

УДК 616.895.4 – 053.88

*О.Н. Голоденко***ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЯМИ В ПРЕДСТАРЧЕСКОМ И ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького, Украина

Ключевые слова: социальное функционирование, социальная изолированность, депрессивные расстройства, предстарческий и пожилой возраст.

Традиционное представление об инволюционной депрессии как о затяжном аффективном психозе позднего возраста, с тенденцией к застыванию психотической симптоматики и стойкой дезадаптации больных почти не способствовало развитию социально-реабилитационных подходов применительно к этому контингенту больных [1, 2, 3].

В последние годы значительно больше внимания уделяется вопросам социального функционирования (СФ), социальной изолированности (СИ) и социально-трудовому восстановлению больных с депрессивными состояниями в пожилом возрасте [4, 5, 6, 7, 8].

Когда многие потребности ослабевают, потребность в общении, у лиц старших возрастных групп, усиливается, однако далеко не все-

гда удовлетворяется. Переживание одиночества является реакцией личности на дефицит качества и количества общения, ограничения эмоциональных и социальных связей человека. Это острый или затяжной эмоциональный стресс, сопровождающийся разрушительным и истощающим влиянием на личность с развитием нередко антивитаальных и суицидальных тенденций [9, 10, 11]. Он чаще всего развивается вследствие выхода на пенсию с утратой многих социальных связей, в результате смерти супруга или супруги, разъезда с детьми и других факторов.

Целью настоящего исследования является оценка СИ и СФ больных с депрессивными расстройствами в предстарческом (45-59 лет) и пожилом (60-74 лет) возрасте.

Материалы и методы исследования

В качестве основных инструментов исследования были использованы шкала уровня социального функционирования в различных сферах (ШСФРС), позволяющая оценить суммарный уровень СФ [12] и опросник для самооценки уровня социальной изолированности (одиночества) «Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности» (UCLA) (Д. Расселл и М. Фергюссон) [13]. СФ оценивалось по 5 уровням: 1 – хорошая/высокая способность СФ, 2 – достаточная/удовлетворительная способность СФ, 3 – ограниченная способность СФ, 4 – резко ограниченная/низкая способность СФ, 5 – крайне низкая способность функционировать в социальной

среде. СИ характеризовалась 3-мя уровнями: 1 – тах уровень СИ, 2 – средний уровень СИ, 3 – низкий уровень СИ. Социально-демографические особенности испытуемых оценивались с помощью оригинальной «Экспресс анкеты».

Обследовано 42 пациента с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в центре аффективной патологии областной психиатрической больницы г. Донецка (1 группа) и 26 человек аналогичного возраста, не имевших клинических проявлений депрессии и никогда не попадавших в поле зрения психиатров (2 группа – группа сравнения). Возраст обследованных (в основном женщины) был от 45 до 75 лет.

Результаты исследования и их обсуждение

В обеих группах преобладали женщины: 1 группа – 85,7% (36 человек), 2 группа – 84,6% (22 человека).

Все испытуемые 1 и 2 группы проживали в удовлетворительных бытовых услови-

ях (свой дом или квартира).

В первой группе пациенты предстарческого возраста составили 12 человек (28,6%), пожилого – 30 человек (71,4%). Начальное образование имели 16 человек (38,1%), среднее специ-

альное - 16 человек (38,1%), высшее – 10 человек (23,8%).

28 человек (66,7%) оценивали свое материальное положение, как неудовлетворительное. 20 пациентов (47,6%) были замужем/женаты, 14 человек (33,3%) – вдовствующие и 8 человек (19,1%) – в разводе. Одинок проживающих было 18 человек (42,9%). Холодно-формальные отношения отмечали 12 человек (28,6%). Конфликтные отношения с родственниками были у 4 человек (9,5%).

В 1 группе распределение по диагностическим категориям было следующим: органическое депрессивное расстройство (F 06.3) – 26 человек (61,9%), лица предстарческого возраста 2 человека (7,7%), пожилого - 24 человека (92,3%); рекуррентное депрессивное расстройство (F 33) – 12 человек (28,6%), лица предстарческого возраста – 8 человек (66,7%), пожилого – 4 человека (33,3%), рекуррентные депрессии умеренной тяжести (F 33.1) – 10 человек (83,3%), тяжелые с психотическими симптомами (F 33.3) – 2 человека (16,7%); депрессивный эпизод (F 32) – 4 человека (9,5%), лица предстарческого и пожилого возраста составили по 50%, умеренный эпизод (F 32.1) – 2 человека (50%), тяжелый (F 32.3) – 2 человека (50%). Инвалидность (2 и 3 группы по психзаболеванию) имели 8 человек (19,0%).

Во второй группе (группе сравнения) лица предстарческого возраста составили 20 человек (76,9%), пожилого - 6 человек (23,1%). 10 человек (38,5%) имели инвалидность 1 группы по соматическому заболеванию.

Лиц со средним специальным образованием было 14 человек (53,8%), с высшим – 12 человек (46,2%). Свое материальное положение, как неудовлетворительное, оценили 10 человек (38,5%). 12 человек (46,1%) были замужем/женаты, вдовствующих - 6 человек (23,1%), в разводе - 8 человек (30,8%). Одинок проживающих было 14 человек (53,8%). Холодно-формальные отношения отмечали 2 человека (7,7%). Конфликтные отношения с родственниками были у 6 человек (23,1%).

Практически одинаково, в процентном соотношении, оценивали свои отношения с близкими родственниками, как спокойные доброжелательные, испытуемые 1 и 2 групп – 47,6% (20 человек) и 46,1% (12 человек).

Анализируя социально-демографические показатели больных основной группы и группы сравнения, можно предположить, что лица с более низким образованием, неудовлетворитель-

ным материальным положением, вдовствующие, имеющие холодно-формальные отношения в семьях, более склонны к депрессивным расстройствам, а такие показатели, как семейное положение «разведен», одинокое проживание и конфликтные отношения в семье не влияют на аффективную сферу лиц предстарческого и пожилого возраста.

При исследовании по методике UCLA получены данные, свидетельствующие о том, что среднее арифметическое число уровня СИ (САЧ-СИ) в 1 группе не зависит от социально-демографических показателей.

Основная часть пациентов (34 человека - 81,0%) имели тах уровень СИ. В основном это были пожилые люди (26 человек - 76,5%). Среди одиноко проживающих тах уровень СИ выявлен у 14 человек (77,8%).

Все пациенты (16 человек – 100%) с начальным образованием также имели тах уровень СИ, со средним специальным – 14 человек (87,5%), а с высшим – всего 4 человека (40,0%).

Тах уровень СИ выявлен у 22 (84,6%) больных с органическими депрессивными расстройствами, у 10 (83,3%) – с рекуррентными депрессиями и у 2 (50%) - с депрессивными эпизодами. САЧ-СИ в каждой группе по диагностическим категориям также было максимальным. 6 (75,0%) пациентов, имеющих инвалидность, оценивали свой уровень СИ, как тах (таблица 1).

Во 2 группе средний уровень САЧ-СИ был у лиц со следующими социально-демографическими показателями: пожилой возраст, среднее специальное образование, неудовлетворительное материальное положение, одиночество и отсутствие инвалидности. Лица с другими социально-демографическими показателями имели тах уровень САЧ-СИ.

Тах и средний уровень СИ был выявлен практически у равного количества людей (14 человек (53,8%) и 12 человек (46,2 %), соответственно) и доля пожилых с тах уровнем СИ составила 14,3% (2 человека). Испытуемые со средним специальным образованием и тах уровнем СИ составили 6 человек (42,9%), а с высшим – 8 человек (66,7%). Одинок проживающих с тах уровнем СИ было выявлено 6 человек (42,9%). Инвалиды по соматическому заболеванию чаще оценивали свой уровень СИ, как тах (6 человек - 60,0%) (таблица 1).

Проведя анализ полученных данных по методике UCLA, можно подвести итоги: уровень СИ выше у лиц пожилого возраста, страдающих депрессивными расстройствами, в этой же груп-

пе у одиноко проживающих, у пациентов с начальным и средним специальным образованием, а также у лиц 1 и 2 групп, имеющих инвалидность. СИ в меньшей степени испытывают пациенты с депрессивными эпизодами. Уровень

СИ не зависел от пола испытуемых. Во 2 группе сильнее испытывают социальную изолированность лица с высшим образованием, а среди одиноко проживающих у большинства СИ была на среднем уровне.

Таблица 1

Выраженность среднего арифметического показателя СИ и СФ у лиц с депрессивными расстройствами в предстарческом и пожилом возрасте, в зависимости от социально-демографических особенностей

Социально-демографич. показатели		1 группа				2 группа			
		Кол-во человек		СИ	СФ	Кол-во человек		СИ	СФ
		Абс.	%			Абс.	%		
Предстарческий возраст		12	28,6	45,5*	17,3**	20	76,9	41,2*	8,3*
Пожилой возраст		30	71,4	49,4*	20,9***	6	23,1	38,7**	15,0**
Мужчина		6	14,3	49,7*	15,3**	4	15,4	43,0*	9,0*
Женщины		36	85,7	48,1*	20,7***	22	84,6	40,2*	10,0**
Образование	высшее	10	23,8	43,6*	19,4***	12	46,2	43,5*	9,8**
	среднее	16	38,1	46,9*	19,9***	14	53,8	38,1**	9,9**
	начальное	16	38,1	52,6*	20,25***	-	-	-	-
Материальное положение	Удовлетворительное	14	33,3	42,6*	18,0**	16	61,5	40,9*	11,25**
	Неудовлетворительное	28	66,7	51,1*	20,9***	10	38,5	40,2**	7,6*
Проживает в семье		24	57,1	47,75*	18,1**	12	46,2	42,2*	6,1*
Одиночество		18	42,9	44,1*	21,8***	14	53,8	39,3**	11,6**
Имеет инвалидность		8	19,0	50,25*	19,25***	10	38,5	42,6*	15,8**
Инвалидность не имеет		34	81,0	47,8*	20,16***	16	61,5	39,4**	6,1*

UCLA: * - max уровень СИ;
** - средний уровень СИ.

ШСФРС: * - хорошая способность СФ;
** - достаточная способность СФ;
*** - ограниченная способность СФ.

С помощью методики ШСФРС оценивалось СФ у пациентов предстарческого и пожилого возраста с депрессивными расстройствами и сравнивалось с уровнем СФ у лиц группы сравнения. В 1 группе хорошей/высокой способности СФ не было ни у одного пациента, пациенты с достаточным/удовлетворительным уровнем СФ составили 47,6% (20 человек) и 52,4% (22 человека) имели ограниченные способности СФ. Среднее арифметическое число уровня СФ (САЧ-СФ) соответствовало достаточному/удовлетворительному у лиц с такими социально-демографическими показателями: предстарческий возраст, мужской пол, удовлетворительное материальное положение и проживание в семье. Пациенты с остальными показателями имели САЧ-СФ на ограниченном уровне (таблица 1).

18 человек (81,8%) с ограниченными способностями СФ имели max уровень СИ, 4 человека (18,2%) – средний уровень СИ. Пациенты имеющие инвалидность в основном были на достаточном/удовлетворительном уровне СФ (75,0% - 6 человек). Одиноко проживающие пациенты, с ограниченными способностями функционировать в социальной среде, составили 12 человек (66,7%), остальные 6 человек (33,3%) имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ. Среди лиц, проживающие в семьях (муж/жена, дети) и имеющие спокойные отношения с родственниками (16 человек), 12 человек (75,0%) в социальной среде функционировали на достаточном/удовлетворительном уровне. Все пациенты (4 человека), проживающие в семьях с конфликтными отношениями с родственниками,

имели ограниченный уровень СФ.

Из общего количества пациентов (28 человек) оценивающих свое материальное положение, как «неудовлетворительное» у 16 человек (57,1%) была выявлена ограниченная способность СФ и у 12 человек (42,9%) – достаточная/удовлетворительная, а у пациентов с удовлетворительным материальным положением (14 человек): ограниченный уровень СФ – 6 человек (42,9%), достаточный/удовлетворительный – 8 человек (57,1%).

Лица с высшим образованием чаще оценивали свой уровень СФ, как «достаточный/удовлетворительный» (6 человек – 60,0%), со средним специальным – как «ограниченный» (10 человек – 62,5%), а пациенты с начальным образованием уровни СФ «достаточный/удовлетворительный» и «ограниченный» поделили поровну (по 8 человек – по 50,0%).

Все пациенты мужского пола в социальной среде функционировали на достаточном/удовлетворительном уровне (6 человек – 100%). Женщины в меньшей степени имели достаточные/удовлетворительные способности СФ (14 человек – 38,9%), большая их часть (22 человек – 61,1%) функционировала в социальной среде на ограниченном уровне.

8 пациентов (66,7%) предстарческого возраста имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ, 4 пациента (33,3%) – ограниченный. Больные пожилого возраста наоборот – большая их часть (18 человек – 60,0%) имела ограниченные способности СФ, а 12 человек (40,0%) пожилых граждан – достаточные/удовлетворительные, что свидетельствует о том, что лица предстарческого возраста чувствовали себя более комфортно в социальной среде, чем пожилые пациенты.

14 (53,9%) больных с органическими депрессивными расстройствами оценили свой уровень СФ, как ограниченный, 12 человек (46,1%) – достаточным/удовлетворительным. Пациенты (2 человека) с рекуррентными депрессивными расстройствами, текущий эпизод тяжелый имели достаточный/удовлетворительный уровень СФ, а с текущим эпизодом умеренной тяжести: 60,0% (6 человек) – ограниченный и 40,0% (4 человека) – достаточный/удовлетворительный. Пациенты (2 человека) с тяжелыми депрессивными эпизодами свое функционирование в социальной среде оценивали на достаточном/удовлетворительном уровне, а с умеренными депрессивными эпизодами (2 человека) – на ограниченном.

САЧ-СФ у пациентов (4 человека) с депрессивными эпизодами соответствует достаточному/удовлетворительному уровню, в двух остальных диагностических группах – ограниченному.

В группе сравнения СФ на хорошем/высоком и достаточном/удовлетворительном уровне было выявлено у 93,0% (24 человека) поровну и только 7,7% (2 человека) имели ограниченную способность СФ. САЧ-СФ не зависело от социально-демографических показателей, у всех испытуемых с различными социально-демографическими показателями оно было на хорошем/высоком и достаточном/удовлетворительном уровнях.

Таким образом, в отличие от пациентов основной группы, испытуемые группы сравнения оценивали свое функционирование в социальной среде на более высоком уровне. Ограниченные способности СФ были выявлены всего у 3 человек (11,5%). Это были женщины с высшим образованием, пожилого возраста, проживающие в одиночестве и являющиеся инвалидами по соматическому заболеванию. По шкале UCLA у них был выявлен тах уровень СИ. Остальные испытуемые составили практически равные группы: 12 человек (46,2%) с хорошими/высокими способностями СФ и 11 человек (42,3%) – с достаточным/удовлетворительными.

В процессе анализ показателей, получены данные, которые свидетельствуют о том, что конфликты в семьях, одинокое проживание или чувство одиночества, недостаточная материальная обеспеченность приводят к возникновению трудностей у пациентов с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте в осуществлении полноценного функционирования в социальной среде. В особенности это касается больных с хроническими депрессиями и лиц с органическими депрессивными расстройствами. Пациенты пожилого возраста менее защищены от факторов, которые снижают адаптационные возможности личности, чем лица предстарческого возраста. В меньшей степени с этими проблемами могут справляться женщины, которые более склонны к сильным эмоциональным переживаниям. Пациенты основной группы, независимо от того проживают они в семьях или являются одиночками, в большей степени испытывают состояние социальной изолированности. Значительная часть пациентов этой группы с низкими адаптационными способностями и выраженным чувством социального одиночества имели начальное или среднее специальное образование, а испытуемые 2 группы с низким СФ и высокими показателями СИ

были с высшим или средним специальным образованием. Инвалидизация, как по психзаболеванию так и по соматическому заболеванию, способствует ухудшению качества функционирования в обществе и большему отдалению от него.

В ходе проведенного исследования подтвердилось предположение о том, что у пациентов предстарческого и пожилого возраста страдающих депрессиями, показатели СИ и СФ не только ухудшаются, но и влияют на течение и длительность заболевания, что следует учитывать при проведении реабилитационных мероприятий. В проблеме реабилитации наряду с медицинскими особую зна-

чимось приобретают психологические и социальные аспекты. Психологические аспекты реабилитации способствуют реализации активизирующего влияния личности на психические и физиологические функции организма, процессы адаптации и компенсации. Социальные аспекты реабилитации охватывают многочисленные вопросы, касающиеся влияния социальных факторов на развитие и последующее течение болезни, а также на эффективность лечебных мероприятий, вопросы трудового, пенсионного законодательства, социального обеспечения инвалидов, взаимоотношения больного и общества и т.д.

О.М. Голоденко

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ХВОРИХ З ДЕПРЕСІЯМИ В ПЕРЕДСТАРЕЧОМУ І ПОХИЛОМУ ВІЦІ

Донецький державний медичний університет, Україна

За допомогою стандартизованих опитувальників шкали соціального функціонування і опитувальника для самооцінки рівня соціальної ізоляваності досліджені пацієнти з депресіями в передстаречому і похилому віці. Проведений порівняльний аналіз із групою осіб того самого віку, що ніколи не потрапляли в поле зору психіатрів. Виявлені розбіжності в здатностях функціонування в суспільстві і у відчуттях соціальної ізоляваності між хворими на депресію і особами досліджуваного віку, що не мають психіатричної патології. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2003. — № 1 (10). — С. 77-81)

О.М. Golodenko

CHARACTERISTICS OF SOCIAL FUNCTIONING OF DEPRESSIVE PATIENTS IN ELDERLY AND PRE-SENILE AGE

Donetsk State Medical University, Ukraine

Depressive patients of elderly and pre-senile age were investigated using standardized questionnaires of the social functioning rating scale and questionnaires for self-appraisal of social isolation. Comparative analysis with the group of persons of the same age, which never appealed to psychiatrists, was carried out. Differences in abilities of functioning in society and in feelings of social isolation between depressive patients and persons of the investigated age without psychopathologies had been revealed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2003. — № 1 (10). — P. 77-81)

Литература

1. Шумский Н.Г. Клиника депрессивных психозов в позднем возрасте // Автореф. дис. докт. — М., 1968.
2. Фотьянов М.И. О затяжном течении инволюционной меланхолии // Дис. канд. — М., 1965.
3. Цветкова Н.Б. Аффективные и аффективно-бредовые психозы пресенильного возраста в свете данных отдаленного катанеза // Дис. докт. — Горький, 1974.
4. Шмуклер А.Б. Особенности и динамика социального функционирования и качества жизни психически больных, находящихся под диспансерным наблюдением // Соц. и клин. психиатр. - 1988. — Т. 8, № 4. — С. 21-29.
5. Мелехов Д.Е. Социальная психиатрия и реабилитация психически больных // Основы социальной психиатрии и социально-трудовая реабилитация психически больных. — М., 1981. — С.4-14.
6. Розова М.С. Врачебно-трудовая экспертиза и проблема социальной реабилитации психически больных // IV Международный симпозиум по реабилитации психически больных. — Л., 1974. — С. 84-87.

7. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Л., 1985. — 216 с.
8. Воробьев П.А. Новые аспекты в проблеме качества жизни пожилого человека // Клиническая геронтология. -1999.-№2.-С.3-8.
9. Лабиринты одиночества. Составление, общая редакция канд. философских наук Покровского И.Е. М., «Прогресс», 1989.
10. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.В., Шещуков С.А., Колпаков А.В. // Состояния одиночества и ассоциированные с ними расстройства депрессивного спектра у лиц пожилого возраста // Клиническая геронтология. -1999.-№2.-С.37-42.
11. Балашова М.Г., Собчик Е.Ю. О превентивной работе кабинета социально-психологической помощи с контингентом лиц, переживающих одиночество // Научные и организационные проблемы суицидологии. — М., 1983. — С. 167-171.
12. Зайцев А.Б. Шкала уровня социального функционирования в различных сферах (ШСФРС). - С.-П., 1999.
13. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. — М., Изд-во Института Психотерапии. 2002. — С. 24-25.

Поступила в редакцию 16.11.03