

3. Повторные курсы двигательной реабилитации в позднем периоде больным, уже прошедшим полноценный курс восстановительного лечения, малоэффективны.

4. Раннее начало речевой реабилитации более эффективно, оно позволяет предотвратить фиксацию патологических симптомов, однако здесь сроки начала лечения не имеют такого определяющего значения, как у больных с двигательными нарушениями.

5. Восстановительное лечение больных с афазией должно быть длительным и проводиться в течение первых 2-3 лет после инсульта. Наиболее эффективны повторные курсы речевой реабилитации больных с умеренной степенью речевых нарушений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Демиденко Т.Д. Реабилитация при цереброваскулярной патологии. — Л.: Медицина. Ленингр. отделение, 1989.
2. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Голланд Э.Б. Принципы организации восстановительного лечения неврологических больных // Вопросы организации восстановительного лечения больных и инвалидов. — М., 1982. — С. 14-20.
3. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Пивоварова В.М. Миорелаксанты в комплексной реабилитации больных с постинсультными гемипарезами // Современные проблемы нейропсихофармакологии, принципы патогенетического лечения больных нервными и психическими заболеваниями: (Тез. докл. пленума Правл. Всесоюз. об-ва невропатологов и психиатров, Полтава, 23-25 окт. 1984 г. — М., 1984. — Т.1. — С. 163-165.
4. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. Восстановительное лечение больных с постинсультными двигательными нарушениями: Метод. рекомендации. — М., 1986.
5. Столярова А.Г., Кадыков А.С., Черникова Л.А. и др. Профилактика контрактур при постинсультных артропатиях. //Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 9. — С. 63-65.
6. Цветкова Л.С. Афазия и восстановительное обучение. — М.: Просвещение, 1988.

7. Binder L.M. Emotional problems after stroke // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 1. — P. 174-177.
8. Brandstater M.E. An overview of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 40-42.
9. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations: effectiveness, benefits and cost. Some practical considerations // Stroke. — 1979. — Vol. 10, № 1. — P. 1-4.
10. Feigenson J.S. Stroke rehabilitations // Stroke. — 1981. — Vol. 12, № 3. — P. 372-375.
11. Henley S., Petits S., Todd-Pokropek A., Tupper A. Predictive factors in stroke recovery // J.Neurd. Neurosurg. Psychiatr. — 1985. — Vol. 48, № 1. — P. 1-6.
12. Johnston M.V., Keister M. Early rehabilitation for stroke patients: a new look // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1984. — Vol. 65, № 8. — P. 437-441.
13. Kelly-Hayers M. Time intervals, survival and destination // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 24-26.
14. Kotila M., Waltimo O., Niemi M.-L. et al. The profile of recovery from stroke and factors influencing outcome // Stroke. — 1984. — Vol. 15, № 6. — P. 1039-1044.
15. Niemi M.-L., Laaksonen R., Kotila M., Waltimo O. Quality of life 4 years after stroke // Stroke. — 1988. — Vol. 19, № 9. — P. 1101-1107.
16. Robinson R.G., Bolduc P.L., Price T.R. Two years longitudinal study of poststroke mood disorders: diagnosis and outcome at one and two years // Stroke. — 1987. — Vol. 18, № 5. — P. 837-843.
17. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Efficiency, effectiveness and duration of stroke rehabilitation // Stroke. — 1990. — Vol. 21, № 2. — P. 241-246.
18. Smith M.B., Garraway W.M., Smith D.L., Akhtar A.J. Therapy impact on functional outcome in controlled trial of stroke rehabilitation // Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1982. — Vol. 63, № 1. — P. 21-24.
19. Sutin J.A. Clinical presentation of stroke syndromes // Stroke rehabilitation. Ed. by Kaplan P.E. a. Cerullo L.J. — Boston, 1986. — P. 1-36.
20. Wertz R.T. Communications deficits in stroke survivors. An overview of classifications and treatment // Stroke. — 1990. — Vol. 21, suppl. II. — P. 16-18.

Поступила 10.03.93

УДК 616.89:316.43

А.К. Хохлов, В.В. Гаврилов, А.Н. Савельев, В.И. Горохов

О ФАКТОРАХ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПОКАЗАТЕЛИ СОЦИАЛЬНОГО ПРОГНОЗА ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. А.К. ХОХЛОВ) Ярославского медицинского института

Р е ф е р а т. Дается описание результатов клинико-эпидемиологического исследования (изучено 506 пациентов). Анализ показывает, что социальный прогноз зависит не только от характера патологии, но и от практики в оценке трудоспособности психически больных, от культуральных и общественных влияний, особенно ощутимых в современный период исторического развития нашей страны. Выявлена тенденция к уменьшению числа работающих больных, к увеличению количества больных, признаваемых инвалидами. Сделан вывод о том, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов, причем клинико-биологические факторы могут получать общественное звучание и «социализироваться», это необходимо

принимать во внимание при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу.

А.К.Хохлов, В.В.Гаврилов, А.Н.Савельев, В.И.Горохов

ПСИХИК АВЫРУЛААРНЫҢ СОЦИАЛЬ ПРОГНОЗ
КҮРСӘТКЕЧЛӘРЕНӘ ТӘЭСИР ЯСЫЙ
ТОРГАН ФАКТОРЛАР

Мәкаләдә 506 авыруда уздырылган клиник-эпидемиологик тикшеренүләрнең нәтижәләре китерелгән. Анализ күрсәткәнчә, социаль прогноз патологик үзгәрешләрнең чагылышыннан гына түгел, ә бәлки психик авыруларның эшчәнлеген бәяләү, безнең илдәге бүгенге мәданият һәм

жәмгыятә йогынтысыннан да тора. Эшләүче авыруларның саны азаю һәм инвалид дип танылган авыруларның күбәю тенденциясы ачыкланган. Психопатологиядә социаль прогноз күптөрле факторлар белән бәйләнгән булуы турындагы фикер әйтелгән.

L.K.Khokhlov, V.V.Gavrilov, L.N.Savelyev, V.I.Gorokhov

ON THE FACTORS INFLUENCING THE INDICES OF SOCIAL INVOLVEMENT PROGNOSIS OF MENTAL DISEASES

The results of clinical and epidemiological research are given (506 patients were examined). The analysis has shown that social involvement prognosis depends not only on the pathology character but also on the practice of mental patient working ability evaluation, on cultural and social factors which are especially important at the present period of historical development of our country. The number of working patients tends to lower while the number of patients recognized as invalids has increased. The conclusion has been made that a social involvement prognosis in psychiatry relates with many factors while factors of clinical and biological nature can obtain social meaning, and it should be taken into account in evaluating the influence of up-to-date patient conducting methods on patient fates.

Целью определения значимости различных факторов в социальном прогнозе в случаях психопатологии нами проведено клинико-эпидемиологическое изучение группы пациентов (506 человек), проживающих в одном из городских районов. В исследовании включены все выявленные психиатрической службой больные района, у которых когда-либо в течение заболевания (независимо от его нозологической принадлежности) наблюдались депрессивные картины. В итоге выяснилось, что у каждого третьего больного (34,3%), обратившегося в психоневрологический диспансер, на каком-то этапе заболевания констатировалась депрессия (однократно или повторно). Проведено сравнение полученных данных с соответствующими характеристиками всех других психически больных района.

Анализ показывает, что обнаруживается зависимость социального прогноза не только от характера патологии, но и от складывающейся практики в оценке трудоспособности психически больных, от культуральных, социальных, общественных влияний, особенно ощутимых в современный период в связи с большими, часто стремительными переменами, происходящими в нашей стране. Исторически меняется уровень требований общества к социальной адаптации. И это сказывается в тенденции к уменьшению числа работающих больных, к увеличению количества признаваемых инвалидами, в изменении отношения к госпитализации, ее продолжительности у ряда находящихся в неудовлетворительном материальном положении пациентов (установка на более частое и продолжительное стационарирование, чем это диктуется чисто медицинскими показателями).

При анализе такого важного показателя социального прогноза, как трудоспособность,

необходимо учитывать, что при психических расстройствах позднего возраста полученные данные могут не отражать истинных причин стойкой утраты трудоспособности [2], так как в ряде случаев пенсионное обеспечение по возрасту отличается от пенсии по инвалидности, в связи с чем часть больных не оформляет инвалидности по заболеванию (последнее время появились противоположная тенденция: оформлять инвалидность после выхода на пенсию по возрасту).

Когда мы начали проводить первые клинико-эпидемиологические исследования (вторая половина 60-х гг. — города Иваново, Ярославль), столкнулись с тем, что в то время часто не распознавали приступообразного течения при шизофрении и шизоформных психозах; явления атонической депрессии и тому подобные состояния принимали за выраженный дефект психики и неправильно оценивали клинический и социальный прогноз: соответствующих больных признавали инвалидами, хотя катамнез показывал ошибочность такого заключения. В последующие годы ситуация изменилась: не стали спешить с выводом о стойкой утрате трудоспособности у больных с приступообразным течением патологического процесса, и это положительно сказалось на соответствующих показателях.

С тем чтобы более конкретно показать сложность отношений, взаимовлияние биологического и социального, сравним показатели трудоспособности совокупности больных с депрессией и всех исследованных больных района. 40,9% депрессивных больных не имеют инвалидности, 42,9% этой совокупности являются пенсионерами по возрасту и 16,2% — инвалиды I—III группы: основная масса, естественно, по психической патологии (14,2%) и небольшое число (2%) — по соматическому неблагополучию.

Обращает на себя внимание, что только у 1,7% признанных инвалидами по психической болезни определяется III группа инвалидности, большинство же — инвалиды в основном II (11,9%) и отчасти I группы (0,6%). Если обратиться ко всем больным района (независимо от клиники, а не только к больным с депрессиями), попавшим в поле зрения психиатров, то картина трудоспособности представится следующей: 40,4% всей совокупности (и с депрессией, и без нее) инвалидами не признаны, 5,5% — инвалиды III группы по психическому заболеванию, 27% — II группы, 4,6% — I группы; 19,5% являются пенсионерами по возрасту, 3% — инвалиды по соматической патологии.

Как видно, больные с депрессией не отличаются от больных во всей совокупности (и с депрессией, и без нее) по удельному весу не имеющих инвалидности. Но во всей совокупности больных больше признанных инвалидами (всех трех групп) и меньше пенсионеров по возрасту. То есть группа больных с депрессией характеризуется, если

судить по показателям трудоспособности, в общем лучшим социальным прогнозом (в отличие от оказавшихся в поле зрения психиатров больных без депрессии). Объяснить это можно не только с сугубо клинических позиций, но и различием в толерантности, тем, что больные с депрессией направляются к психиатрам и тогда, когда патология неглубокая (невротическая депрессия и т.д.). Даже невыраженная депрессия, в отличие от других психопатологических проявлений, вызывает беспокойство и самих больных, и их окружения, врачей других специальностей (широко известен повышенный риск суицидного поведения больных с депрессией).

Далее, при оценке, например, образовательного уровня больных следует учитывать своеобразие того исторического периода, на который приходится обучение. У сравнительно молодых людей уровень образования, естественно, еще не устойчив и стабилизируется лишь в более поздние сроки. Поздно заболевшим пациентам пожилого возраста (с пресенильными, сосудистыми заболеваниями) в силу социально-исторических условий, прошедших на их молодость, было затруднительно получить более высокое образование. Поэтому в группе больных с пресенильными и сосудистыми заболеваниями удельный вес лиц со средним и выше среднего образованием самый низкий — 30,8% (во всей совокупности 61,3%).

В настоящее время резко меняется отношение к образованию, его обязательности, и это, следует ожидать, приведет к падению образовательного уровня и тех лиц, которые могут оказаться под наблюдением психиатрической службы. С другой стороны, имеет значение возраст, когда началась болезнь: при тяжелом страдании, начавшемся в раннем возрасте, шансы на получение сравнительно высокого образования уменьшаются. И наши расчеты показывают: чем более раннему возрасту сопутствует начало болезни, тем ниже образовательный уровень. Сказываются, таким образом, факторы, связанные с болезнью.

Неоднозначной может быть и оценка роли половой принадлежности. В изученной совокупности больных с депрессией (так же как и среди всех жителей района, по данным переписи населения) лица мужского пола имеют более высокие показатели по уровню образования: число лиц со средним и выше среднего образованием составляет в группе мужчин 72,5%, женщин — лишь 54,6%. Мужчины при сравнении с женщинами отличаются более высоким уровнем квалификации (на момент обследования), среди них меньше неработающих (23,8% против 57,4%) и больше занятых квалифицированным трудом (50,3% против 23,4%). И мужчины, и женщины, если судить по характеру выполняемой на момент катмнеза работы, в

основном реализуют в своей трудовой деятельности полученное образование, за исключением высшего и незаконченного высшего.

И здесь снова выступает значение пола. Высшее и незаконченное высшее образование получили 24,9% всех пациентов (31,2% мужчин и 21,1% женщин), а выполняют, на момент исследования, соответствующую квалифицированную работу лишь 10,5% пациентов: половина мужчин (15,3%) и одна треть женщин (7,3%) с указанным уровнем образования. В общем женщины отличаются от мужчин также и более низким уровнем социальной адаптации [1]. Но различия по последнему показателю не столь отчетливы в отличие от других социальных характеристик (образование, квалификация, трудоспособность). Это и понятно: при определении уровня социальной адаптации учитываются не только формальные, «официальные» стороны социального функционирования больных, но и работа, поведение дома, в быту и т.д.

В силу социального положения женщины, будучи фактически трудоспособными, чаще не работают на производстве, проявляют установку на инвалидность. То есть отмеченные половые различия в социальном функционировании связаны, видимо, не только с патологией, но и с требованиями общества к социальному статусу лиц разного пола. Подобным же образом есть основания объяснить и тот факт, что там, где больна женщина, брак оказывается менее устойчивым: разведенных среди больных мужчин — 22,8%, среди женщин — уже 48,3%.

Сложным, связанным с социальными факторами представляется и влияние на социальный прогноз алкоголизации (хронический алкоголизм, тяжелые формы бытового пьянства). В группе больных с депрессией, страдающих алкоголизмом, по сравнению с неотягощенной этилизмом группой несколько ниже (на момент исследования) показатель первого (самого высокого) уровня социальной адаптации и выше — показатель второго уровня. Почти одинаков в обеих сравниваемых группах удельный вес третьего и четвертого уровней. По пятому (самому низкому) уровню достоверно меньше цифра, характеризующая совокупность пациентов, злоупотребляющих алкоголем. Приведенные данные отражают, можно думать, не только характер влияния злоупотребления алкоголем на течение болезни, но и тот факт, что для больных с тяжелым течением заболевания алкоголь становится менее доступным (и в силу особенностей патологии, ограничивающей активность пациентов, и вследствие социальной изоляции, снижения материальной обеспеченности). Алкоголизация чаще, как и следовало ожидать, констатируется у мужчин, и результатом этого является тот факт, что мужчины чаще женщин стационарируются: 5 и более раз госпитализировано 40,3% мужчин и 32,5% женщин.

Итак, мы сначала рассмотрели значение для социального (да и клинического) прогноза факторов, являющихся преимущественно экстреморбидными. В качестве экстреморбидных факторов клинического и социального прогноза можно назвать, помимо рассмотренных, и другие. Имеются некоторые основания принимать здесь во внимание особенности и наследственной отягощенности, и преморбидного склада личности. Так, психозы у родственников чаще встречаются в прогностически менее благоприятной группе больных с полисиндромальными психозами ($20,0 \pm 3,0\%$), чем у пациентов с аффективными приступами: полярное депрессивное течение — $11,2 \pm 2,0\%$, биполярное — $12,1 \pm 4,0\%$. Особенно часто затяжное течение депрессии приобретают у лиц с тревожно-мнительным преморбидом; короткие (до 1 мес) депрессии чаще всего обнаруживаются у эпилептоидных, эксплозивных личностей. В группе реактивно спровоцированных депрессий затяжные формы встречаются чаще ($10,0 \pm 1,5\%$), чем в группе спонтанно возникающих депрессий ($3,8 \pm 0,5\%$).

И, наконец, сделан вывод о значении для прогноза терапии. В современный период под влиянием массовой интенсивной психофармакотерапии появляется тенденция к уменьшению удельного веса затяжных форм депрессий, но возрастает частота рецидивов, доля депрессивных состояний психотического уровня (с присоединением болезненных переживаний, выходящих за рамки собственно депрессивного синдрома).

Естественно, социальные возможности больных в большой степени зависят от особенностей патологии: социальный прогноз тем благоприятнее, чем легче психическое заболевание. Так, наименьший процент инвалидов по психическому страданию определяется в группе пациентов с монополярным депрессивным течением страдания ($4,6 \pm 1,3\%$), наибольший — при биполярном развитии ($19,7 \pm 4,9\%$) и особенно при полисиндромальных психозах ($26,1 \pm 3,3\%$). При психотичес-

ком уровне расстройства число больных, не имеющих инвалидности, значительно меньше ($36,4 \pm 2,7\%$), чем в группе пациентов с непсихотическим характером патологии ($48,4 \pm 3,6\%$); инвалидов по психическому заболеванию показательно больше в первой группе ($20,9 \pm 2,3\%$), чем во второй ($3,2 \pm 1,3\%$). Характер патологии, ее тяжесть сказываются на всех формах социального функционирования больных: не только на социально-трудовой, но и на семейно-бытовой адаптации, на частоте и особенностях общественно опасного поведения.

Таким образом, на примере психических болезней, протекающих с депрессией, можно заключить, что социальный прогноз в психопатологии обусловлен множеством факторов: и клинко-биологических, и социальных, и связанных непосредственно с патологией, и экстреморбидных. Выступают они в комплексе, взаимосвязанно, изменяясь в ходе взаимодействия. При этом клинко-биологические факторы могут получать социальное звучание, как бы «социализоваться». Степень и характер социализации клинко-биологического различны в разные исторические периоды. Это необходимо принимать во внимание при рассмотрении прогноза в исторически хронологической динамике, при оценке влияния современного ведения больных на их судьбу. Изложенные факторы социального прогноза должны учитываться в лечебно-профилактической работе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Жариков Н.М., Либерман Ю.И. Стандартизованные синдромы унификации клинической оценки состояния больных шизофренией: (Метод. письмо). — М., 1970. — 75 с.
2. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний: (Стат. исследование). — Рига, 1988. — 235 с.

Поступила 27.09.93

УДК 616.8-009.83:616.895.87:616.895.4

Г.Н. Носачев, В.С. Баранов

ЗНАЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ САМОСОЗНАНИЯ ПРИ ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗАХ ДЛЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Кафедра психиатрии (зав. — проф. В.А. МАДОРСКИЙ) Самарского государственного медицинского университета

Р е ф е р а т. Представлены результаты подробного феноменологического анализа нарушений самосознания при эндогенных психозах у целого ряда пациентов, обследовавшихся у авторов работы в течение последних 15 лет. Данные оцениваются в свете их значения для реабилитации. Делается вывод о том, что успех реабилитационных мероприятий через формирование у больных наиболее адекватной самооценки можно скорее всего ожидать при нажитых и лабильных изменениях самосознания в случаях маниакально-депрессивного психоза и периодической шизофрении.

Г.Н.Носачев, В.С.Баранов

ЭНДОГЕН ПСИХОЗЛАР ВАКЫТЫНДА БУЛА ТОРГАН АҢ ҮЗГӘРЭШЛӘРЕНЕҢ РЕАБИЛИТАЦИЯЛӘУ ЧАРАЛАРЫ ӨЧЕН ӘҢӘМИЯТЕ

Мәкаләдә авторларның соңгы 15 ел эчендә эндоген психоз белән авырчуларның аңындагы үзгәрешләргә анализлау нәтиҗәләре китерелгән. Бу мөһлүмәтләр реабилитация өчен әһәмиятле. Йомгаллап шуны әйтәргә