных с относительно негрубой психической патологией.

Определены также особенности синдромальных проявлений, способствующие частым и длительным госпитализациям. Они оказались сходными в обеих группах и встречались достоверно чаще, чем другие варианты психопатологических состояний. У больных с параноидными расстройствами — «параноид жилья», при котором бред ущерба, преследования, отравления, направленный на соседей или родственников, сопровождался агрессивным поведением (52,2% от всех госпитализаций одиноких и 53,1% от всех госпитализаций семейных больных с параноидными синдромами,  $p < 0,05$ ); у больных с депрессивными расстройствами — тревожные, ипохондрические, параноидно окрашенные и дисфорические депрессии (70,6% и 69,6% соответственно,  $p < 0,01$ ); у пациентов с психопатоподобными синдромами — дефекты типа возбужденных и фершробен (59,6% и 58,1%,  $p < 0,05$ ); у больных с апато-абулическим дефектом — сочетание дефицитарных расстройств с резидуальными бредовыми, галлюцинаторными и кататоническими симптомами (55,9% и 60%,  $p < 0,05$ ); у пациентов с психоорганическим синдромом — эксплозивный и астенический

варианты данного состояния (69,2% и 66,7%,  $p < 0,01$ ); у больных с неврозоподобными и невротическими синдромами — тревожно-ипохондрические, обсессивно-фобические, истерические и астено-депрессивные расстройства (73,1% и 80%,  $p < 0,001$ ).

Несмотря на схожую клиническую картину, больные контрольной группы госпитализировались реже, благодаря контролю опекунов-родственников, с которыми складывались в целом сравнительно благоприятные отношения. В основном по их инициативе пациенты при рецидиве заболевания чаще сразу обращались к врачу диспансера, в связи с чем начинавшееся обострение купировалось амбулаторно или больные своевременно стационарировались. Помимо этого, пациенты контрольной группы более регулярно наблюдались участковым психиатром и терапевтом, получая более эффективную поддерживающую терапию по сравнению с одинокими больными. В больнице, благодаря поддержке опекунов и других членов семьи, лечение и реабилитация их проходили более продуктивно, что способствовало сокращению длительности стационарирования.

В противоположность семейным больным одинокие пациенты нерегулярно посещали врачей и принимали поддерживающее лечение. При ухудшении состояния они, как правило, поздно или вообще не обращались к участковому психиатру, из-за этого нередко госпитализировались по «скорой помощи». В поле зрения

Таблица 3. Распределение больных по соматическому состоянию и семейному статусу.

Соматическое состояние	Семейный статус				Всего	
	одинокие		семейные		абс.	%
	абс.	%	абс.	%		
Компенсация и субкомпенсация	40	31,5	57	47,1	97	39,1
Умеренно выраженная декомпенсация	77	60,6	55	45,5	132	53,2
Выраженная и тяжелая декомпенсация	10	7,9	9	7,4	19	7,7
Итого:	127	100	121	100	248	100

врача пациенты попадали чаще всего в состоянии выраженного обострения главным образом благодаря сведениям, полученным от опекунов или соседей. Следует отметить, что не всегда они были объективными. Иногда вследствие конфликтов с пациентами опекуны и соседи, информируя психиатров, бессознательно или специально увеличивали степень выраженности психических расстройств из-за неоправданного страха перед большими или личной неприязни. В период госпитализации недостаточная социальная поддержка затрудняла лечение и особенно реабилитацию больных, поэтому увеличивались сроки пребывания в больнице. В части случаев продолжительности стационарирования способствовала перспектива возвращения в неблагоприятную социально-бытовую и социально-психологическую обстановку. Эти обстоятельства порою содействовали появлению или укреплению тенденции к развитию госпитализма.

Таким образом, выявлена существен-

ная роль семейного статуса в частоте и длительности госпитализаций психически больных позднего возраста. Одинокое проживание в большей мере, чем проживание в семье, способствует повторным госпитализациям и удлинению сроков стационарирования. Это связано не столько с клинико-психопатологическими особенностями данного контингента больных, сколько с социально-бытовыми (более высокий удельный вес пациентов, совершивших ООД, и с низким материальным обеспечением) и социально-психологическими (большая доля больных с состоянием одиночества и нарушенными взаимоотношениями с опекунами и соседями) факторами, а также более выраженной соматической патологией.

Полученные данные необходимо использовать для разработки программы профилактики частых и продолжительных госпитализаций одиноко проживающих психически больных позднего возраста.

## Литература:

1. Казаковцев Б.А. Организация внебольничной психиатрической помощи. Психическое здоровье 2008; 7: 12-25.
2. Казаковцев Б.А. Организация внебольничной психиатрической помощи. Психическое здоровье 2008; 8: 13-24.
3. Казаковцев Б.А. О психиатрической реформе. Рос. псих. журн. 2005; 1: 57-59.
4. Broun T.M., Miller H.L., Ekstrom D. et al. Hosp Community Psychiatry 1991; 42: 743-745.
5. Herr V.E., Abraham H.D., Anderson W. Gen Hosp Psychiatry 1991; 13: 68-70.
6. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики). Автореф. дисс... канд. мед. наук Л., 1984.
7. Зоуля Т.В., Трифонов Е.Г., Телешова Е.С. Вопросы стационарной геронтопсихиатрической помощи и влияния психосоциальных факторов на частоту госпитализаций. Вопросы геронтопсихиатрии. М.: 1991. 122-132.
8. Cohen C.L., Casimir G.J. Ibid 1989; 40: 741-743.
9. Becker T., Thornicroft G. Soziale Netzwerke und Inanspruchnahme bei Patienten mit endogenen Psychosen in Camberwell. Der Nervenarzt 1996; 67: 1-119.
10. Виноградова Р.Н., Трифонов Е.Г., Ашууров Т.Х. Клинико-социальная структура геронтопсихиатрического контингента больных психиатрического стационара. Журн. невролог. и психиатр. 1995; 1: 86-89.
11. Трифонов Е.Г., Виноградова Р.Н., Бабаков В.Т., Ашууров Т.Х. К проблеме «оседания» психически больных позднего возраста в психиатрических больницах. Журн. невролог. и психиатр. 1996; 4: 90-92.
12. Молчанова Е.К., Ширина М.Г., Дружинина и др. Результаты сплошного обследования популяции больных шизофренией старше 60 лет, находящихся на учете в Московском психоневрологическом диспансере и 2. Журн. невропатол. и психиатр. 1975; 6: 898-905.
13. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и организации геронтопсихиатрической помощи. Журн. невропатол. и психиатр. 1987; 8: 1187-1192.
14. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (Клинико-эпидемиологическое исследование). Автореф. дисс... докт. мед. наук М., 2001.
15. Рахальский Ю.Е. Социальная психология и психиатрия. Актуальные вопросы психиатрии. Саратов: 1973. 19-27.
16. Барков И.Н. Особенности профилактики общественно опасных действий одиноких психически больных в позднем возрасте. Актуальные вопросы психиатрии. М.: 1985. 58-64.
17. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. Mental health social work observed. London: 1999.
18. Трифонов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста. Автореф. дисс... канд. мед. наук М., 1990.
19. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера. Соц. и клин. психиатр. 2000; 1: 33-36.
20. Долгов С.А. Клинико-эпидемиологическое изучение больных с частыми госпитализациями. Профилактика нервных и психических заболеваний. Томск: 1993. 56.
21. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. М: Медпрактика-М; 2002.
22. Штернберг Э.Я., Молчанова Е.К., Рохлина М.А. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М: 1971.
23. Международная классификация болезней (10 пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Под ред. Ю.И. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб: 1994.