

Клинико-социальные предпосылки одинокого проживания психически больных позднего возраста

В. Ф. Друзь¹, И. Н. Олейникова², Р. И. Палаева¹, Е. Ю. Антохин¹, В. Г. Будза¹

¹ Оренбургский государственный медицинский университет

² Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница № 1



Оригинальная
статья



Original
Paper

Цель исследования: определение роли клинических, социально-психологических, возрастных и бытовых факторов в формировании ситуации одинокого проживания психически больных позднего возраста.

Дизайн: одномоментное поперечное исследование.

Материалы и методы. С использованием клинического и социально-психологического методов обследованы 235 больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдаемых в психоневрологическом диспансере.

Результаты. В зависимости от того, была ли у них собственная семья в прошлом, больные были разделены на две группы. Первую составили пациенты, состоявшие в браке, вторую — не вступавшие в брак. Первая группа была больше и включала более молодых пациентов, а также была более гетерогенной по составу нозологических форм и синдромов. Установлены факторы, способствующие одинокому проживанию: клинические, сочетание социально-психологических с субклиническими, события, связанные с возрастом, и плохие бытовые условия.

Заключение. Среди вышеуказанных факторов ведущая роль принадлежала клиническим (104 случая — 44,3%). Существенное значение имели и сочетание социально-психологических причин с субклиническими предпосылками (70 случаев — 29,7%), а также события, связанные с возрастом (58 человек — 24,7%). Незначительную роль играли плохие бытовые условия (3 пациента — 1,3%).

Ключевые слова: клинико-социальные предпосылки, одинокое проживание, психически больные, поздний возраст.

Elderly Mentally Impaired Patients: Clinical and Social Preconditions for Living Alone

V. F. Druz¹, I. N. Oleinikova², R. I. Palayeva¹, Ye. Yu. Antokhin¹, V. G. Budza¹

¹ Orenburg State Medical University

² Orenburg Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 1

Study Objective: To determine the role of age, household conditions, clinical, and psychosocial factors as prerequisites for mentally impaired elderly patients to live alone.

Study Design: This was a snapshot, cross-sectional study.

Materials and Methods: Two hundred thirty-five psychoneurological clinic patients aged 60 or older underwent clinical and psychosocial examinations.

Study Results: Patients were divided into two groups, based on whether or not they had had their own family in the past. Group 1 included patients who had been married; Group 2 was made up of patients who had never been married. Group 1 was larger and included younger patients; it was also more heterogeneous in terms of disease entities and syndromes. The study identified the following factors, predisposing a person to living alone: clinical factors, the combination of psychosocial factors with subclinical disease, specific age-related features, and poor household conditions.

Conclusion: Among the factors mentioned above, clinical entities were the most important (104 cases, 44.3%). Other significant factors included the combination of psychosocial factors and subclinical preconditions (70 cases, 29.7%), and specific age-related features (58 patients, 24.7%). Poor household conditions did not play a significant role (3 patients, 1.3%).

Keywords: clinical and social predispositions, living alone, mentally impaired patients, elderly.

Постарение населения [10, 18] неуклонно ведет к увеличению числа психически больных в старших возрастных группах [3, 12]. Третью часть таких пациентов составляют одиноко проживающие люди [6, 15]. В литературе доминирует представление об отрицательном влиянии одинокого проживания на состояние психически больных позднего возраста и их социальную адаптацию [2, 19]. Между тем наши предыдущие исследования показали неоднозначность воздействия данного фактора на состояние больных и их адаптацию в обществе [5, 8]. Действительно, на большинство пациентов (62,6%) одинокое проживание

действовало неблагоприятно, но в некоторых случаях данный фактор не влиял на состояние больных (22,5%) или его действие было положительным (14,9%) [5]. У большинства участников эксперимента (77,4%) были нарушения социальной адаптации, однако у остальных (22,6%) отмечен ее высокий уровень. Внутри группы с нарушениями выделены подгруппы пациентов со средним (47,2%) и низким уровнем адаптации (30,2%) [8]. Следовательно, для более дифференцированной оценки роли одинокого проживания и создания оптимальной программы медико-социальной помощи данной категории пациентов необходимо исследовать предпосылки

Антохин Евгений Юрьевич — к. м. н., доцент, заведующий кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5. E-mail: antioh73@yandex.ru

Будза Владимир Георгиевич — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5. E-mail: antioh73@yandex.ru

Друзь Владимир Фёдорович — к. м. н., доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5. E-mail: vfdruz@rambler.ru

Олейникова Ирина Николаевна — врач высшей категории, заведующая отделением ГБУЗ «ООКПБ № 1». 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5. E-mail: vfdruz@rambler.ru

Палаева Розалия Ильдаровна — ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России. 460006, г. Оренбург, ул. Цвиллинга, д. 5. E-mail: rozaliana8@mail.ru

одинокое проживания психически больных позднего возраста. В некоторых отечественных литературных источниках [1, 15] упомянуты причины данного явления, однако детально этот вопрос не проанализирован. Ранее мы попытались целенаправленно изучить факторы одинокого проживания [7]. Выделены две группы больных в зависимости от того, была ли у них в прошлом собственная семья (супруг/супруга, дети), поскольку от этого обстоятельства зависит адаптация пациентов к одинокому проживанию и переживание одиночества. Между группами выявлены тенденции (не достигающие статистической значимости) демографических различий, разницы в составе нозологических форм и синдромов. В общих чертах определены факторы (клинические и социально-психологические причины, возрастные события, бытовые условия), служащие предпосылками одинокого проживания данного контингента больных. Однако предыдущая работа выполнена на ограниченном материале. Следовательно, для получения более полного представления о проблеме необходимо клиничко-социальное исследование на более репрезентативном материале.

Цель исследования: определение роли клинических, социально-психологических, возрастных и бытовых факторов в формировании ситуации одинокого проживания психически больных позднего возраста.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 235 одиноко проживающих больных в возрасте 60 лет и старше, наблюдаемых в психоневрологическом диспансере: все пациенты одного из геронтопсихиатрических участков (165 человек) и двух обычных участков (70 человек), зарегистрированные на определенную календарную дату. Среди больных преобладали женщины: 185 (78,7%) женщин и 50 (21,3%) мужчин. На момент исследования возраст пациентов варьировал от 60 до 86 лет, средний возраст — $67 \pm 1,8$ года. Продолжительность одинокого проживания составляла от 1 года до 38 лет (средняя — $14,6 \pm 1,8$ года). Возраст начала заболевания колебался от 22 до 73 лет. В молодом и зрелом возрасте, то есть до 45 лет, и в позднем возрасте — 45 лет и старше — заболело практически одинаковое количество пациентов (50,6% и 49,4% соответственно). Длительность заболевания составила от 1 года до 43 лет (в среднем $19,7 \pm 1,9$ года).

Использовали клинический и социально-психологический методы. Синдромальную оценку больных проводили с учетом критериев «Глоссария психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста» [17]. Нозологическую форму заболеваний определяли по критериям МКБ-10 [13]. Приведенные выше данные получены путем анализа медицинской документации (историй болезни и амбулаторных карт), опроса пациента и наблюдения за ним, опроса родственников и лечащего врача диспансера.

Преобладали больные шизофренией (F20 + F25 — 42,1%), почти в 2 раза реже встречались пациенты с сосудистыми заболеваниями головного мозга (F01, F06, F07 — 24,3%), третье и четвертое места занимали пациенты с экзогенно-органическими (F06, F07 — 12,8%) и эндогенными аффективными заболеваниями (F31, F33 — 11,5%). Зарегистрировано значительно меньшее число больных эпилепсией (G40, F06, F07 — 4,2%), эндогенно-органическими (атрофическими) заболеваниями (F00, F02 — 2,1%), психогениями в форме невротического (депрессивного и истерического) развития личности (F34.1, F44.7 — 2,1%) и инволюционным параноидом (F22.8 — 0,9%). Чаще всего в клинической картине

ведущими были бредовые и галлюцинаторно-бредовые синдромы (26,4%), на втором и третьем местах по частоте располагались психопатоподобные (16,6%) и депрессивные (15,7%), далее в порядке убывания следовали психоорганические (13,6%), апатоабулические (11,9%), невротические и неврозоподобные (9,8%) синдромы, а также деменции (6%).

Поскольку для социальной адаптации больных преклонного возраста важно соматическое состояние [16], то мы исследовали его с помощью шкалы оценок, заимствованной из работы Ю. М. Данилова [4], который выделял три уровня: высокий — компенсация и субкомпенсация, средний — умеренно выраженная декомпенсация и низкий — выраженная и тяжелая декомпенсация. У половины больных наблюдали умеренно выраженную декомпенсацию (49,4%), реже отмечали компенсацию и субкомпенсацию (28,9%), а также выраженную и тяжелую декомпенсацию (21,7%).

Социально-психологическим методом (с помощью анкетирования, интервьюирования больного, родственников, соседей, лечащего врача диспансера по специально разработанной программе) выясняли историю семьи, определяли взаимоотношения больных с членами собственной и генеалогической семьи [9], факторы, способствующие распаду или отсутствию собственной семьи.

Статистическую обработку данных выполняли с помощью компьютерной программы Statistica 6.1. Применяли методы параметрической статистики (критерий Стьюдента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для понимания влияния одинокого проживания на состояние пациентов и их адаптацию в обществе важно установить, была ли собственная семья (супруг/супруга, дети) у больного в прошлом или нет. Естественно предположить, что люди, имевшие собственную семью и утратившие ее, особенно в позднем возрасте, тяжелее переживают сложившееся положение и труднее адаптируются к нему, чем больные, не создавшие собственной семьи. Исходя из этого, всех участников разделили на две группы. В *первую группу* вошли пациенты, состоявшие в браке и в большинстве случаев имевшие детей. Они стали одинокими в результате утраты собственной семьи. *Вторая группа* включала больных, которые никогда не вступали в брак. Их одинокое проживание было обусловлено отсутствием собственной семьи. Первая группа (n = 171, 72,8%) была в 2,7 раза больше второй (n = 64, 27,2%), p < 0,001. В обеих группах преобладали женщины: в первой — 138 (80,7%), во второй — 47 (73,4%) пациенток.

Сопоставление групп по возрасту (табл. 1) показало превалирование во второй группе больных старшего возраста. Средний возраст участников первой группы составил $66 \pm 3,8$ года, второй — $75,7 \pm 2,1$ года (p < 0,05). Возможно, это связано с тем, что в возрасте старше 70 лет

Таблица 1

Распределение одиноких больных обеих групп по возрасту на момент исследования, n (%)

Возраст, годы	Первая группа (n = 171)	Вторая группа (n = 64)
60–69	99 (57,9)*	27 (42,2)
70–79	62 (36,3)*	34 (53,1)
80 лет и старше	10 (5,8)	3 (4,7)

* Отличие от второй группы статистически значимо (p < 0,05).

у больных, имевших собственную семью, чаще, чем у пациентов, не имевших ее, ухудшается психическое и физическое состояние, и в связи с нарастающей беспомощностью некоторых пациентов забирают к себе дети или их направляют в интернат. Это косвенно подтверждает предположение о том, что одинокое проживание в результате отсутствия собственной семьи менее вредит здоровью больных, и они лучше адаптируются к одинокому образу жизни по сравнению с больными, состоявшими в браке. Не последнюю роль играет и более ранний возраст начала одинокого проживания во второй группе. Средний возраст пациентов этой группы на момент начала одинокого проживания (38 ± 1,7 года) был в 1,6 раза меньше, чем у больных первой группы (60 ± 1,9 года), $p < 0,01$. Возраст наступления одинокого проживания в определенной степени связан с возрастом начала болезни. Во второй группе средний возраст больных к началу заболевания (31 ± 2,1 года) был в 1,5 раза меньше, чем в первой (46 ± 2,9 года), $p < 0,05$.

Различие в возрасте на момент начала болезни в значительной мере обусловлено особенностями нозологической структуры заболеваний в группах (табл. 2).

Вторая группа была гомогенной по составу заболеваний и включала только половину расстройств, наблюдаемых у данного контингента больных. При этом заметно преобладали больные шизофренией, на долю которых приходилось почти 4/5 всех пациентов. Оставшуюся часть составили больные с экзогенно-органическими поражениями, сосудистыми заболеваниями головного мозга и эпилепсией.

Таблица 2

Распределение одиноких больных обеих групп по нозологическим формам на момент исследования, n (%)

Заболевания	Шифр по МКБ-10	Первая группа (n = 171)	Вторая группа (n = 64)	P
Шизофрения	F20 F25	49 (28,6)	50 (78,1)	< 0,001
Сосудистые заболевания	F01 F06 F07	52 (30,4)	5 (7,8)	< 0,001
Экзогенно-органические заболевания	F06 F07	23 (13,5)	7 (11,0)	> 0,05
Эндогенные аффективные заболевания	F31 F32	27 (15,8)	0	< 0,001
Эпилепсия	G40 F06 F07	8 (4,7)	2 (3,1)	> 0,05
Эндогенно-органические (атрофические) заболевания	F00 F02	5 (2,9)	0	< 0,05
Психогении	F34.1 F44.7	5 (2,9)	0	< 0,05
Инволюционный параноид	F22.8	2 (1,2)	0	> 0,05

Сравнительный анализ групп по синдромальному составу (табл. 3) также показал существенные отличия.

Первая группа была более гетерогенной, в ней были представлены все синдромы, наблюдаемые у данного контингента больных, которые распределялись относительно равномерно. Преобладали депрессивные и параноидные синдромы, реже встречались психоорганические, невротические и невротоподобные, апатобулические, психопатоподобные синдромы и деменции. Вторая группа была более гомогенной: депрессивные, невротические и невротоподобные состояния отсутствовали, около половины составляли больные с параноидными расстройствами, треть — с психопатоподобными синдромами, значительно реже наблюдали апатобулические, психоорганические синдромы и деменции. В первой группе статистически значимо чаще встречались депрессивные, невротические и невротоподобные расстройства; во второй — параноидные и психопатоподобные.

Таким образом, группа больных, состоявших в браке, была более многочисленной и молодой, в ней шире спектр нозологических форм и синдромальных проявлений. Проведенный анализ дает общее представление о возникновении ситуации одинокого проживания и раскрывает лишь отдельные его пути (в частности, шизофрения, начавшаяся в молодом и среднем возрасте, протекающая с параноидными и психопатоподобными проявлениями, препятствует вступлению в брак).

Для более глубокого понимания формирования ситуации одинокого проживания мы попытались выяснить ее конкретные причины в каждой группе. Исследование факторов, способствующих распаду семьи и одинокому проживанию, позволило выделить в первой группе две примерно равные подгруппы больных. В первой подгруппе основной предпосылкой одинокого проживания были психические расстройства (n = 76). Во второй подгруппе эту роль в большинстве случаев (у 95 человек) играли специфические для позднего возраста события, социально-психологические факторы в сочетании с субклиническими проявлениями, а также бытовые проблемы.

В первой подгруппе с разрушением семьи наиболее часто был связан параноидный синдром (26 человек — 11,1%; различие между синдромами не достигает статистической значимости ($p > 0,05$), поэтому можно говорить только о тенденции). Выделены две его разновидности: бред ревности

Таблица 3

Распределение одиноких больных обеих групп по синдромам на момент исследования, n (%)

Синдромы	Первая группа (n = 171)	Вторая группа (n = 64)
Депрессивные	37 (21,6)*	0
Бредовые и галлюцинантно-бредовые	35 (20,5)*	27 (42,2)
Психопатоподобные	18 (10,5)*	21 (32,8)
Психоорганические	27 (15,8)	5 (7,8)
Апатобулические	20 (11,7)	8 (12,5)
Невротические и невротоподобные	23 (13,5)*	0
Деменции	11 (6,4)	3 (4,7)

* Отличие от второй группы статистически значимо ($p < 0,001$).

(11 случаев — 4,7%) и «параноид жилья» (15 случаев — 6,4%) [11]. Затем в порядке убывания следовали психопатоподобные (15 пациентов — 6,4%), психоорганические (12 случаев — 5,1%), апатоабулические (10 больных — 4,3%), депрессивные расстройства (9 случаев — 3,8%) и деменции (4 пациента — 1,7%). (Механизм распада семьи вследствие психопатологических нарушений описан нами ранее [7].)

Во второй подгруппе причинами утраты семьи чаще служили возрастные события (58 человек — 24,7%): смерть супруга (41 случай — 17,5%) и отделение взрослых детей от родителей (17 случаев — 7,2%). Реже аналогичную роль играли социально-психологические факторы в сочетании с субклиническими нарушениями (34 пациента — 14,4%, $p < 0,01$): конфликты больных с родственниками из-за борьбы за лидерство; с новыми членами семьи — зятями и невестками, даже если они не претендовали на лидерство; коллизии вследствие «давления» на больного членов семьи из-за гипогнозии или анозогнозии болезненных проявлений (17 случаев — 7,2%; во всех семьях были родственники с невротическими и психопатическими расстройствами); развод пациентов из-за пьянства супругов (17 случаев — 7,2%). Реже всего больные отказывались от совместного проживания с детьми из-за плохих жилищно-бытовых условий (3 пациента — 1,3%, $p < 0,001$).

Исследование факторов, препятствующих созданию семьи, позволило выделить во второй группе (64 больных) также две практически равные подгруппы. В первой подгруппе (28 человек — 11,9%) созданию семьи в основном препятствовали клинические факторы: простая и параноидная

шизофрения, начавшаяся в молодом и среднем возрасте. Во второй подгруппе (36 больных — 15,3%) обнаружено сочетание субклинических нарушений с социально-психологическими факторами: взаимодействие расстройств личности (шизоидных, психастенических, астенических, эпиплептоидных) и дисгармоничных отношений («гиперопека», «симбиотические», «эмоциональное отчуждение», «взаимные диссоциации») [14] в генеалогических семьях в преморбиде (более подробно механизмы, препятствующие созданию семьи у этих больных, описаны нами ранее [7]).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ


Ведущими факторами, опосредующими одинокое проживание психически больных позднего возраста, являются клинические (104 случая — 44,3%; различие с другими предпосылками одинокого проживания больных статистически значимо, $p < 0,001$). Наряду с ними важную и примерно одинаковую роль играют сочетание социально-психологических проблем с субклиническими нарушениями (70 случаев — 29,7%) и события, связанные с поздним возрастом (58 человек — 24,7%; различие между этими двумя моментами не достигает статистической значимости, $p > 0,05$). Наименьшее значение имеют плохие бытовые условия (3 пациента — 1,3%; различие с другими факторами статистически значимо, $p < 0,001$).

Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного дифференцированного подхода к разработке программы по профилактике социальной дезадаптации и реабилитации одиноких психически больных позднего возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амбрумова А. Г., Калашикова О. Э. Психологические аспекты одиночества // *Соц. и клин. психiatr.* 1996. № 3. С. 53–56.
2. Виноградова Р. Н., Лозунова А. М. Новые организационные формы психосоциальной реабилитации больных в областном психоневрологическом диспансере // *Соц. и клин. психiatr.* 2001. № 4. С. 45–48.
3. Гаврилова С. И., Калын Я. Б. Социальные факторы и психические расстройства в пожилом и старческом возрасте // *Руководство по социальной психиатрии.* М.: Медицина, 2009. С. 136–161.
4. Данилов Ю. М. Семейные отношения психически больных позднего возраста (в связи с задачами вторичной психопрофилактики): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1984. 23 с.
5. Друзь В. Ф. Влияние одинокого проживания на психическое состояние больных позднего возраста и определяющие его факторы // *Вестн. Оренбургского государственного университета.* 2012. № 10. С. 28–34.
6. Друзь В. Ф., Олейникова И. Н. Клинико-демографическая характеристика психически больных позднего возраста геронтопсихиатрического и обычных участков диспансера // *Соц. и клин. психiatr.* 2000. № 1. С. 56–60.
7. Друзь В. Ф., Олейникова И. Н. Факторы одинокого проживания психически больных позднего возраста // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 2000. Т. 100. № 1. С. 56–60.
8. Друзь В. Ф., Олейникова И. Н., Шлафер М. И., Алимова Л. В. и др. Одиноко проживающий пожилой психически больной

в обществе (социально-психологические и социально-бытовые аспекты) // *Психическое здоровье.* 2015. № 1. С. 43–50.

9. Кемпински А. Психопатология неврозов. Варшава: Польское медицинское издательство, 1975. 399 с.
10. Кишкун А. А. Биологический возраст и старение: возможности определения и пути коррекции. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 976 с.
11. Концевой В. А., Медведев А. В. Об особых бредовых психозах позднего возраста // *Соврем. психiatr.* 1998. № 4. С. 7–12.
12. Лиманкин О. В. Динамика показателей деятельности стационарной психиатрической службы Санкт-Петербурга за 20 лет (1991–2010 гг.) // *Психическое здоровье.* 2013. № 11. С. 14–23.
13. Международная классификация болезней (МКБ-10). СПб.: Адис, 1994. 304 с.
14. Рахальский Ю. Е., Друзь В. Ф. Адаптация в семье пожилых — больных шизофренией и психически здоровых // *Журн. неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* 1989. Т. 89. № 9. С. 108–112.
15. Трифонов Е. Г. Клинико-социальная структура диспансерного контингента психически больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1990. 14 с.
16. Шахматов Н. Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 304 с.
17. Штернберг Э. Я., Молчанова Е. К., Рохлина М. Л. Глоссарий психопатологических синдромов для клинической оценки больных психозами позднего возраста. М., 1971. 42 с.
18. Copeland J. R., Abou-Saleh M., Blazer D. *Principles and practice of geriatric psychiatry.* 2nd ed. 2002. 800 p.
19. Fisher M., Newton C., Sainsbury E. *Mental Health social work observed.* London, 1999. 258 p. 

Библиографическая ссылка:

Друзь В. Ф., Олейникова И. Н., Палаева Р. И., Антохин Е. Ю. и др. Клинико-социальные предпосылки одинокого проживания психически больных позднего возраста // *Доктор.Ру.* 2017. № 1 (130). С. 55–58.