

Оценка качества жизни больных шизофренией с особой степенью общественной опасности

Гаврилова А. С., врач-психиатр БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Солодниковой» (психиатрическое отделение принудительного лечения специализированного типа), г. Омск

Усов Г. М., доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия» Росздрави, г. Омск

Quality of the life of especially dangerous patients with schizophrenia

Gavrilova A.S., Usov G.M.

Резюме

В статье рассмотрено влияние качества жизни на адаптационные возможности больных шизофренией, представляющих особую общественную опасность. Было обследовано 104 больных шизофренией, находящихся на принудительном лечении в стационаре специализированного типа. Типичным для пациентов был низкий социальный статус, определяющий недостаточный уровень социальной адаптации. Оценка качества жизни позволила выявить неудовлетворенность своим социальным положением, а также актуальные жизненные проблемы данной категории больных, определяющие расхождение между объективными и субъективными показателями. Результаты исследования дают возможность разрабатывать и совершенствовать лечебно-реабилитационные мероприятия по вторичной профилактике общественно опасных деяний.

Ключевые слова: качество жизни, шизофрения, общественно опасные деяния

Summary

The role of quality of life in genesis of high social dangerousness of patients was estimated. We studied 104 men with schizophrenia, who committed social dangerous acts and have got forced treatment in special hospital. Each person had a low level of social functioning and adaptation. The estimation of quality of a life has allowed to reveal a dissatisfaction of the social status. It underlay crimes, made by these patients, because socially dangerous acts were attempt to solve patients' problems. These results give the chance to develop and improve role of rehabilitation for secondary preventive maintenance of socially dangerous acts.

Keywords: quality of life, schizophrenia, social dangerous acts.

Введение

Изучение психически больных, представляющих особую общественную опасность, в настоящее время уделяется большое внимание [1, 2]. Это обусловлено ростом количества совершаемых ими тяжких общественно опасных деяний (ООД), а также высоким риском рецидивов противоправного поведения [3, 4, 5]. Среди больных с особой степенью опасности преобладают лица, страдающие шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, из которых 2/3 совершили ООД вне пси-

хотического состояния [6, 7, 8]. Важная роль в реализации этих деяний принадлежит, наряду с клиническими, внешним социально-ситуационным факторам. Неустойчивость социальной адаптации (семейной, трудовой, бытовой), а также отсутствие у больных позитивной социальной ориентации [9] обуславливают расхождение между реальным положением вещей и желаемым качеством жизни (КЖ). Это приводит к возникновению у больных жизненных проблем, а стремление к их разрешению – к реализации агрессивных ООД. Изучение проблемы общественной опасности лиц, страдающих шизофренией, с позиций концепции КЖ [10] и адаптогенеза [11, 12] является новым для отечественной психиатрии. Определение степени нарушений социального функционирования и его вклада в генез ООД позволит целенаправленно осуществлять вторичную профилактику опасных форм поведения при проведении принудительного лечения [13].

Ответственный за ведение переписки -

Гаврилова Елена Сергеевна,

Раб. тел.: 56-56-95 (3 отделение).

Моб. тел.: 8-908-793 66 38.

e-mail: Lapa-AS@yandex.ru

Целью настоящего исследования являлось изучение влияния особенностей социальной адаптации и КЖ на формирование особой степени общественной опасности больных шизофренией и расстройств шизофренического спектра.

Материал и методы

Объектами исследования стали 104 больных мужского пола, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра в возрасте от 24 до 54 лет (средний возраст 32,4±8,4 года), находящихся на принудительном лечении в отделении специализированного типа в БУЗ Омской области «Клиническая психиатрическая больница им Н.Н. Солодников» (БУЗ ОО «КПБ»). Анализ психопатологического механизма совершения ООД в понимании М.М. Мальцевой и В.П. Котова (1995) показал, что негативно-личностный механизм лежал в основе противоправных деяний у 71 пациента (68,3%), а продуктивно-психотический – у 33 обследованных (31,7%).

Основным методом исследования был адаптированный И.Я. Гуровичем и А.Б. Шмуklerом опросник «Оценки социального функционирования и качества жизни», отражающий объективную (т.е. реальные жизненные обстоятельства), а также субъективную (т.е. оценку больных соответствующих сторон жизни, удовлетворенность ими) составляющие жизни больных [10]. Оценка полученных результатов проводилась с помощью методов описательной статистики, а также z-преобразования Фишера.

Результаты и обсуждение

Важным показателем, характеризующим КЖ больных шизофренией, является субъективная оценка психического здоровья. Положительно охарактеризовали свое психическое здоровье 78,8% обследованных больных. Из них полную удовлетворенность высказали 26,8%, еще 42,7% были «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены», оставшиеся больные были не удовлетворены в различной степени. Чаще всего больные считали, что психическое заболевание приводит к несостоятельности в большинстве сфер их жизни и является причиной совершения противоправных деяний.

Анализ социального статуса обследованных свидетельствовал о недостаточном уровне их социальной адаптации. Большая часть больных (58,6%) имела неполное среднее либо среднее образование; 27,9% – среднеспециальное и только 5,8% – высшее образование. Среди больных полностью не удовлетворены полученным образованием были 26,0%, еще 17,3% были «скорее не удовлетворены, чем удовлетворены». Частое сочетание невысокого уровня образования с субъективной удовлетворенностью им могли быть обусловлены тем, что в ближайшем окружении больных преобладали лица, имеющие аналогичный уровень образования. Исследование показало, что от образования больных зависит возможность сохранения профессионального уровня и места работы. До поступления в больницу не работали 78,8%

больных, неквалифицированными рабочими были 15,4%. У большинства больных (89,4%) произошло снижение профессионального статуса.

С увеличением длительности заболевания число работающих больных сокращалось и увеличивалось число лиц, находящихся на инвалидности. Это свидетельствует о том, что по мере нарастания болезненных проявлений углубляется и социально-трудовая дезадаптация. На момент совершения ООД инвалидность по психическому заболеванию имели 87 человек (83,7%). Еще 14 больным (13,5%) инвалидность была оформлена в период нахождения в стационаре. Треть больным инвалидность не оформлялась в связи по объективным причинам. 78,8% больных были не удовлетворены наличием группы инвалидности, в то время как остальные высказывали полную или частичную удовлетворенность. Чаще всего, наличием группы инвалидности были довольны больные, имеющие ее более 4-х лет. Шесть больных были лишены дееспособности, причем двое из них не имели официально назначенного опекуна, и исполнение данных функций было возложено на администрацию больницы.

Для дифференцированной оценки трудоспособности больных были проанализированы показатели работоспособности, которые продемонстрировали, насколько адекватно больные себя оценивают. Объективные сведения о физической работоспособности показали, что только 26,9% пациентов работали без принуждения, однако их продуктивность была сниженной. 36,5% выполняли элементарную домашнюю работу, но более сложные виды деятельности были затруднены и могли их выполнять «только через силу»; 29,8% с трудом выполняли только простейшие виды домашнего труда; 4,8% ничем не могли заниматься. С увеличением давности заболевания физическая работоспособность значительно снижалась. Удовлетворенность своей физической работоспособностью высказывали 29 больных (27,9%), 42 больных (40,4%) были скорее удовлетворены, но при этом хотели определенных улучшений этого показателя. Полную или частичную неудовлетворенность своей работоспособностью высказало 33 больных (31,7%).

Таким образом, было выявлено несоответствие между объективной и субъективной оценками собственной трудоспособности. С одной стороны, часть больных с низким уровнем работоспособности обнаруживала удовлетворенность своим состоянием и положением, с другой – значительная доля больных, имеющих достаточный трудовой потенциал, была недовольна собой. У 27,9% больных способность к интеллектуальной деятельности была восстановлена, но отмечалось снижение ее продуктивности, отсутствовала возможность творческой деятельности. Сохранили возможность выполнения элементарных действий, однако выполняли их с трудом, 32,7% опрошенных больных. В данной группе продуктивность была значительно снижена. У 24,0% больных интеллектуальная продуктивность была ограничена элементарными действиями, они смотрели телевизор, читали «легкую» литературу. Полную удовлетворенность своей интеллектуальной деятельностью высказали 32,7%; 37,5%

больных были скорее удовлетворены ею, чем не удовлетворены.

Анализ дневной активности показал, что больные справляются с повседневными задачами, но их досуг однообразен, они редко посещают места отдыха, встречаются с друзьями. В целом активность больных в течение дня не имела зависимости от давности психического расстройства, в большей степени на нее влияли клинические характеристики. Удовлетворенность своей дневной активностью высказали 89,5% больных, 8,7% говорили, что они в большей степени не удовлетворены своей дневной активностью, и только 1,9% высказали полное неудовлетворение дневной активностью.

Оценка материально-бытовой сферы выявила преимущественно низкий уровень дохода и материально-положения больных, что согласовалось и с субъективной неудовлетворенностью. Сами больные говорили, что это не позволяло им полноценно удовлетворять основные жизненные потребности и способствовало совершению правонарушений (преимущественно корыстного характера, которые составляли 39,4% среди совершенных ООД).

Материальное положение большинства опрошенных больных (47,1%) было средним. Эти пациенты испытывали недостаток средств для приобретения удовлетворительного питания и необходимой одежды. При этом основным источником доходов у них было пособие по инвалидности. С трудом «сводили концы с концами» 35,6% опрошенных больных. Большая часть больных (61,5%) со средним уровнем дохода также были не удовлетворены им, что также подталкивало их к совершению противоправных деяний (в том числе повторных). Полную удовлетворенность своим материальным положением высказали только 8,7% больных, частично были довольны еще 29,8%.

Большая часть больных (54,8%) проживала в областном центре. В различных районах области были зарегистрированы 35,6% обследованных. Не имело постоянной регистрации 15 человек (14,4%), из них 8 (7,7%) также не имели постоянного места жительства. Пациенты, не имевшие отдельной комнаты в трети случаев высказывали неудовлетворенность жилищными условиями, что во многом было обусловлено неустойчивыми или конфликтными отношениями с близкими.

Удовлетворительное питание (в рационе имелся весь необходимый набор продуктов) было у большей части больных (59,6%). 26,9% больных питались скудно, употребляя в пищу только дешевые продукты в ограниченном количестве. Однако среди опрошенных полностью удовлетворены своим питанием были 50% больных, еще 36,5% опрошенных были «скорее удовлетворены, чем не удовлетворены» своим рационом.

Обеспеченность одеждой у 59,6% больных соответствовала среднему стандарту, т.е. у них имелись все необходимые вещи. 29,8% больных сообщили о недостатке одежды и преобладании в гардеробе старых вещей. 7,7% больных не имело самых необходимых вещей. Субъективную неудовлетворенность обеспеченностью одеждой высказало только 2 человека (1,9%); большая часть больных была удовлетворена полностью (59,6%) или частич-

но (32,7%). Таким образом, высокий процент удовлетворенности больных питанием и одеждой не соответствовал реальным данным. Это можно объяснить преобладанием низкого социального уровня больных в течение жизни, невысокую потребность в этих сферах жизни, преобладание других приоритетов (жилищные условия, источник и уровень дохода и т.д.).

Анализ микросоциального окружения показал, что только 11 больных (10,6%) находились в официально зарегистрированном браке, при этом трое из них не поддерживали отношения со своими супругами, а пятеро больных отношения с супругой характеризовали как конфликтные или формальные. Еще 68 больных (65,4%) расторгли брак, что отражает нарастающую дезадаптацию их в течение жизни. Полную удовлетворенность семейным положением высказало 41,3%, при этом хотели бы улучшить эту сферу жизни 88,5%. У большинства больных сложились неблагоприятные отношения с родственниками. В качестве основных форм внутрисемейного поведения назывались неустойчивые (46,2%), нейтральные (14,4%), конфликтные и напряженные (18,3%). У 5 пациентов (4,8%) родственные связи были утрачены полностью. Исходя из сказанного, закономерным выглядит тот факт, что в структуре ООД у таких больных преобладали агрессивные правонарушения (44,2%), направленные против лиц ближайшего окружения.

В связи с наличием значительных проблем социального плана все больные в период принудительного лечения, наряду с психофармакотерапией, были охвачены комплексом психосоциальных мероприятий, направленных на повышение их уровня социальной адаптации. В обязательном порядке проводилась инструментальная поддержка в решении социальных вопросов. Пациентам восстановлены основные документы: паспорт (8,8%), медицинский страховой полис (25,9%), страховое пенсионное удостоверение (30,8%). 38 человек (36,5%) были зарегистрированы по месту проживания с переводом пенсионного дела, что позволило им самостоятельно распоряжаться своими средствами. В связи с отсутствием постоянного места проживания трое пациентов, после прекращения стационарного принудительного лечения были переведены в загородные реабилитационные отделения больницы (общежитие для лиц, утративших социальные связи, квартиры с поддержкой в загородной зоне) где продолжалось проведение курса психофармакотерапии в сочетании с курсом реабилитации, направленной на повышение навыков самостоятельного проживания.

Выводы

Таким образом, больные шизофренией, представляющие особую общественную опасность, имели низкий социальный статус, а также выраженную неспособность в большинстве сфер жизни в период, предшествующий совершению ООД. Это подтверждалось субъективной неудовлетворенностью многими сторонами своего качества жизни. Дисбаланс между реальным социальным положением больного и его субъективно желаемым КЖ прослеживался в генезе 70% ООД. С увеличе-

нием длительности течения психического расстройства, а также продолжительности нахождения на стационарном принудительном лечении, социально-трудовая дезадаптация больных нарастала, что становилось фактором риска повторных правонарушений.

Анализ лично значимых актуальных жизненных проблем, оценка мотиваций и факторов риска совершения правонарушения в конкретной ситуации играли важную роль при разработке лечебно-реабилитационных мероприятий по профилактике ООД. Решение социаль-

ных вопросов, восстановление документов, налаживание связей с родственниками, соблюдение пресметственности с амбулаторным звеном позволили возвращать пациентов в социум после прекращения стационарного принудительного лечения, существенно снижая вероятность повторных ООД. Обобщение накопленного опыта даст возможность разрабатывать и совершенствовать дифференцированные программы психосоциальной реабилитации в рамках принудительного лечения в стационаре специализированного типа. ■

Литература:

1. Хамитов Р.Р. К проблеме социального функционирования и качества жизни психически больных, совершивших особо опасные деяния; Р.Р. Хамитов. Российский психиатрический журнал. – 2002. – №4. – С. 28-32.
2. McGauley G., Humphrey M. Contribution of forensic psychotherapy to the care of forensic patients; G. McGauley, M. Humphrey. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003. P.17-124.
3. Шостакович Б.В. Криминогенность при психических расстройствах и проблемы предупреждения опасных действий; Б.В. Шостакович. Российский психиатрический журнал. – 2006. – №2. – С. 15-18.
4. Feeney A. Dangerous severe personality disorder; A. Feeney. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2003. P. 349-358.
5. Howells K., Krishnan G., Daffern M. Challenges in the treatment of dangerous and severe personality disorder; K. Howells, G. Krishnan, M. Daffern. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2007. P. 325-332.
6. Котов В.П. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре; В.П. Котов и др. Руководство для врачей. – М., 2006. – 346 с.
7. Усов Г.М. Оценка роли факторов, участвующих в формировании противоправного поведения больных шизофренией; Г.М. Усов. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2007. – №3. – С. 84-86.
8. Тимошенко С.С. Анализ психопатологического механизма общественно опасных действий у больных, находившихся на принудительном лечении; С.С. Тимошенко, Г.Д. Белова, Н.С. Столпникова. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2008. – №4. – С. 88-90.
9. Дмитриев А.С. Клинико-терапевтические аспекты при психопатоподобных и аффективно-бредовых состояниях на этапах принудительного лечения; А.С. Дмитриев, И.Н. Винникова, Н.В. Лазыко и др. Российский психиатрический журнал. – 2003. – №5. – С. 27-34.
10. Гурович И.Я. Социальное функционирование и качество жизни психически больных; Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т.8, №2. – С. 35-40.
11. Логвинович Г.В. Адаптация больных шизофренией (клинические, биологические и реабилитационные аспекты); Г.В. Логвинович, А.В. Семке, Т.П. Ветлугина и др. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 1999. – №4. – С. 23-27.
12. Семке А.В. Клинические и биологические факторы формирования адаптации больных шизофренией; А.В. Семке, Л.Д. Рахмазова, О.А. Лобачева и др. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2006. – №3. – С. 17-21.
13. Агафонов С.Н. Роль проблем качества жизни больных шизофренией в совершении ими агрессивных общественно опасных действий; С.Н. Агафонов. Российский психиатрический журнал. – 2001. – №3. – С. 34-38.