

УДК 616.895.8.-082.4/.6-085

*Малтанар О.К.***ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОСПИТАЛИЗМА И ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Психиатрическая больница г. Ждановка

Ключевые слова: принудительное лечение, шизофрения, психическая депривация, госпитализм

В многочисленных исследованиях было показано, что долговременный характер принудительного лечения больных с психическими расстройствами сопровождается многочисленными неблагоприятными эффектами, связанными с их социальной изоляцией. Длительное пребывание в психиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе, отсутствие каких-либо полномочий, активирующих мотивационно-когнитивные процессы, оказывают не менее деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь [1, 2].

Е.Д. Красик и соавт. [3] выделяют три фактора дестимулирующего влияния условий больничной среды: полная утрата контактов с внешним миром, стереотипное бездействие, авторитарная тактика со стороны медицинского персонала. Критическим фактором госпитализации является количество времени, в течение которого пациент ничем не занят. Результатом длительного пребывания больных в таких условиях является формирование патологических связей с окружающей средой, адаптация к ее условиям, утрата индивидуальных свойств личности, что, в конечном счете, ведет к утрате способности жить вне стен больницы.

Патологическая адаптированность пациента к условиям психиатрического стационара, особенно при отсутствии мер социально-реинтеграционного характера, традиционно рассматривается с позиций госпитализма или институционализма [4, 5, 6]. Патологическая адаптация к условиям стационара проявлялась в выраженной ригидности психики и крайне упрощенном жизненном стереотипе больных. У них обнаруживается полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях в обществе, нивелируются преморбидные особенности личности. Постепенно нарастает беспомощность

в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; утраченной оказывается вся предыстория жизни человека [7, 8].

По данным разных авторов, у больных шизофренией отмечается наивысший риск формирования госпитализма [9, 10].

Длительная изоляция и депривационный характер взаимоотношений больных шизофренией с социумом при осуществлении принудительного лечения обеспечивает их оторванность от социального окружения и сопровождается формированием разнообразных состояний с общей девиантной картиной поведения [11]. Объективизация и оценка тяжести этих состояний позволяет оценить психопатологический контекст их участия в формировании депривационного синдрома.

Конкретный социокультуральный контекст долговременной изоляции больных шизофренией с учетом их социальной приспособляемости и адекватности поступков в качестве одного из важнейших аспектов предполагает не только оценку клинко-психопатологических феноменов, но и изучение границ коммуникативных возможностей пациентов в условиях дискомфорта влияния окружения. Одним из негативных последствий изоляции, как известно, является невозможность использования собственного эмоционального опыта, лежащего в основе взаимоотношений и взаимодействия в группе больных и порождающего конфликты, групповое неприятие и т.п. Наиболее частой причиной таких коммуникативных контактов является нарушение эмпатийного взаимодействия, под которым понимается контакт двух или более человек с включением в процессе взаимодействия эмпатийного компонента [12].

По мнению ряда исследователей, эмпатия рассматривается как коммуникативный навык

и как одна из составляющих просоциального поведения, ориентированного на благо другого человека или социальных групп [12]. Эмпатическая установка возникает, когда субъект ставит себя на место другого человека, занимает его позицию и требует субъективной оценки благополучия другого [13, 14].

В ситуации изоляции при проведении принудительного лечения пациент оказывается перед лицом диалектического противоречия потребности в частной жизни, персональном пространстве, и аффилиации, реализующейся путем социального проникновения [15]. С этой точки зрения, изоляция потенциально более способствует самопроявлению и удовлетворению потребности в аффилиации и эмпатии, чем открытая система [16, 17]. М. Шоу [18] также предлагает рассматривать групповое членство в малой изолированной группе как источник удовлетворения аффилиативной потребности, потребностей связанных со сферой человеческого общения. Показано, в частности, что способность личности к отражению состояния других людей к проявлению эмпатии, социальному пониманию и социальности позитивно коррелирует с положением в группе [19].

Длительное общение в изоляции при сниженной эффективности социального контроля приводит к развитию неинституционализированных форм социального взаимодействия. Практическая невозможность полного уединения, витринность проживания, неизбежность вторжения в «терри-

ториальные воды» друг друга в сильной степени влияют на состояние нервной системы и протекание межличностных процессов [20,21].

Таким образом, длительную изоляцию при осуществлении принудительного лечения психически больных можно рассматривать как пролонгированную экстремальную ситуацию, сопровождающуюся коренным изменением привычного стиля жизни человека, выведением его за пределы нормального человеческого опыта. Это позволяет априори квалифицировать состояние больных, находящихся в условиях пролонгированной социальной изоляции, как состояние психической депривации, носящей деструктивный характер и связанной с фрустрацией и другими негативными психоэмоциональными проявлениями, невозможностью реализации основных жизненных потребностей (мотивов, стремлений, ценностей, интересов и т.д.)

Целью данного исследования являлась оценка влияния длительности пребывания в психиатрическом стационаре на формирование госпитализма и психической депривации, объективизация этих состояний путем оценки базовых потребностей, основных тенденций потребности аффилиации, эмпатических тенденций, а также оценки дефицитарной симптоматики как патогенетически связанной со структурными проявлениями симптомокомплекса психической депривации у больных шизофренией в условиях принудительного лечения.

Материал и методы исследования

Было обследовано 120 больных шизофренией на базе психиатрической больницы г. Ждановка. Основная группа состояла из 70 пациентов, находящихся на принудительном лечении в стационарных условиях специализированного типа. Группа сравнения – 50 больных шизофренией в общепсихиатрических отделениях. Сравнимые группы были репрезентативны по полу и возрасту.

В ходе исследования использовались следующие методики - русская версия клинической шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms), методика диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой), методика И. М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций», опросник А. Мехрабиана.

Русская версия клинической шкалы SANS использовалась для стандартизованной оценки дефицитарных расстройств и их глубины. Оцен-

ка выраженности симптомов осуществлялась при помощи полуструктурированного интервью по шестибальной системе. Предусматривалась общая оценка по каждой субшкале и дополнительная оценка общей тяжести негативных расстройств с помощью суммирования значений оценок по всем пунктам шкалы. Методика диагностики степени удовлетворения основных потребностей (метод парных сравнений В.В. Скворцова в модификации И.А. Акиндиновой) использовалась для выявления актуальности базовых потребностей: материальных, потребности в безопасности, в самовыражении (самоактуализации). Методика И.М. Юсупова «Исследование уровня эмпатийных тенденций» применялась для исследования эмпатии, то есть умения поставить себя на место другого человека, способности к произвольной эмоциональной отзывчивости на переживания других людей. С помощью опросника А. Мехрабиана оценивались две мотивационные тенденции, функционально

взаимосвязанные и соотносимые с потребностью аффилиации: стремление к людям и боязнь быть отвергнутыми.

Для оценки достоверности различий в показателях был использован t-критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведенное исследование показало, что длительность изоляции в сравниваемых группах существенно ($p < 0,01$) отличалась: в основной группе средняя длительность изоляции больных составила $5,94 \pm 0,34$ лет, в группе сравнения сред-

ний срок пребывания в общепсихиатрических отделениях – $1,88 \pm 0,12$ месяцев.

Распределение больных по длительности пребывания в условиях изоляции приведено в таблице 1.

Таблица 1

Распределение больных по длительности пребывания в условиях изоляции (абс; %)

Основная группа (N=70)		Группа сравнения (N=50)	
Длительность лечения	Количество больных	Длительность лечения	Количество больных
До 3-х лет	29 (41,4)	До 1 мес.	27 (54,0)
4-6 лет	4 (5,8)	2 мес.	13 (26,0)
7-9 лет	22 (31,4)	3 мес.	3 (6,0)
> 9 лет	15 (21,4)	> 3 мес.	7 (14,0)

Стандартизованной оценкой дефицитарных расстройств у больных шизофренией по данным методики SANS, приведенной в таблице 2, установлено, что по кластеру «общая оцен-

ка аффективного поведения» общий уровень экспертной оценки эмоциональной выразительности достоверно выше у группы сравнения ($p = 0,039$).

Таблица 2

Результаты исследования по методике SANS в сравниваемых группах

Пункты шкалы	Группы		P
	Основная	Сравнения	
Общая оценка аффективного поведения	$2,89 \pm 0,27$	$1,34 \pm 0,19$	0,039*
Субъективная оценка алогии	$2,46 \pm 0,23$	$1,71 \pm 0,21$	0,027*
Глобальная оценка абулии-апатии	$2,74 \pm 0,21$	$1,54 \pm 0,17$	0,017*
Общая оценка ангедонии и социального ухода	$3,24 \pm 0,29$	$1,28 \pm 0,14$	0,043*
Общая оценка невнимательности	$1,84 \pm 0,24$	$1,66 \pm 0,21$	0,275

В группе длительно изолированных больных диапазон значений этого показателя соответствовал умеренной или выраженной степени тяжести и отражал значительное снижение эмоционального резонанса, отгороженность и обособленность больных. Показатель «субъективная оценка алогии» у больных основной группы свидетельствовал о снижении продуктивности и целенаправленности мыслительной деятельности, что можно объяснить тем, что длительное пребывание в стационаре детренирует познавательные возможности пациентов в связи с их социальной депривацией. Показатель «глобальная оценка абулии-апатии» у больных основной группы был достоверно выше ($p = 0,017$), чем в группе сравнения, что свидетельствует о наличии, как минимум,

умеренно выраженной симптоматики гипобулического типа. В значительной степени гипобулия связана с длительностью пребывания в специфических депривационно-агрессивных условиях психиатрического стационара. Наиболее значительные различия в сравниваемых группах относятся к общей оценке ангедонии и социального ухода. Избегание общества и неспособность поддерживать конструктивные отношения с окружающими проявляются в редукции социальных контактов и достоверно ($p = 0,043$) более выражены у больных основной группы. Нарушения внимания, как элемента когнитивного функционирования, в виде трудности в сосредоточении и концентрации у пациентов обеих групп существенно не отличались и соответствовали среднему уровню

выраженности.

Резюмируя стандартизованную характеристику клинических проявлений по данным методики SANS, следует отметить, что по абсолютному большинству пунктов шкалы у больных, находящихся на принудительном лечении, выявлены более глубокие дефицитарные нарушения, чем в группе сравнения.

Результаты проведенного исследования эмпатийных тенденций, присущих больным сравниваемых групп, позволили выявить три уровня: высокий (17 чел. - 14,2%), средний (71 чел. - 59,2%) и низкий (32 чел. - 23,6%). Распределение больных шизофренией с различной продолжительностью изоляции по уровням эмпатийных тенденций представлено в таблице 3.

Таблица 3

Распределение больных сравниваемых групп по уровню эмпатийных тенденций

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа		Группа сравнения		P
	абс	%	абс	%	
Высокий	13	18,5	4	8	P<0,05
Средний	35	50	36	72	P<0,01
Низкий	22	31,5	10	20	P<0,01

В обеих группах больных преобладает средний уровень эмпатийных тенденций (50% больных в основной группе и 72% в группе сравнения). Это соответствует нормативному распределению этого показателя. Из достоверных данных следует отметить преобладание среди больных шизофренией с долговременной изоляцией, в отличие от больных группы сравнения, как высоких, так и низких

уровней эмпатийных тенденций. В то же время при анализе показателей выраженности уровней эмпатии (табл. 4) достоверных различий в сравниваемых группах больных не выявлено. В качестве тенденции, приближающейся к значимой, можно указать на концентрацию как менее низких ($32,91 \pm 2,16$) так и наиболее высоких ($65,92 \pm 5,85$) показателей у больных основной группы.

Таблица 4

Средние значения показателей выраженности эмпатии в сравниваемых группах

Уровни эмпатийных тенденций	Основная группа	Группа сравнения
	M±m	M±m
Высокий	$65,92 \pm 5,85$	$74,5 \pm 5,07$
Средний	$48,37 \pm 0,7$	$45,39 \pm 4,04$
Низкий	$32,91 \pm 2,16$	$28,4 \pm 2,03$

Больные с низким уровнем эмпатийных тенденций, постоянно общаясь с одними и теми же людьми, характеризуются бедностью сенсорных раздражителей, перцептивных, коммуникативных и интерактивных действий. Со временем у них начинают проявляться эмоциональное напряжение, неадекватность восприятия, снижение толерантности к «значимому» окружению. Эти особенности сопровождаются снижением возможности адекватно воспринимать партнера по общению, оценивать реально происходящие события, торможением эмоционально-эмпатийных и перцептивно-рефлексивных возможностей личности. Высокие показатели эмпатии у части больных шизофренией с длительными сроками групповой изоляции и социальной депривации можно объяснить тем, что в замкнутом коллективе оттачивается способность людей понимать

эмоциональное состояние друг друга. Длительная изоляция больных в состоянии ремиссии продуктивных симптомов и необходимость приспособиваться и выживать в сложившихся условиях, предполагает наличие (как одного из защитных механизмов) тенденции к эмпатийной отзывчивости и эмпатийному взаимодействию с окружающими.

Таким образом, долговременная изоляция у больных шизофренией сопровождается общим снижением объема и разнообразия приходящих информационных потоков, количества источников коммуникации и коммуникаторов, что постепенно приводит к уменьшению коммуникативной активности как элементу успешного приспособления к существованию в обедненной, монотонной информационной среде. Оценивая низкие показатели эмпатии, а также качественные ее

характеристики у больных с длительными сроками изоляции и социальной депривации, с учетом существенной роли эмпатийных тенденций и установок в просоциальном поведении человека [13], можно прийти к выводу о низком уровне просоциальной активности у этого контингента больных, а следовательно, о большей вероятности прогнозируемого асоциального поведения, по сравнению с кратковременно госпитализируемыми больными. В то же время, модеризирующие эффекты социальной поддержки (приближение условий пребывания к «домашним», организованный досуг, возможность отправления религиозных обрядов, масштабные реабилитационные мероприятия, социальные тренинги, пен-

сионное обеспечение, возможность творческой деятельности), более широко представленные в отделении, осуществляющем принудительное лечение, по сравнению с краткосрочными госпитализациями, «смягчают» негативные последствия долговременной изоляции, способствуют повышению стрессоустойчивости больных, что можно рассматривать как один из факторов, благоприятно влияющих на возможность реализации социально-опасных действий больных шизофренией.

Данные, полученные с помощью опросника аффилиации А. Мехрабиана, относящиеся к различным уровням потребности в общении, представлены в таблице 5.

Таблица 5

Распределение больных сравниваемых групп по уровням потребности аффилиации

Группы больных	Стремление к людям		Боязнь отвержения	
	Высокий уровень	Низкий уровень	Высокий уровень	Низкий уровень
Основная группа	48 (68,5%)	22 (31,5%)	46 (65,7%)	24 (34,3%)
Группа сравнения	31 (62,0%)	19 (38,0%)	23 (46,0%)	27 (54,0%)

Анализ результатов проведенного исследования по мотиву аффилиации в сравниваемых группах существенных различий не выявил: преобладали больные с высокими показателями стремления к людям (68,5 и 62,0%). Это свидетельствует о стиле их взаимоотношений с людьми, характеризующимся уверенностью, непринужденностью, озабоченностью установлением и поддержанием нарушенных взаимоотношений с другими людьми. Мотив аффилиации коррелирует со стремлением пациентов к одобрению со стороны окружающих на основе взаимного доверия. Значительно меньшее количество пациентов обеих групп (соответственно 31,5 и 34,3%) выявили низкий уровень

стремления к людям. Такие люди характеризуются как более доминантные и подозрительные, чем лица с высокими потребностями аффилиации. По мотиву «боязнь отвержения» в основной группе больных с высоким уровнем этого показателя было значительно больше (65,7%), чем в группе сравнения (46,0%). Преобладание этого мотива у больных с проявлениями психической депривации ведет к неуверенности, скованности, неловкости, напряженности, создает препятствия на пути межличностного общения.

Распределение больных по стандартным вариантам сочетания основных тенденций потребности аффилиации показано в таблице 6.

Таблица 6

Распределение больных по стандартным вариантам основных тенденций потребности аффилиации

	Высокий уровень «стремления к людям», высокий уровень «боязни быть отвергнутым»	Высокий уровень «стремления к людям», низкий уровень «боязни быть отвергнутым»	Низкий уровень «стремления к людям», высокий уровень «боязни быть отвергнутым»	Низкий уровень развития обоих мотивов
Основная группа	31 (44,2%)	16 (22,8%)	13 (18,5%)	10 (14,5%)
Группа сравнения	16 (32%)	15 (30%)	13 (26%)	6 (12%)

Наиболее частым вариантом потребности в аффилиации явилось сочетание высоких уровней

мотива «стремление к людям» и «боязни быть отвергнутым» (44,2% пациентов основной груп-

пы и 32% больных группы сравнения). Индивид, имеющий такое сочетание высоких значений обоих мотивов, характеризуется сильно выраженным внутренним конфликтом между стремлением к людям и их избеганием, который возникает каждый раз, когда ему приходится встречаться с незнакомыми людьми. Высокий уровень развития мотива «стремление к людям», сочетаемый с низким уровнем развития мотива «боязнь быть отвергнутым» отмечается у 16 пациентов (22,8%) основной группы и у 15 (30%) больных шизофренией группы сравнения. Человек с данным сочетанием affiliационных мотивов активно ищет контактов и общения с людьми, испытывая от этого в основном только положительные эмоции. При выраженной потребности в эмоционально-доверительных контактах, характерно стремление к принятию группой, а так же тревожность и неуверенность в себе. Преобладание такого сочетания у больных группы сравнения логично объяснить их недлительным пребыванием в условиях изоляции и, следовательно, отсутствием стимульно-сенсорного дефицита и проявлений психической депривации. Сочетание высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» в совокупности с низким уровнем развития мотива «стремление к людям», выявлено у 18,5% больных основной группы и у 26% пациентов составляющих группу сравнения. Индивид, обладающий таким сочетанием обоих мотивов, активно избегает контактов с людьми, ищет одиночества. Низкая потребность в аффилиации и высокая чувствительность к отвержению означает, что в большинстве ситуаций потребность в аффилиации остается неудовлетворенной или вовсе отвергается. Меньшая представленность сочетания высокого уровня развития мотива «боязнь быть отвергнутым» и низкого уровня развития мотива «стремление к людям» у пациентов основной группы, говорит о сформировавшейся у таких больных внутренней установки на одиночество, полное выключение их из социального микроклимата окружающей их внешней среды, низком уровне эмпатийных тенденций. Сравнительно низкий процент таких пациентов, может свидетельствовать о том, что данное сочетание affiliационных мотивов формируется постепенно, по мере накопления депривационных эффектов и переходит из фазы сочетания высоких уровней обоих мотивов. Из

этого при тщательной и своевременной психологической помощи вытекает возможность предупреждения формирования данной affiliационной установки. Сочетание низких уровней развития обоих мотивов (надежды на аффилиацию и чувствительность к отвержению) свидетельствует о том, что большинство ситуаций обладают для больных лишь очень слабым позитивным или негативным релевантным аффилиации подкрепляющим действием; в этом случае они предпочитают одиночество. Приблизительная одинаковость интенсивности мотивов указывает на наличие у этих пациентов внутреннего дискомфорта напряженности, а слабая их выраженность - на отсутствие сверхзначимых отношений, а, следовательно, такой характеристики личности как созависимость. Общение при этом не имеет самостоятельной ценности и выступает в качестве средства реализации целей, ограниченных условиями психиатрического стационара. Низкий уровень развития обоих мотивов характеризует больных в ситуации межличностного общения как безразличных и незаинтересованных. Живя среди людей, общаясь с ними, они не испытывают от этого ни положительных, ни отрицательных эмоций, комфортно чувствуя себя как среди людей, так и без них. Такое сочетание affiliационных мотивов примерно в одинаковых пропорциях наблюдалось как у больных основной группы (14,5%), так и в группе сравнения (12,0%).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о сложных и разнообразных состояниях основных тенденций аффилиации в сравниваемых группах больных. К общей закономерности, характерной для обеих групп, относится преобладание больных с высоким уровнем мотивации аффилиации (мотивации общения). Однако, реализация потребности в общении, способности контактировать с людьми, быть членом группы, взаимодействовать с окружающими, предоставлять и принимать помощь из-за более высокого уровня страха отвержения значительно чаще наблюдается у больных с проявлениями психической депривации.

Анализ результатов исследования по методике диагностики степени удовлетворения основных потребностей (рис. 1) показал, что больные основной группы характеризовались полной неудовлетворенностью по всему спектру изучавшихся базовых потребностей (оценки превышали 27 баллов).

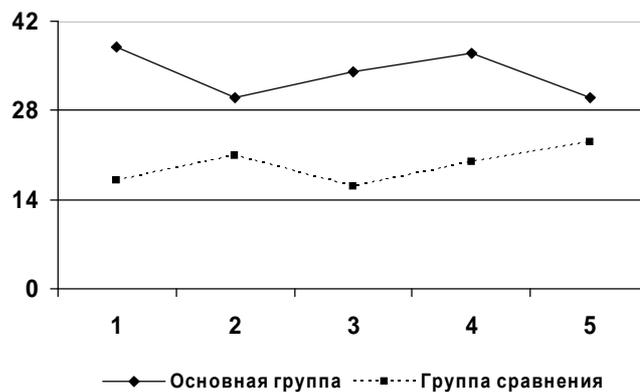


Рис. 1. Удовлетворенность базовых потребностей

Примечание: 1. Материальные потребности. 2. Потребности в безопасности. 3. Социальные (межличностные) потребности. 4. Потребности в уважении и признании. 5. Потребность в самовыражении.

Неудовлетворенность материальных потребностей (37 баллов) свидетельствовала об отсутствии нормальных условий для трудовой и иной деятельности, комфортного быта, условий для физического и интеллектуального развития, индивидуализированных занятий. Ущербность потребности в безопасности (31 балл) выражалась в отсутствии желания обеспечить свое будущее, стремления жить в относительно стабильной, безопасной и предсказуемой обстановке, чувства свободы «Я» и доверия окружающим. Неудовлетворенность межличностными отношениями (35 баллов) означала нарушение психологически приемлемых взаимоотношений с окружающими, снижение чувства взаимного интереса к другим людям, стремления к совместной деятельности и сотрудничеству. Неудовлетворенность потребности в самоуважении у больных основной группы (37 баллов) сопровождалась появлением чувства неуверенности в себе, неполноценности, беспомощности, снижением чувства собственного достоинства, полезности. Неудовлетворенность потребности в самовыражении, как наивысшего уровня потребностей человека (30 баллов), характеризовалась невозможностью реализации своего потенциала, раскрытия способностей и возможностей, проявления индивидуальных качеств, бесцельностью жизни. В группе сравнения полученные показатели статистически достоверно ($p < 0,05$) позволяют ассоциировать уровень актуальности базовых потребностей с зоной их частичной неудовлетворенности (оценки в пределах 16-25 баллов), а, следовательно, со значительно меньшей их редукцией у больных с кратковременными сроками госпитальной изоляции.

Таким образом, полная неудовлетворенность базовых жизненных потребностей в основной

группе больных шизофренией в условиях длительной изоляционно-экстремальной ситуации позволяет объективизировать у них состояние психической депривации. В то же время частичная неудовлетворенность базовых потребностей у больных группы сравнения свидетельствует об отсутствии достаточных оснований для диагностики у них депривационного синдрома. Это делает корректным проведение сравнительного анализа результатов исследования в этих группах.

Проведенное исследование позволило сделать вывод о негативном влиянии на базисные психические функции больных длительных сроков изоляции. Это дает основание рассматривать выявленные различия тяжести психопатологических симптомов не как проявление патодинамических особенностей заболевания (обследовались репрезентативные группы больных), а как результат их длительной изоляции и социальной депривации. Длительная изоляция больных в психиатрическом стационаре за счет нарастания боязни отвержения существенно угнетает коммуникативные потребности больных (потребности во взаимоотношениях с другими людьми и в принадлежности к социальной общности). Уровень эмпатийных тенденций в данном исследовании не являлся надежным критерием про- или асоциального поведения. Его следует учитывать в комплексе с другими личностно-психологическими особенностями и ресурсными возможностями больных.

Таким образом, длительная социальная изоляция в психиатрической больнице и сопряженные с ней трудовая незанятость, ограничение социальных контактов, социальная незащищенность, дискриминация способствуют снижению у пациента круга общения, потере автономии, невостребованности, фрустрации наиболее значи-

мых потребностей личности. Это, в конечном счете, приводит к усилению «негативных» симптомов, таких как бедность речи, социальная отгороженность, апатия, отсутствие побуждений, а также к формированию малообратимых изменений «нравственной конституции» пациента.

Малтапар О.К.

ВЛИЯНИЕ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ПРЕБЫВАНИЯ В ПСИХИАТРИЧЕСКОМ СТАЦИОНАРЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ГОСПИТАЛИЗМА И ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Психиатрическая больница, г. Ждановка

Ключевые слова: принудительное лечение, шизофрения, психическая депривация, госпитализм.

Проведенное исследование раскрывает негативное влияние на базисные психические функции больных длительных сроков изоляции, при помощи стандартизированной характеристики доказана роль длительности пребывания в психиатрическом стационаре на формирование госпитализма и психической депривации у больных шизофренией. В статье показано, что длительная социальная изоляция больных в психиатрическом стационаре и сопряженные с ней трудовая беззанятость, ограничение социальных контактов, социальная незащищенность, дискриминация способствуют снижению у пациента круга общения, потере автономии, невостребованности, фрустрации наиболее значимых потребностей личности, за счет нарастания боязни отвержения существенно угнетает коммуникативные потребности больных, что в конечном счете, приводит к усилению «негативных» симптомов, а также к формированию малообратимых изменений «нравственной конституции» пациента. Проведенное исследование показало необходимость разработки и внедрения системы психокоррекции негативных эффектов психической депривации у больных шизофренией с длительными сроками социальной изоляции, находящихся на принудительном лечении. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2017. — № 3 (39). — С. 37-45).

Maltapar O.K.

THE INFLUENCE OF THE DURATION OF STAY IN THE PSYCHIATRIC STATIONARY ON THE FORMATION OF HOSPITALISM AND MENTAL DEPRIVATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Psychiatric Hospital, Zhdanovka

Key words: compulsory treatment, schizophrenia, mental deprivation, hospitalism.

The study reveals the negative impact on the basic mental functions of patients with long periods of isolation, with the help of a standardized characteristic, the role of the length of stay in a psychiatric hospital on the formation of hospitalization and mental deprivation in patients with schizophrenia is proved. The article shows that prolonged social isolation of patients in a psychiatric hospital and associated labor unoccupied with it, restriction of social contacts, social insecurity, discrimination contribute to a reduction in the patient's circle of communication, loss of autonomy, lack of demand, frustration of the most important needs of the individual, due to the growing fear of rejection. Significantly inhibits the communicative needs of patients, which ultimately leads to an increase in "negative" symptoms, as well as to the formation of small reversible change "moral constitution" of the patient. The study showed the need to develop and implement a psycho-correction system for the negative effects of mental deprivation in patients with schizophrenia with long periods of social isolation who are under compulsory treatment. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2017. — № 3 (39). — P. 37-45).

Литература

1. Harding C.M. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? / C.M. Harding, J. Zubin, J.S. Stans // Hospital and Community Psychiatry. — 1987. - № 38. — P. 477-486.
2. Anthony Psychiatric rehabilitation / W. Anthony, M. Cohen, M. Farkas. — Boston, 1994. — 278 p.
3. Красик Е.Д. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты) / Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович. — Томск, 1983. — 134 с.
4. Lamb H.R. Lessons learned from deinstitutionalization in the US / H.R. Lamb // Rr. J. Psychiatry. - 1993. - № 162. — P. 587-592.
5. Абрамов В.А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов. — Донецк: Лебедь, 2002. — 279 с.
6. Абрамов В.А. Клинические, социальные и психологические аспекты принудительного лечения больных шизофренией / В.А. Абрамов, Ю.В. Никифоров, А.К. Бурцев, А.В. Абрамов. — Донецк: ООО «Лебедь», 2003. — 211 с.
7. Путятин Г.Г. Психосоциальная и психотерапевтическая коррекция госпитализма у больных шизофренией и оценка ее эффективности / Г.Г. Путятин // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2009. - № 3 (23). — С. 3-12.
8. Абрамов В.А. Госпитализм у больных шизофренией / В.А. Абрамов, Г.Г. Путятин, Е.М. Денисов. — Донецк, 2010. — 181 с.
9. Thornicroft G., Translating ethical principles in to outcome measures for mental health service research / G. Thornicroft, M. Tansella // Psychological Medicine. — 1999. - № 29. — P. 761-767.
10. Folsom D. Schizophrenia in homeless persons: a systematic review of the literature / D. Folsom, D.V. Jeste // Acta Psychiatr. Scand. — 2002. — Vol. 105, № 6. — P. 404-413.
11. Золотарева О.С. Влияние депривации на развитие Я-концепции детей подросткового возраста: автореф. дис... канд. псих. наук. / Золотарева О.С. — Астрахань, 2007. — 21 с.
12. Иган Дж. Базисная эмпатия как коммуникативный навык / Дж. Иган // Журнал практической психологии и психоанализа. — 2001. — № 1. — С. 34-38.
13. Соболев С.И. Роль эмпатийной установки в просоциальном поведении в теории Д. Батсона / С.И. Соболев // Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии. — М.: Эксмо, 2013. — № 33. — С. 175-179.
14. Тарасова Л.Н. К проблеме просоциального поведения в русской философской мысли / Л.Н. Тарасова // Сборник трудов SWorld. — 2013. — Т. 24, № 3. — С. 43-46.
15. Altman I. Dialectic conceptions in social psychology: an application to social penetration and privacy regulation / I. Altman, A. Vinsel, B. Brown // Advances in experimental social psychology. — N.Y., 1981. - Vol.14.
16. Taylor M.A. Environment and interpersonal relationship: privacy, crowding and intimacy / M.A. Taylor // Small groups and social interaction. — London, 1983. - Vol. 1.

17. Harrison A. Groups in exotic environments / A. Harrison // *Advances in experimental social psychology*. - 1984. - № 18. - P. 49-87.

18. Shaw M. Group dynamics, the psychology of small group behavior / M. Shaw. - N.Y., 1971.

19. Кричевский Р.Л. Психология малой группы / Р.Л. Кричевский, Е.М. Дубовская. - М.: Аспект - Пресс, 2001. - 318 с.

20. Новиков М.А. Психофизиологические и экпсихологические аспекты межличностного взаимодействия в автономных условиях / М.А. Новиков // *Проблема общения в психологии*. - М.: Наука, 1981.

21. Гуцин В.И. Закономерности дистанционного общения изолированных малых групп в долговременной изоляции: автореф дис... д-ра наук / Гуцин В.И. - М., 2003. - 268 с.

Поступила в редакцию 16.05.2017