

Табл. 2 показывает, что после лечения работающих пациентов изучаемыми препаратами появлялись изменения в психических и двигательных функциях, являющихся компонентами трудовой деятельности. Частота и выраженность этих фармакогенных изменений относительно невысокая и разнонаправленная — как в сторону улучшения, так и ухудшения трудовой деятельности. У каждого препарата обнаруживался свой спектр действия на трудовую деятельность.

При лечении мебикаром в средних дозах чаще, чем при лечении другими препаратами, появлялось желательное влияние на компоненты и результаты трудовой деятельности больных. Спектр эффектов отличался наибольшей гармоничностью, сбалансированностью и однонаправленностью в сторону улучшения трудовой деятельности. Мексикар в малой дозе, пираретам, пиридитол и пикамилон чаще всего способствовали возникновению разнонаправленных изменений в компонентах трудовой деятельности и ее результативности. Чем сильнее у препаратов психостимулирующий эффект, например у пиридитола, тем чаще возникали нетрудовые мотивации, эмоциональная и волевая неустойчивость, приводившие к усилению дисгармонии, дезинтеграции как психических функций, так и компонентов трудовой деятельности и ее результативности. При лечении пантогамом, у которого седативное действие преобладает над психостимулирующим и ноотропным, положительное влияние на компоненты трудовой деятельности проявлялось реже и в меньшей степени по сравнению с другими ноотропами, но также реже наблюдалось отрицательное влияние на изучаемые показатели.

### Заключение

Трудовая деятельность имеет сложную структуру, включающую социально-психологические, моральные, интеллектуальные, волевые, эмоциональные, когнитивные и другие компоненты. Социальные и биологические механизмы трудовой деятельности формируются у больных в преморбиде, как и у всех здоровых людей. Психические заболевания могут быть причиной нарушения некоторых

компонентов трудовой деятельности и ее структуры в целом в зависимости от характера психических расстройств.

Психотропные препараты дают возможность устранять фармакологически чувствительные морбогенные причины нарушения трудоспособности больных и тем самым в большей степени реализовать имеющиеся у них трудовые потенции. Новые факторы трудоспособности в связи с медикаментозным лечением не появляются. Побочные действия психотропных препаратов, распространяющиеся на психические и двигательные функции, участвующие в процессе труда, могут приводить к развитию фармакогенно обусловленных нарушений трудовой деятельности [4]. Самые желательные фармакодинамические эффекты терапии — улучшение интеграции и сбалансированности психических функций и координации движений. Из всех изученных препаратов эти эффекты в наибольшей степени вызывает препарат мексикар в средних дозах.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Евтушенко В.Я. // Врач. — 1992. — № 12. — С. 40—41.
2. Жариков Н.М., Руденко Г.М., Зайцев С.Г. Методические указания по клиническому изучению новых психотропных средств / М-во здравоохранения. СССР. — М., 1976. — 115 с.
3. Зимакова И.Е., Макарачиков Н.С., Карпов А.М. // Журн. фармакол. и токсикол. — 1986. — № 5. — С. 50—53.
4. Карпов А.М., Бурчагина Н.А., Зимакова И.Е. и др. // Актуальные вопросы клинической фармакологии: Междунар. конф. по клин. фармакологии, 15-я: Тез. докл. — Волгоград, 1990. — С. 58.
5. Карпов А.М., Макарачиков Н.С., Бурчагина Н.А. // Казан. мед. журн. — 1990. — № 4. — С. 291—293.
6. Карпов А.М., Зимакова И.Е., Тагирова Т.С. // Клиника, лечение и профилактика заболеваний нервной системы: Материалы науч.-практ. конф., посвященной 100-летию Казан. об-ва невропатологов и психиатров. — Казань, 1992. — С. 279—283.
7. Ковалев Г.В. Ноотропные средства. — Волгоград, 1990. — 368 с.
8. Ястребов В.С., Шевченко Л.С., Солохина Т.А. и др. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1993. — № 3. — С. 76—80.

Поступила 27.01.94



УДК 616.89—053.9:364.44

В.Ф. Друзь

## НЕКОТОРЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ОДИНОКИХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Кафедра психиатрии и медицинской психологии (зав. — проф. В.Г. БУДЗА) Оренбургского медицинского института

**Р е ф е р а т.** Приводятся результаты обследования 50 одиноких пожилых дезадаптированных психически больных. Особый интерес представляют описания

вариантов переживания одиночества в зависимости от психологической формы заболевания, а также социально-психологических составляющих состояния того или

инного больного. В частности, убедительно показано преимущественно положительное отношение к одиночеству у больных, страдающих шизофренией, и отрицательное — у больных с органическими поражениями и маниакально-депрессивным психозом (МДП). Отмечена необходимость создания специальной комплексной реабилитационной программы для больных данной группы, так как все они в той или иной степени социально дезадаптированы.

В.Ф.Друзь

ОЛЫ ЯШЪТЭГЕ ЯЛГЫЗ ПСИХИК АВЫРУЛАРНЫ  
РЕАБИЛИТАЦИЯЛАУДЭГЕ КАЙБЕР КЛИНИК  
НЭМ СОЦИАЛЬ-ПСИХОЛОГИК АСПЕКТААР

Олы яшътэге ялгыз, психикалары үзгөрөшлө 50 авыруны тикшерү нәтижеләре китерелгән. Авыруның төрөнә һәм социаль-психологик үзгәрешләре аркасында ялгызлыкны кичерү төрлө вариантлары аеруча кызыклы. Мәселән, шизофрения белән авыручылар ялгызлыкны жиңел кичерәләр, ә органик үзгәрешләр булган авыруларның ялгызлыкка карата мөнәсәбәте киресенчә. Бу төркем авырулар өчен аерым комплекслы реабилитацияләү программасы булдырылырга тиеш, чөнки алар социаль яктан нормадан тайпылганнар.

V.F.Druz'

SOME CLINICAL AND SOCIAL-PSYCHOLOGICAL  
ASPECTS OF REABLEMENT IN SOLITARY ELDERLY  
MENTAL PATIENTS

The results of examination of solitary elderly unadapted mental patients are given. Of great interest might be description of variants in loneliness taking by patients, which depend on nosologic forms of disease and social-psychological components of a patient state. In particular, it was definitely shown that the majority of schizophrenics took loneliness as a positive thing, while patients suffering organic lesions or manic-depressive psychoses took it as a negative one. It is noted in the paper that such patients are all more or less unadapted socially and need a special complex reablement programme.

Известно, что большинство психически больных позднего возраста находится в общем населении, вне стационара [2, 8]. В последнее время довольно детально изучены их семейные отношения [3, 4, 6]; в этих работах наряду с клиническим успешно применялся социально-психологический метод, еще недостаточно используемый в отечественной психиатрии, особенно в ее практической сфере. Указанные исследования установили, что в большинстве семей отношения нарушены, вплоть до отказа родственников от совместного проживания с больными. По данным Е.Г.Трифоновой [7], общая доля одиноких среди психически больных позднего возраста составляет 1/3. Частое нарушение у них социальной адаптации [1], малая изученность проблемы и отсутствие программы по реабилитации данного контингента больных определяют актуальность настоящего исследования.

При создании программ по реабилитации и ресоциализации одиноких психически больных необходимо учитывать как клинические особенности болезни, так и личнос-

тные установки, субъективные представления больных об оптимальном образе жизни [9, 10]. Иначе предлагаемый способ социальной адаптации может быть отвергнут больными как не соответствующий их ценностным ориентациям [5]. В связи с этим важно выяснить взаимоотношения больных с родственниками, проживающими отдельно, их поле общения, причины одиночества, отношение к нему больных, механизм их переживаний и потребность в диспансерном наблюдении.

Изучение этих моментов в их связи с клиникой стало целью настоящего исследования.

Обследованы 50 больных (43 женщины и 7 мужчин) в возрасте от 60 до 88 лет, средний возраст 71 год. 28 больных было с диагнозом шизофрении, 5 — с МДП, 17 — с органическим поражением головного мозга (атеросклероз, последствия травмы и нейроинфекции, эпилепсия). Продолжительность заболевания варьировала от 5 до 55 лет. Среди 28 больных шизофренией 12 было с давним, начавшимся в молодом и среднем возрасте процессом, 16 — с первичным поздним. Течение в 9 случаях было непрерывно-прогредиентным, в 19 — шубообразным. У 15 больных ведущими были параноидные расстройства, у 4 — аффективные (в основном депрессивные приступы), у 4 — психопатоподобные, у 5 — апатоабулические. 3 из 5 больных с МДП заболели в среднем возрасте, 2 — после 40 лет; у всех пациентов преобладали депрессивные фазы. Из 17 больных с органическим поражением головного мозга 9 было с атеросклерозом, 4 — с последствием черепно-мозговой травмы, 2 — с последствием нейроинфекции и 2 — с эпилепсией. У больных с сосудистой патологией наблюдались различной степени выраженности церебрастения с аффективными колебаниями, галлюцинаторно-бредовые расстройства и лакунарная деменция, у больных с последствием травмы и нейроинфекции — психоорганические и психопатоподобные нарушения, у пациентов с эпилепсией — выраженные изменения личности.

Соматическое заболевание отмечалось у всех больных; у 20 оно было субкомпенсированным, у 19 — отмечалась легкая или умеренная декомпенсация, у 8 — выраженная и у 3 — тяжелая декомпенсация с нуждаемостью в посторонней помощи. Длительность проживания в одиночестве составила от 2 до 34 лет.

В дополнение к обычному клиническому обследованию проводился по специально разработанной программе опрос (анкета и интервью) больного, родственников, живущих отдельно, лечащего врача и медсестры диспансера.

Все больные, за исключением трех, имели родственников, живущих отдельно. Близкие

к пациентам с психоорганическими расстройствами и МДП относились лучше, чем к больным шизофренией, у которых чаще отмечалось отрицательное и индифферентное отношение к родственникам, чем у больных с органическим поражением головного мозга и МДП. Поле общения больных с органическими психозами и МДП было шире, разнообразнее состав лиц, с которыми они общаются и взаимодействуют (родственники, соседи, друзья, бывшие сослуживцы), чем у больных шизофренией, которые редко общались с родными и соседями главным образом из-за бредового отношения к ним и аутизма, не поддерживали связи с бывшими сослуживцами и не имели друзей.

Чаще всего причинами одиночества были смерть супруга, развод и отделение взрослых детей от семьи. Больных шизофренией супруги оставляли вскоре после начала болезни, основанием для этого было неправильное поведение пациентов или страх у родственников перед диагнозом «шизофрения». Взрослые дети отказывались от больных из-за их бредового или психопатоподобного поведения. Причинами одиночества при шизофрении, кроме указанных, были смерть матерей и сестер (часть больных из-за начавшегося в молодости процесса не смогли создать свои семьи и жили с родителями). Больные с МДП после смерти супругов избегали жить в семьях детей, стараясь не стеснять их. Женщины с органическим поражением головного мозга разводились с мужьями, в основном из-за пьянства, еще до заболевания, а с детьми отказывались жить из-за конфликтов в борьбе за лидерство или неправильного понимания близкими болезненных проявлений.

Большинство больных тяготилось одиночеством (29 из 50), реже отмечено индифферентное (13 из 50) и положительное (8 из 50) отношение. Отмечена связь между отношением к одиночеству и нозологической формой заболевания. Больные шизофренией реже тяготились одиночеством (14 из 28), чем пациенты с МДП (4 из 5) и с психоорганическими расстройствами (11 из 17), чаще относились к нему индифферентно (8 из 28; 3 из 17 соответственно) и положительно (6 из 28; 1 из 5 и 3 из 17).

Рассматривая механизм переживания одиночества (т.е. причины того или иного отношения к одиночеству), мы выделили три его уровня: психопатологический (синдромальный), психологический и соматический. Отрицательному отношению к одиночеству содействовали на психопатологическом уровне бред преследования, направленный на соседей, сослуживцев или других лиц из внесемейного окружения (больные сожалели, что рядом нет близких, которые могли бы защитить их от мнимых противников), депрессия (усиливалась тревога за близких,

чувство собственной неполноценности, безысходность, пессимистическая оценка прошлого и будущего), психопатоподобные расстройства астенического и истерического круга, лакунарная деменция (актуализировалось понимание своей несостоятельности и необходимости помощи со стороны). Негативное отношение к одиночеству на психологическом уровне вызывали благополучная семейная жизнь в прошлом (семейные отношения типа «сотрудничества», когда в семье не было конфликтов, близкие помогали врачу в лечении и реабилитации, и «гиперопека» — родные чрезмерно опекали больного), глубокая, прочная привязанность к близким, на соматическом — тяжелая патология с выраженной декомпенсацией и нуждаемостью в посторонней помощи.

Индифферентное отношение к одиночеству на психопатологическом уровне коррелировало с шизофреническим дефектом (апатия делала больных равнодушными к своему положению, аутистически вытесняя факт одиночества; они были уверены, что супруги и дети, несмотря на полную утрату связей, вернутся к ним; из-за амбивалентности больные, сожалея о своем одиночестве, отказывались жить с близкими) и апатическим вариантом психоорганического синдрома. На психологическом уровне происходила корреляция индифферентного отношения к одиночеству с защитой по типу вытеснения (например, больная совершенно не придает значения одиночеству: «Я привыкла быть одна, меня это не беспокоит»), религиозностью (верующая больная смиренно говорит об одиночестве: «Так богу угодно»), с семейными отношениями типа «эмоционального отчуждения» — члены семьи были холодны, замкнуты в отношении друг с другом; на соматическом — с отсутствием серьезной патологии.

Положительному отношению к одиночеству на психопатологическом уровне способствовали бред преследования, направленный на родственников (больные были довольны, что они не живут с близкими); психоорганический синдром с беспечностью, благодушием, снижением критики или с эксплозивностью; психопатоподобные расстройства возбуждимого и паранойяльного круга. На психологическом уровне — психологическая защита по типу рационализации (обесценивалась жизнь в семье, показывалось преимущество одиночества) и трудная семейная жизнь в прошлом (семейные отношения по типу «взаимные диссоциации» — между всеми членами семьи были постоянные конфликты; «оппозиция» — больной противостоял родственникам вследствие своей грубости и эгоизма; «остракизм» — больной был изолирован в семье из-за холодности и эгоизма родственников). На соматическом уровне — нетяжелое заболевание с легкой декомпенсацией.

Большинство больных с органическим поражением головного мозга (14 из 17) и с МДП (4 из 5) относилось к диспансерному наблюдению положительно. Они охотно общались с участковым психиатром и сожалели о редких встречах с ним. Причины такого отношения: улучшение психического состояния после назначения медикаментозного лечения и психотерапии; личностные особенности врача — доброжелательность, вежливость, компетентность, внимательное, заботливое отношение к больным; проецирование на врача своих нереализованных родительских чувств (например, больной говорит о враче: «Ну дитя есть дитя, молодой, хороший»); социально-ролевой статус врача («врач есть врач»). Отрицательное отношение к врачу у больных было вызвано его грубостью, высокомерием, некомпетентностью и пренебрежительным отношением к пациентам (4 больных).

Больные шизофренией нередко (12 из 28) возражали против диспансерного наблюдения или относились к нему безразлично (5 пациентов), так как не считали себя психически больными. Некоторые из них (4 больных) не знали своего лечащего врача, не посещали диспансер и не получали лечения.

Значительные трудности пациенты во всех группах испытывали в связи с соматическим заболеванием, плохими жилищными условиями, недостаточным материальным обеспечением, бытовыми проблемами (стирка, уборка квартиры, приготовление пищи, доставка продуктов). Однако, несмотря на это, все больные, за исключением двух, отрицательно относились к помещению в стационар или дом-интернат.

Отмечаются некоторые различия в причинах и отношении к одиночеству у пожилых больных шизофренией, МДП и с органическим поражением головного мозга. Шизофрения больше, чем МДП и органические заболевания, нарушает взаимоотношения больного с его ближайшим окружением, прежде всего с семьей, способствуя одиночеству. Вместе с тем больные шизофренией в связи с особенностью клинических проявлений легче адаптируются и переживают одиночество. Наблюдается связь механизма переживания одиночества с психопатологическими проблемами, социально-психологическими факторами и соматическим состоянием.

Все одинокие пожилые психически больные, независимо от характера заболевания, в той или иной степени социально дезадаптированы. Врачи диспансера не оказывают

им достаточного внимания, многие из них тяготятся одиночеством, нуждаются в психологической коррекции, терапевтической и социально-бытовой помощи. Программа по реабилитации данного контингента больных должна включать мероприятия, направленные на устранение перечисленных отрицательных моментов, восстановление там, где это возможно, связей с родственниками, и носить дифференцированный характер, учитывая клинические и психологические особенности пациента, причины одиночества, отношение к нему больного, механизм его переживания. Это возможно лишь при оказании комплексной медико-социальной помощи гериатрически подготовленными психиатрами, невропатологами, терапевтами, психологами и социальными работниками в условиях внебольничного геронтопсихиатрического подразделения.

Проведенное исследование показало необходимость использования в изучении положения одиноких пожилых психически больных, наряду с клиническим, социально-психологического метода, позволяющего получить данные для более углубленного изучения этой проблемы, что имеет важное значение для успешного решения реабилитационных задач.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Барков И.Н. // Актуальные вопросы психиатрии. — 1985. — С. 58—64.
2. Гаврилова С.И. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1987. — № 8. — С. 1187—1192.
3. Данилов Ю.М. Семейные отношения психически больных в позднем возрасте (в связи с задачей вторичной психопрофилактики): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1984.
4. Друзь В.Ф. Семейная адаптация больных шизофренией в позднем возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л., 1989.
5. Корецкий В.С. // Социально-правовые аспекты психиатрической помощи. — М., 1990. — С. 108—112.
6. Рахальский Ю.Е., Друзь В.Ф. // Журн. невропатол. и психиатр. — 1989. — № 9. — С. 108—112.
7. Трифионов Е.Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1990.
8. Шахматов Н.Ф. // Основы реабилитации при нервно-психических заболеваниях. — Л., 1973. — С. 65—67.
9. Barker F., Intagliata J. // Evaluation and program planning. — 1982. — Vol. 5. — P. 69—79.
10. Cattell H.R. // J. Geriatr. Psychiatr. — 1988. Vol. 3, № 4. — P. 251—261.

Поступила 21.05.94

