

УДК 616.89-008.441.13-008.447-058

Л.Н. Гуменюк

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО

Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского

Ключевые слова: ограниченная способность к интеграции в сообщество, бездомные, психические и поведенческие расстройства вызванные употреблением алкоголя

Показателем качества государственного здравоохранения служат приоритеты помощи уязвимым группам населения с «деформацией» социального статуса, основной из которых являются психически больные с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (ОСИС) [1-7]. В понятие психически больной с ОСИС, требующий реабилитации, мы относим индивида, который чаще является бездомным – лишенного жилья и элементарных условий жизни: медицинского обслуживания (нет прописки); постоянного места работы (нет паспорта или трудовой книжки; нет работы или не берут на работу) и т.д.

К больным с ОСИС необходим особый подход и мероприятия по медико-социальной работе. Происходящее в настоящее время изменение парадигмы оказания психиатрической помощи с переходом от медицинской к биопсихосоциальной модели требует детального анализа контингента больных с определением не только клинических характеристик пациентов, но и особенностей их социального статуса и функционирования [8-12]. Это позволит определить объем необходимых психосоциальных вмешательств и достигнуть цели реабилитации – редукции психопатологической симптоматики, снижения ее отрицательного влияния и восстановления способности к независимому существованию в обществе.

Вышеизложенное определяет актуальность настоящего исследования, целью которого яви-

лось изучение особенностей социального функционирования (СФ) лиц, страдающих психическими и поведенческими расстройствами, вызванные употреблением алкоголя с ОСИС.

Материалом исследования являлись данные комплексного обследования 75 человек, страдающих алкогольной зависимостью с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Критериями включения в исследование были: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе.

Основным диагностическим методом исследования был клинико-психопатологический. В его рамках проводилось структурированное психопатологическое интервью, основной задачей которого была комплексная оценка психического статуса больного, характеристик ОСИС. Квалификацию выявляемых психических расстройств определяли на основании клинико-диагностических критериев, изложенных в руководствах, глоссариях психопатологических синдромов и состояний Международной классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10) [13]. Оценку уровня дисфункции (УД) социальных ролей проводили с помощью психиатрической шкалы ограничения жизнедеятельности Всемирной организации здравоохранения – Psychiatric Disability Assessment Schedule (2-ой раздел – выполнение социальных ролей) [14].

Результаты исследования

Средний возраст исследованных составлял $37,4 \pm 9,9$ лет, у женщин – $37,4 \pm 9,6$, у мужчин – $32,2 \pm 7,3$ года. Преобладали пациенты в возрастном диапазоне от 41-50 лет – $40,0 \pm 4,9\%$.

На момент обследования большинство боль-

ных не состояли в браке – $67,4 \pm 4,5\%$, $28,1 \pm 4,5$ – были разведены. Детей имели $14,1 \pm 1,2\%$ обследованных.

Наибольшее количество обследованных ($75,3 \pm 4,3\%$) получили среднее специальное об-

разование; $14,0 \pm 3,5\%$ – среднее; $7,30 \pm 2,6\%$ лиц – неоконченное высшее, обучались в вспомогательной школе $2,0 \pm 1,4\%$ исследованных и неполное среднее образование имели – $1,3 \pm 1,1\%$.

Показателем СФ, характеризующим социальную среду, круг общения, интересы, является профессиональная категория. Отражая профессиональную деятельность, данный показатель позволял определить социальную принадлежность и значимое окружение, в котором находится и (или) находился пациент [15]. Анализ профессии и социального положения выявил, что на момент обследования большинство исследованных ($79,3 \pm 4,0\%$) были «полуквалифицированный персонал». Профессиональная категория, имевшаяся или имеющаяся на момент исследования оценивалась в тесной связи с уровнем трудовой деятельности на протяжении бездомного существования. Такой подход дал возможность проследить динамику снижения квалификации труда и общей трудовой активности. Негативное влияние ОСИС, формируя рентные установки, проявлялось общим ухудшением трудовой деятельности. Больные не имели постоянной работы, были заняты периодическим трудом ($6,0 \pm 2,4\%$) или не работали ($94,0 \pm 2,4\%$ исследованных).

Длительность бездомного существования у обследованных к моменту исследования была весьма значительной. По результатам опроса выделены группы больных с ОСИС по срокам бездомного существования от 1 до 10 лет: до года – $1,6 \pm 1,2\%$ лиц; от 1 до 2 – $11,7 \pm 3,2\%$ особ; от 2 до 5 – $20,3 \pm 4,0\%$; от 5 до 10 – $38,3 \pm 4,9\%$ обследованных; более 10 лет – $28,1 \pm 4,5\%$.

В качестве причин, приведших к отсутствию жилья и регистрации по месту жительства чаще всего выступал семейный фактор (у $56,3 \pm 5,0\%$) и лишение свободы (у $42,2 \pm 4,9\%$ пациентов).

Анализ «жилищных» условий выявил следующие особенности: у $69,3 \pm 4,6\%$ обследованных – проживание в ЛПУ; у $24,0 \pm 4,3\%$ – ночлег у знакомых и родственников; у $6,7 \pm 2,5\%$ – на улице.

По источникам средств существования обследованные распределились следующим образом: $53,9 \pm 5,0\%$ исследованных жили за счет случайных заработков; $10,3 \pm 3,9$ – краж; $20,3 \pm 4,0$ – за счет попрошайничества и сбора бутылок, $8,7 \pm 1,2$ – на средства знакомых и родственников и $4,7 \pm 2,1$ – пенсий.

Начало употребления алкоголя до формирования ОСИС наблюдалось у $58,7 \pm 4,9\%$ обследованных. После – фиксировалось у $29,3 \pm 4,6\%$

лиц. Данное распределение начала употребления алкоголя относительно ОСИС связано со многими факторами, среди которых важнейшее значение имели: низкий духовный и культуральный уровень, отсутствие или недостаточность трезвеннических установок, слабость волевых качеств личности на фоне алкогольных влияний и традиций ближайшего окружения. Неспособность человека адаптироваться к требованиям общества и неумение использовать приемлемые способы снятия напряжения становились стержнем, на основе которого формировалась алкогольная патология.

По основному мотиву, ведущему к употреблению алкоголя, пациенты распределились на три группы. Первую группу составили исследованные, у которых не установлено связи употребления алкоголя с внутренними (субъективная коррекция эмоционального состояния) или внешними (использование алкоголя для облегчения общения) факторами. Обследованные данной группы ведущим мотивом называли появление внезапного, выраженного, непреодолимого влечения и характеризовались нами, как пациенты с немотивированным употреблением алкоголя ($64,0 \pm 4,8\%$ лиц). Во вторую группу вошли больные, которые употребляли алкоголь с целью субъективного уменьшения эмоционального напряжения, объясняя употребление алкоголя улучшением эмоционального и физического состояния. Субъективное смягчение эмоционального состояния, как основную причину употребления алкоголя, назвали $10,7 \pm 3,1\%$ исследованных. Анализ мотивов аддиктивного поведения выявил у всех пациентов наличие аффективных расстройств. В структуре аффективной симптоматики наблюдались дисфорические и депрессивные состояния. Продолжительность и выраженность «вспышек аффекта» обусловили постоянную или запойную форму употребления алкоголя. Третью группу составили обследованные, у которых аддиктивное поведение было связано с влиянием факторов социальной среды. В основе этого типа мотивации лежали неудовлетворенные потребности в общении и в выходе из одиночества. Так, в качестве коммуникативного «допинга», облегчающего функционирование в привычной социальной среде, алкоголь использовали $25,3 \pm 4,3\%$ больных.

В ходе исследования у обследованных выявлено изменение форм опьянения с истерическим, дисфорическим и эксплозивным компонентами ($p < 0,01$). Так, ранее несвойственная агрессия в сочетании с двигательной активностью и

возбуждением в состоянии опьянения обнаружены у 52,0±5,0% больных. Психопатоподобное поведение исследованных пациентов проявлялось взрывчатостью, эксплозивностью, склонностью к немотивированной агрессии, асоциальным поступкам, сочетанием аффективной уплощенности и безразличия к окружающим, склонностью к бродяжничеству.

Изменение формы опьянения с депрессивной и тревожно-фобической симптоматикой наблюдалось у 6,7±2,5% больных. Пациенты обнаруживали появление ранее не свойственных черт, а именно: настороженности, неуверенности в себе, эмоциональной лабильности в сторону тревожной недоверчивости, податливости чужому влиянию. Изменение формы опьянения в сочетании с преморбидными чертами личности в поведении больных проявлялось двигательной дисгармоничностью, угловатостью в общении. Изменение формы опьянения с чертами полиморфной истероидной симптоматики отмеча-

лось у 22,7±4,2% обследованных. В опьянении пациенты с истерическими чертами обнаруживали дисфорические и/или диспозивные проявления, а также черты эпилептоидности, проявлявшиеся эгоцентричностью, холодностью и грубостью.

В оценке клинической картины алкогольной патологии с помощью Модуля F10 у больных преобладали следующие симптомы (табл. 1): сильное желание и непреодолимое стремление употреблять алкоголь («жажда»), нарушенная способность контролировать употребление алкоголя («утрата контроля»), состояние абстиненции, толерантность (физиологическая, поведенческая или психологическая), прогрессивное сужение спектра альтернативных удовольствий, форм поведения или интересов из-за предпочтения алкоголя, психологический и соматический вред вследствие употребления алкоголя, то есть тех симптомов, которые ограничивали общение и способствовали изоляции больного.

Таблица 1

Распределение исследованных больных по симптомам злоупотребления алкоголя или зависимости от алкоголя

Симптомы	Количество исследованных	
	абс.	%±m
Сильное желание или непреодолимое стремление употреблять алкоголь («жажда»)	75	14,3±3,5
Нарушенная способность контролировать употребление алкоголя («утрата контроля»)	62	11,8±3,2
Употребление алкоголя с целью смягчения или избегания симптомов абстиненции	39	7,4±2,6
Состояние абстиненции	44	8,4±2,8
Толерантность (физиологическая, поведенческая или психологическая)	73	13,9±3,5
Сужение ассортимента спиртных напитков, которые употребляются	22	4,2±2,0
Прогрессивное сужение спектра альтернативных удовольствий, форм поведения или интересов из-за предпочтения алкоголя	66	12,5±3,3
Психологический или соматический вред вследствие употребления алкоголя	75	14,3±3,5
Постоянное употребление алкоголя, несмотря на очевидные доказательства его вредных последствий	70	13,3±3,4
Всего	75	100,0

Длительность употребления алкоголя составила 22,4±8,8 года. Большинство обследованных (78,7±4,1%) имели наследственную отягощенность алкоголизмом. Длительность синдрома за-

висимости от алкоголя составила 17,0±1,2 лет.

Распределение синдромов психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя отображено в табл. 2.

Распределение исследованных больных по синдромам психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления алкоголя

Симптомы	Количество исследованных	
	абс.	%±m
Синдром зависимости (F10.2) – в настоящее время воздержание (F10.20)	9	12,0±3,3
– активная зависимость (F10.24)	18	24,0±4,3
– постоянное употребление (F10.25)	39	52,0±5,0
– эпизодическое употребление (F10.26)	3	4,0±2,0
Делирий (F10.40)	6	8,0±2,7
Всего	75	100,0

Из представленных в табл. 2 результатов исследования видно, что злоупотребление, активная зависимость и постоянное употребление алкоголя преобладали по сравнению с другими синдромами психических и поведенческих расстройств вследствие употребления алкоголя.

При рассмотрении показателей СФ у лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя по шкале DAS выявлены следующие особенности.

Дисфункция половой роли на максимальном уровне регистрировалась у 27,3±4,5% обследованных; на серьезном уровне – у 42,7±4,9%. На очевидном – у 12,0±3,2%. Средний балл дисфункции по половой роли составил 3,3 балла, что указывало на серьезную выраженность дисфункции.

Максимальная дисфункция социальных контактов установлена у 8,0±2,7% больных; уровень очень серьезной дисфункции выявлен у 41,3±4,9% обследованных; серьезная дисфункция наблюдалась у 46,7±5,0% исследованных; очевидная – у 4,0±2,0% лиц. Средний балл дисфункции социальных контактов составлял 3,5 балла, что указывало на очень серьезный УД.

В ходе исследования установлено, что вопрос о «профессиональной роли 1» не мог быть использован у 88,0±3,2% больных. На максимальном уровне дисфункция «профессиональной роли – 1» находилась у 4,0±2,0% пациентов; очень серьезная – отмечалась у 8,0±2,7%. Средний балл по дисфункции данной роли равен 4,3 балла, что указывало на очень серьезный УД по «профессиональной роли-1».

Вопрос о «профессиональной роли-2» – заинтересованность в устройстве на работу или учебу не мог быть применен к 5,3±2,2% пациентов. Максимальная дисфункция данной роли фиксировалась у 28,0±4,5% обследованных;

очень серьезная дисфункция отмечалась у 43,8±5,0% испытуемых; серьезная – у 13,3±3,4% больных. Очевидная дисфункция определялась у 2,7±1,6% человек; минимальная дисфункция установлена у 5,3±2,2%. По показателю «профессиональная роль-2» у исследованных регистрировался очень серьезный УД (средний балл составил 3,9).

У 76,0±4,3% обследованных отмечалась максимальная дисфункция по вопросу «интересы и информированность»; у 18,7±3,9% – очень серьезная. У 5,3±2,2% больных установлена серьезная дисфункция. Средний балл по данному вопросу был равен 4,7, что соответствовало очень серьезной степени выраженности дисфункции.

При оценке поведения исследованных в нестандартных и сложных ситуациях установлено, что у 77,3±4,2% лиц вопрос не мог быть использован. Максимальная дисфункция наблюдалась у 9,3±2,9%; очень серьезная регистрировалась у 13,3±3,4% обследованных. Средний балл был равен 4,4, что соответствовало очень серьезному УД поведения в нестандартных ситуациях.

В табл. 3 представлен средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей у обследованных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя.

Средний балл выполнения социальных ролей составлял 3,9 балла. Согласно рекомендациям ВОЗ средний балл округлялся до 4, что также соответствовало очень серьезному УД.

Дисфункция максимальной степени выраженности у обследованных отмечалась в тех сферах функционирования, которые напрямую зависели от инициативы и активности больного.

Средний индекс дисфункции выполнения социальных ролей у обследованных с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя

Социальные роли	Средний балл
Участие в семейных делах	–
Роль в супружеской жизни: эмоциональное отношение к супругу /супруге	–
Брачная роль: половые отношения с супругом/ супругой	–
Родительская роль	–
Половая роль: оценивается для неженатых и тех, кто не живет с супругом/супругой	3,3
Социальные контакты -отношения вне семьи	3,5
Выполнение трудовых обязанностей	4,3
Заинтересованность в получении работы или возвращении к учебе	3,9
Увлечения и информированность	4,7
Поведение в нестандартных, трудных ситуациях	4,4
Итоговый средний балл дисфункции	3,9

Выводы. Анализ результатов исследования СФ позволил установить, что по всем сферам СФ как по частоте встречаемости, так и по степени выраженности преобладали больные с очень серьезным и максимальным УД.

Реабилитационные мероприятия для данного контингента должны базироваться на международных подходах с определением нозологической принадлежности психических рас-

стройств, уровня СФ и реабилитационного потенциала.

Система реабилитации лиц с психическими и поведенческими расстройствами, вызванными употреблением алкоголя, должна учитывать негативное влияние бездомного существования, а все ее структурные компоненты - подчиняться решению проблемы восстановления способности к интеграции в сообщество.

Л.М. Гуменюк

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ОСІБ, СТРАЖДАЮЧИХ ПСИХІЧНИМИ І ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ УНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЮ З ОБМЕЖЕНОЮ ЗДАТНІСТЮ ДО ІНТЕГРАЦІЇ У СУСПІЛЬСТВО

Кримський державний медичний університет ім. Георгієвського

У статті надано особливості соціального функціонування осіб, страждаючих психічними і поведінковими розладами унаслідок вживання алкоголю з обмеженою здатністю до інтеграції у суспільство. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2010. — № 1-2 (24-25). — С. 16-21).

L.N. Gumenyuk

CHARACTERISTICS OF SOCIAL ACTIVITY OF PERSONS WHO SUFFER FROM MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CONSEQUENCE OF DRINKING AND HAVE A LIMITED ABILITY TO INTEGRATE INTO THE COMMUNITY

Crimean State Medical University named after S.I. Georgiyevsky

The characteristics of social activity of persons who suffer from mental and behavioral disorders in consequence of drinking and have a limited ability to integrate into the community are presented in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2010. — № 1-2 (24-25). — P. 16-21).

Литература

1. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. С. Подкорытов. – Донецк : Каштан, 2004. – 247 с.
2. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України / С. І. Табачников // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журнал. – 2007. – Т.1, № 1. – С. 5–7.
3. Состояние психиатрической и психотерапевтической

- помощи в Украине / С. И. Табачников, А. К. Напреенко, В. В. Домбровская [и др.] // Психиатрия и общество : материалы конф., посвящ. 80-летию гос. науч. центра соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 5-7 дек. 2001 г. – М., 2001. – С. 184–188.
4. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. – Донецк : Лебедь, 2002. – 279 с.
5. Юрьева Л. Н. История. Культура. Психические и

поведенческие расстройства / Л. Н. Юрьева. – К. : Сфера, 2002. – 314 с.

6. Табачніков С. І. Підсумки діяльності українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України за I півріччя 2003 року. Проблеми та перспективи його розвитку / С. І. Табачніков // *Арх. психіатрії*. – 2003. – № 3. – С. 6–7.

7. Гавенко В.Л. Анализ факторов, сочетающихся с возникновением тревожной и депрессивной симптоматики у лиц молодого возраста, отбывающих наказание в колонии-поселении / В.Л. Гавенко, К.Р. Брагина, М.Н. Хаустов // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. – 2004. – №3. – С. 44–48.

8. Вид В. Д. Бригадный подход в современной психиатрической клинике и его функциональное структурирование / В. Д. Вид // *Соц. и клин. психиатрия*. – 1995. – № 6. – С. 102–105.

9. Былим И. А. Клинико-экономическая и социальная эффективность психосоциальной реабилитации хронически больных / И. А. Былим // *Рос. психиатр. журнал*. – 2007. – № 5. – С. 25–30.

10. Модели межведомственной мультидисциплинарной бригадной работы при оказании психиатрической помощи : метод. рекоменд. / сост. : А. П. Поташева, Б. А. Казаковцев, А. П. Сиденкова. – Екатеринбург : ЭКС-Пресс, 2005. – 44 с.

11. Польшваная М. Ю. Оценка качества жизни психически больных / М. Ю. Польшваная // *Арх. психіатрії*. – 2002. – № 2. – С. 5–8.

12. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра и задачи по их психосоциальной терапии и реабилитации / Е. К. Гаврилова, В. А. Шевченко, В. В. Загиев, А. Б. Шмуклер // *Соц. и клин. психиатрия*. – 2006. – № 4. – С. 11–14.

13. Гельдер М. Оксфордское руководство по психиатрии / М. Гельдер, Д. Гэт, Р. Мейо. – К. : Сфера, 1997. – Т. 1. – 299 с.

14. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva : WHO, 1988. – 96 p.

15. Леллан Т. М. Указатель профессиональных категорий Холинсхеда. Коэффициент тяжести зависимости (ASI) / Т. М. Леллан, Д. Керис, Т. Х. Коин. – 5-е изд., клин. тренинговая версия. – К., 2000. – С. 1–2.

Поступила в редакцию 15.09.2010