

УДК 616.895.-8-082.4

*В.А. Абрамов, Г.Г. Пуятин, А.В. Абрамов***ПСИХИЧЕСКИЙ ДЕФЕКТ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПРОБЛЕМА ГОСПИТАЛИЗМА**

Донецкий Национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психический дефект, шизофрения, госпитализм

Психический дефект при шизофрении, являясь одним из наиболее характерных клинических признаков, в то же время определяет и уровень адаптивных ресурсов, и особенности приспособительного поведения больных. Эволюция взглядов на различные аспекты этой проблемы затрагивает не только прогресс в области клинической и социальной психиатрии, но и динамические процессы, происходящие в системе организации психиатрической помощи.

Под понятием «шизофренический дефект» принято понимать тот след, изъят в душевной жизни больного, который остается после перенесенного психоза [1]. Развитие шизофренического процесса в направлении дефекта психики, ее дефицита, упадка относится до сих пор к числу основных диагностических признаков этого заболевания [2]. Уже в первоначальных формулировках, данных Grezinger, Kraepelin, С.С. Корсаковым и другими основоположниками психиатрии, понятие дефекта использовалось в качестве обобщенной личностной оценки исхода заболевания. Дефект определялся через единство своих конституционально-биологических, клинических, личностных и социальных проявлений. В основу понятия «дефект» вкладывались проявления аффективного опустошения (Kraepelin), «первичной недостаточности психической активности» (Berze), «гипотонии сознания» (Esser A.), обеднения побуждений и импульсов (Meuer-Gross), нарушения последовательности ассоциаций (E. Bleuler), диссоциации, дезинтеграции личности (Eу H.), аутизма и парадоксальности поведения (Minkowsky). С.С. Корсаков понимал дефект как «выражение психической слабости, более или менее значительного упадка душевной жизни... личность становится не такой, как была до болезни, утрачиваются энергия, предприимчивость, способность к активной борьбе».

В лексиконе психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (ВОЗ,

2001) приводятся следующие определения понятий, характеризующих стойкие изменения личности при шизофрении:

- снижение по шизофреническому типу (schizophrenic deterioration): прогрессирующее снижение адаптивных когнитивных способностей, произвольных волевых и эмоциональных реакций, мотивации, социальных навыков, которое имеет место у части больных шизофренией спустя различные периоды времени после начала болезни.

- дефект (defect): стабильное, необратимое ухудшение любой психической функции (например, когнитивный дефект), общего развития психических способностей (психический дефект) или доминирующего паттерна мышления, чувствования, поведения, определяющего особенности личности.

В середине двадцатого века подавляющее большинство психиатров определяли дефект при шизофрении как явление внутренней психической диссоциации, разлада, утраты естественности, легкости, гармоничности в течении психических процессов, как появление эмоциональной дисгармоничности, потерю живости, активности, синхронности инициативности, т.е. как явление диссоциации ряда высших корковых функций. Однако, если Т.И. Юдин [4] считал, что дефект начинает формироваться с самого начала заболевания, то О.В. Карбиков [5], Е.А. Попов [6], Д.Е. Мелехов, [1] рассматривали такую возможность на более поздних его этапах.

В большинстве клинических исследований [7, 8, 9] формирование дефекта рассматривается как последовательная цепь негативных изменений, начинающихся с малозаметной деформации личностного склада и постепенно, по мере распространения на более глубокие слои психической деятельности, утяжеляющихся за счет нарушения интеллектуального уровня, расстройств мышления, общего снижения психи-

ческой активности. Другие авторы рассматривают шизофренический дефект в свете концепции К. Conrad [10] о редукции энергетического потенциала, которая на клиническом уровне наиболее полно развита G. Huber [11]. В рамках этой концепции понятие редукции энергетического потенциала идентифицируется с основными проявлениями шизофренического дефекта. В качестве негативных изменений здесь рассматривается лишь изолированная «потеря силы напряжения», при которой утрачивается тонус поведения и всех действий, устремленность к цели, происходят снижение побуждений, сужение круга интересов. В соответствии со взглядами G. Huber, при шизофрении в рамках негативных (необратимых) изменений поражается в первую очередь или даже исключительно звено высшей нервной деятельности, ответственные за психическую активность (потеря спонтанности, побуждений, инициативы, снижение витальности и концентрации внимания).

### ***Структура и клинические формы шизофренического дефекта.***

Только в русскоязычной литературе насчитывается более 15 классификаций шизофренических негативных расстройств и вариантов дефекта. [13, 14, 15].

В частности, Г.Е. Сухарева [13] описала три формы структурных нарушений при дефекте: астеническую, характеризующуюся угасанием психической живости и активности, выраженным падением психического тонуса, сужением интересов и снижением побуждений; тоническую с недостаточной гибкостью и подвижностью личности, ригидностью психики, со склонностью к стереотипам в мышлении, и дистоническую с нарушением единства реакций личности, нарушением целенаправленной активности и способности к адекватной саморегуляции.

На основе многолетних наблюдений за больными шизофренией в условиях внебольничной психиатрической помощи, диспансерах и лечебно-трудовых мастерских, Д.Е. Мелехов [1] выделяет 7 основных типов проявлений дефекта. Астенический тип дефекта характеризуется стойким снижением психического тонуса, ослаблением волевых усилий, выраженной тенденцией к самоощажению, крайней ранимостью и невыносимостью в отношении любого (физического и психического) напряжения. Апатико-абулический тип дефекта проявляется в значительном снижении активности и инициативы как в действиях, так и в мышлении, вялостью, пассивностью, нередко сопровождающихся пси-

хомоторной заторможенностью, слабостью волевых усилий и побуждений. Целенаправленная деятельность возможна лишь тогда, когда она стимулируется и регулируется внешними побуждениями, сохранившимися избирательными интересами либо чисто биологическими потребностями. Синдром лабильности волевого усилия и дезорганизации целенаправленной активности (дистонический, по Г.Е. Сухаревой) характеризуется выраженными проявлениями шизофренического «расщепления», невозможностью упорядоченного поведения, нарушениями целенаправленной активности, начиная от лабильности, неустойчивости волевого усилия и заканчивая полной дезорганизацией поведения, мышления и речи. Синдром монотонной активности и ригидности аффекта (тонический, по Г.Е. Сухаревой) определяется ригидностью, косностью мышления и аффектов, стереотипностью и монотонностью поведения. При относительной сохранности уровня психической энергии у больных наблюдается значительное изменение эмоциональной сферы: они эмоционально уплощены, ригидны в своих узких интересах и привязанностях, стереотипны и монотонны в работе. Псевдоорганический синдром характеризуется не столько расстройствами аффективности и целенаправленной активности, сколько нарушениями запоминания, процессов усвоения нового опыта, новых навыков. Нередко наблюдается сужение объема внимания, снижается способность переключать внимание с одного объекта на другой. Психическая деятельность теряет свою гибкость, пластичность, становится медлительной, тугоподвижной, однообразной. При параноидном типе дефекта ведущим является наличие резидуальных бредовых переживаний, влияющих на поведение больных в обществе и трудовом коллективе. Наконец, при психо-патологических состояниях на первый план выступают характерологические изменения. В одних случаях они проявляются в гневливости, возбудимости, высокой конфликтности на работе и в быту, в других случаях – в сутяжничестве и в склонности к сверхценным образованиям.

N.C. Andreasen [113] выделяет 5 типов негативных расстройств при дефекте: эмоциональное уплощение, характеризующееся общим падением эмоциональной интенции, отсутствием восприятия аффекта, обеднением моторики; абulia-апатия, проявляющиеся в снижении энергетического уровня личности, отсутствии упорства на работе или в учебе, физической энергии; ан-

гедония – социальная отчужденность, выражающиеся в неспособности ощутить удовольствие от той деятельности, которая обычно его приносит, выраженном сужении круга интересов, уменьшении способности ощутить близость и интимность, алогия; характеризующаяся обеднением речи, ее чрезмерной краткостью, односложностью, либо смысловой нечеткостью, туманностью, «пустым философствованием», медлительностью и стереотипностью мышления; нарушения внимания, проявляющиеся в трудностях концентрации внимания, его неустойчивости, повышенной отвлекаемости.

На основе клинико-катамнестических исследований Г.В. Логвинович [16] разработал систематику проявлений шизофренического дефекта, учитывающую сферу поражения (эмоциональную, волевою, ассоциативную), глубину и характер (симптомы «выпадения» и симптомы «искажения») негативных расстройств. В эмоциональной сфере негативные изменения проявляются в уплощенности аффекта, эмоциональной монотонности, обедненности, невыразительности мимики и жестикуляции (симптомы «выпадения») или в парадоксальности, неадекватности, амбивалентности аффектов, ригидности и вязкости эмоций (симптомы «искажения»). Негативные нарушения в волевой сфере проявляются либо в редукции энергетического потенциала, снижении продуктивности и волевой активности (симптомы «выпадения»), либо в ранее несвойственных формах двигательно-волевой активности, вызванных искажением различного рода потребностей, побуждений и влечений (симптомы «искажения»). Наконец, в ассоциативной сфере негативные изменения проявляются либо в снижении продуктивности интеллекта, обеднении речи, стереотипности и скудности мышления (симптомы «выпадения»), либо в резонерстве, паралогичности и амбивалентности мышления, нарушениях избирательности познавательных процессов с актуализацией латентных, случайных признаков предметов (симптомы «искажения»).

G. Huber et al. [12], G. Gross et al [17] описывают 6 групп близких субстрату «базисных» симптомов, составляющих основу шизофренических дефектных состояний, в частности непосредственные проявления динамического дефицита в виде снижения энергетического потенциала, истощаемости, уменьшения выносливости к нагрузкам, ангедонии, редукции побуждений и интересов.

В российском руководстве по психиатрии под

редакцией А.С. Тиганова [18] в качестве наиболее характерных для шизофрении негативных изменений выделяется дефект типа фершробен и простого дефицита. В качестве одного из главных признаков дефекта типа фершробен выступает «патологическая аутистическая активность» (по E. Minkowsky), сопровождающаяся вычурными, не согласующимися с конвенциональными нормами нелепыми поступками, отражающими полный отрыв как от действительности, так и от прошлого жизненного опыта. Происходит распад критических функций, осознания собственной индивидуальности. Черты странности, чужаковатости и парадоксальности отчетливо выступают не только в суждениях и поступках больных, но и накладывают отпечаток на их быт. Характерны пренебрежение правилами личной гигиены, неестественность, угловатость мотормики, эмоциональное огрубение, редуцируются черты сензитивности и ранимости, родственные чувства, склонность к внутреннему конфликту, грубо нарушается нюансировка межличностных отношений.

У больных с дефектом типа простого дефицита сокращение объема психической деятельности сочетается с явлениями «астенического аутизма» [19]. Неотъемлемым признаком дефекта этого типа является интеллектуальное снижение: затруднение в образовании понятий и в их вербализации, снижение уровня обобщений и способности к логическому анализу, нарушение актуализации собственного опыта и вероятностного прогнозирования. Обеднение ассоциативных связей, медлительность значительно затрудняют профессиональную деятельность и ограничивают активность. Пропадает стремление к общению, утрачиваются прежние интересы, целеустремленность, больные становятся пассивными, безинициативными.

#### ***Нейрокогнитивный дефект у больных шизофренией.***

Когнитивное снижение (дефицит) у больных шизофренией проявляется в умеренном снижении базовых информационных процессов (память, внимание) и исполнительных функций – составление и выполнение планов, решение новых проблем, требующих привлечения прежних знаний [20-23]. Такие специфические дефициты когнитивных функций лимитируют, прежде всего, область реального функционирования больных, в том числе способность вырабатывать адекватные социальные навыки. Возможно, как считает А.С. Bellas [24], осознание собственной болезни и способности исполнять требуемое

лечение на регулярной основе также связано с аспектами когнитивного функционирования.

Традиционно считалось, что когнитивный дефицит становится очевидным только у пациентов, давно болеющих шизофренией. Предполагалось, что первичные психотические эпизоды могут быть нейротоксическими, что и ассоциируется в дальнейшем со снижением когнитивных функций. Однако в последние годы эта точка зрения кардинально изменилась. Показано, что снижение когнитивного функционирования присутствует у нелеченных пациентов, не являясь результатам прогрессирования или хронизации заболевания, а также влияния медикаментов [25]. Более того, появились многочисленные данные, свидетельствующие о том, что когнитивное снижение предшествует развитию эндогенного процесса и по существу представляет собой генуинное нарушение течения информационных процессов. Этот вывод основан на исследованиях, сопоставляющих нейропсихологические данные «здоровых» лиц, у которых в последующем развилась шизофрения. В частности, при тестировании детей, у которых в дальнейшем регистрировалось эндогенное заболевание, обнаруживали значительные нарушения в выполнении вербальных и невербальных когнитивных тестов, а также при арифметическом счете [26]. В другом исследовании [27] были обследованы 50 тыс. мужчин, призванных на срочную службу. В дальнейшем у 195 субъектов развилась шизофрения. При этом факторами риска ее развития являлось отчетливое снижение исполнительных функций и IQ.

Нейрокогнитивная недостаточность у этой категории пациентов характеризуется формальным стремлением к познанию, слабостью активного внимания, ригидностью ассоциативной деятельности, нарушением концентрации, уязвимостью абстрактно-логического мышления, бедностью достижений, а также множественными нарушениями, касающимися выполнения повседневных бытовых действий, социальных профессиональных обязанностей и адаптации в обществе в целом. Это согласуется с исследованиями о сопряженности когнитивного дефицита с недостаточным уровнем преморбидной социализации больных шизофренией [25, 28-30]. Следует также отметить, что преморбидные искажения когнитивной деятельности рассматриваются в качестве индикаторов начальных негрубых изменений ассоциативных процессов, отражающих генетическую предрасположенность к шизофрении [31].

Недостаточная социализация (сужение зон социализации) больного к началу заболевания искажает процессы его дальнейшего психосоциального развития. Формирование у него феномена заученной негибкости, представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (*coping strategies* по L.I. Pearlin et al., [32]), обуславливает неспособность к эффективному социальному функционированию и содействует формированию дезадаптивных (регрессивных) типов приспособительного поведения, предопределяющих в конечном счете, социальную несостоятельность пациента, вторично утяжеляющую уровень проявлений болезни. Даже при значительном улучшении клинической симптоматики отсутствие у этих больных минимального опыта интеграции в различные социальные структуры, низкий уровень общей социальной и коммуникативной компетентности играли решающую роль в возникновении затруднений при достижении оптимального уровня социального функционирования.

Практически все исследователи сходятся во мнении, что уровень нейрокогнитивного функционирования больных шизофренией непосредственно связан с уровнем их социальной адаптации. Способность решать ежедневные жизненные проблемы, как показали в своем исследовании D.J. Vellingan et al., [33], имеет при шизофрении низкую корреляцию с симптоматикой заболевания. Снижение социальной адаптации связано с трудностями в решении интерперсональных проблем – ключевым аспектом социального функционирования [34]. Когнитивный дефект распространяется на три вида навыков: восприятие или расшифровка (идентификация или артикуляция комплекса элементов проблемы), обработка или принятие решения (цельный адекватный ответ на проблему), посылка или кодирование (последовательное представление одного из этих ответов в социально адекватной форме). Как известно, навыки восприятия, обработки и кодирования тесно связаны с уровнем когнитивного функционирования, особенно с чувствительностью к интерперсональному сигналу, бдительностью, когнитивной лабильностью, качеством понятийного аппарата, краткосрочной памятью.

Вопрос о взаимосвязи нейрокогнитивного дефицита с уровнем социальной адаптации больных шизофренией представляется чрезвычайно важным, так как точкой приложения усилий многих психиатров становится не только умень-

шение выраженности позитивной и негативной симптоматики, но и улучшение показателей когнитивного функционирования таких пациентов, в т.ч. посредством выбора наиболее эффективного во всех отношениях нейролептика.

### ***Особенности психической адаптации при шизофреническом дефекте личности***

Состояние психического дефекта сопровождается переструктурированием индивидуальной онтогенетической нормы адаптации пациента в направлении регресса личности и оскудения способности к адаптивному социальному поведению. Нарушения адаптации проявляются в возникновении несоответствия функциональных возможностей организма условиям существования. Клинически это выражается в появлении дисфункциональных состояний на различных уровнях жизнедеятельности пациента, включая сферу его социального функционирования и психологических ресурсов. При этом, как отмечал еще Л.С.Выготский [35], клиническая картина этих состояний не может быть понята как непосредственно вытекающая из деструктивных последствий болезни, а должна рассматриваться и как сложная реакция личности на разрушительный для нее процесс. К этому можно добавить и существенное влияние окружающей среды на процесс структурирования и динамику психического дефекта при шизофрении, а также на уровень адаптивных возможностей пациента.

Уменьшение функциональных возможностей пациентов, процесс «угасания» отдельных психических функций происходит неравномерно и индивидуально у каждого из них. Как отмечает А.В.Снежневский [36], стабилизация процесса при шизофрении, обычно наступающая после 3-4 приступа, как правило, не сопровождается дальнейшим углублением дефицитарной симптоматики. А нарастание у многих пациентов тяжести психического дефекта можно рассматривать в контексте формирования и углубления симптомов патологической адаптации больных к десоциализирующим условиям в микросоциальном окружении, в том числе к условиям больничной среды при длительном содержании их в психиатрическом стационаре. Возникающие в этих условиях затруднения в реальной жизни приводят к накоплению негативного социального опыта больного и способствуют формированию у него аутистических установок, искажению индивидуального коммуникативного баланса. При этом, по нашему мнению, обратимость симптоматики и возможность возвращения психи-

ческого состояния к исходному уровню определяются не только действием патогенных стимулов, но и индивидуальными особенностями компенсаторных механизмов, и влияниями окружающей среды. Существенное значение имеют и адаптивные ресурсы пациента, в частности, уровень его преморбидной социализации.

Процесс приспособления психической деятельности человека к условиям и требованиям окружающей среды принято называть психической адаптацией [37]. Более полным является представление о психической адаптации как выражении системной деятельности многих биологических и психологических подсистем [38], активной личностной функции, обеспечивающей согласование актуальных потребностей индивидуума с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни [39].

Принято считать, что психическая адаптация состоит из трех блоков (биологического, психологического и социального), соответствующих представлению о трех условиях психической регуляции [40]. В системе психологического блока психической адаптации наиболее существенными психологическими факторами являются мотивационная система [41], психологическая компенсация или защита [42] и социальная компетенция [41].

В механизмах формирования психического дефекта при шизофрении участвуют как повреждающие патогенные факторы, так и компенсаторные механизмы. Компенсация – реакция организма на препятствие к адаптации [43], призванная сохранять целостность и жизненно важные функции организма, возмещая функциональную недостаточность поврежденных элементов системы деятельностью неповрежденных элементов [44]. Компенсаторные механизмы используют более высокие системные уровни психического функционирования, в т.ч. личностные ресурсы пациента для его адаптации к новым условиям.

Следует отметить, что в процессе компенсации используются как собственные возможности организма, так и влияние окружающей среды, которые концептуально могут быть представлены разнообразными системно ориентированными компонентами реабилитационного вмешательства, направленного на коррекцию неэффективных форм «психологической защиты»: вытеснение из содержания сознания, инкапсулирование психопатологического содержания сознания, бредовая фиксация, дезактуализация, вытеснение, амальгамирование [45-46].

Во внешних проявлениях клинической картины эти неполные формы личностной переработки могут приводить к регрессивному или аутистическому поведению, к застывшему отождествлению с ролью больного, к снижению уровня социальной адаптации, формированию «особого модуса приспособления больного к условиям его жизни» [47].

На основе клинического опыта и концепции социальной компетентности, К.Вайзе и соавт. [48] в генезе многих психопатологических проявлений дефицитарного регистра (потеря побуждений, аутистическое поведение, эксцентричность и др.) усматривают связь с неадекватными формами психологической компенсации.

1. Нарушения перцептивного поведения («мистификация действительности»). Такой механизм защиты сопровождается существенным расхождением между самооценкой и оценкой со стороны, изоляцией пациента в социальном пространстве, его исключением из интерперсональных взаимоотношений, деформацией и регрессом личности. Следствием являются прогрессирующая потеря контроля над реальностью, недооценка или искаженная оценка фактической ситуации и собственной жизнедеятельности.

2. Фасадные нарушения продуктивного поведения. На фоне реалистической оценки собственной личности и своего социального поведения формируются аутистические жизненные установки и нарушается способность действовать, т.е. диспозиция к продуктивному поведению.

3. Изменения представления о своей личности и способности к рефлексии. Они проявляются преимущественно в неадекватной оценке фактической важности конфликтного переживания и игнорировании связанных с конфликтом устремлений и потребностей.

Значение названных механизмов психологической компенсации связано не только с тем, что формирование многих из них не осознается и это затрудняет их выявление, но и с тем, что временное искусственное равновесие, создаваемое ими, блокирует образование здоровых адаптивных механизмов и возможности перехода больного на более высокий уровень социального функционирования.

Отправной точкой для теоретического обоснования сущности психологической компенсации при шизофрении может быть сфера интерперсональных отношений, обеспечивающая возможность эффективно взаимодействовать с окружающим миром, которую обозначают как

социальную компетентность [49]. Понятие, «социальная компетентность» использует широкий спектр характеристик социального функционирования больных, определяемых как «психосоциальная приспособляемость» [50-52]. Она оценивается по наличию или отсутствию дефицитарности в сферах психического и социального функционирования [53-54].

В сходных определениях понятия «социальная компетентность», так или иначе связанных с возможностью эффективно взаимодействовать с окружающим миром, в рамках шизофренического процесса, внимание обращается или на возможность использования социальных ролей и способность соответствовать ролевым ожиданиям [55, 56], или на комплекс интрапсихических условий для эффективного взаимодействия с социальным окружением [57], или на способность к преодолению многочисленных социальных проблем [58].

Существенными структурными компонентами социальной компетентности, грубо нарушающимися при шизофреническом дефекте, являются коммуникабельность, способность к самореализации и принятию решений, а также формированию адекватного представления о себе. При этом перцептивные элементы поведения проявляются прежде всего в форме контактности, продуктивные – в способности к самоутверждению и самореализации, рефлексивные – в собственном представлении о себе [59, 60].

Недостаточность социальной компетентности – это вторичное патологическое явление, которое является следствием негативных или дефицитарных симптомов [61-62]. При этом наибольший дефицит в сфере социального функционирования имеют пациенты с недостаточной преморбидной социальной компетентностью и нарушенными социальными связями. Однако другие авторы [63], напротив, утверждают, что социальная компетентность мало зависит как от позитивных, так и от негативных симптомов.

Элементами низкой социальной компетентности, не дающими больным шизофренией продуктивно адаптироваться в социуме, являются: мотивационная недостаточность, когнитивно-перцептивный дефицит, ограничивающий возможность приобретения социальных навыков, необходимых для социальной интеграции, снижение произвольной регуляции деятельности, снижение регулятивных функций смысловых установок и социальных норм, часто сочетающееся со снижением способности прогнозировать последствия своих действий [59, 64-66].

### ***Шизофренический дефект и нейролептики.***

Антихолинергический профиль нейролептиков, а также назначаемые дополнительно антихолинергические препараты являются факторами, усугубляющими когнитивный дефицит. Особенно страдают в этом случае краткосрочная память и исполнительские функции. Амнестический эффект, наблюдающийся у леченных больных шизофренией, связывают с антихолинергическими свойствами нейролептиков и антипаркинсонических средств.

Специальные исследования, проведенные Вовиным Р.Я., Гуровичем И.Я., Красик Е.Д., Логвинович Г.Е., [67-69] показали, что такие симптомы, как уплощение аффекта, абулия, эмоциональная отгороженность, обеднение речи, ангедония (т.е. нарушения, относимые к негативным симптомам), в ряде случаев являются обратимыми и по существу представляют собой побочные эффекты фармакотерапии традиционными нейролептиками.

Нежелательное влияние нейролептиков на психические процессы, а именно на аффективное, когнитивное и социальное функционирование, объединяется в настоящее время в «синдром дефицита, вызванного нейролептиком» (NIDS). Термин NIDS фокусирует внимание специалистов на психических побочных эффектах нейролептиков, которые ограничивают полное восстановление психических функций больных шизофренией. При этом подчеркивается, что в результате терапии нейролептиками больных с психотическими состояниями, несмотря на кажущееся улучшение их когнитивных функций за счет редукции бреда и галлюцинаций, истинная скорость и объем информационных процессов уменьшается.

Первые сообщения о NIDS появились еще в 1992 г., что в определенной мере было связано с внедрением в психиатрическую практику первого атипичного нейролептика клозапина. Этот термин прочно утвердился в литературе, а распространенность NIDS у больных, принимающих традиционные нейролептики, оценивается в 80 %.

NIDS входит в состав синдрома «психического паркинсонизма» («зомби-синдром»), возникающего при применении нейролептиков. Этот синдром включает эмоциональный, социальный и когнитивный паркинсонизм. Эмоциональный паркинсонизм проявляется эмоциональной индифферентностью, ангедонией, отсутствием удовольствия от деятельности. Социальный паркинсонизм включает потерю инициативы, сни-

жение энергии, потерю социальных связей. Когнитивный паркинсонизм выражается заторможенностью мышления, трудностями концентрации внимания, чувством «пустоты в голове». «Зомби-подобный» результат терапии нейролептиками характеризуется уменьшением эмоциональной экспрессивности, физической активности, способности к функционированию в социальном окружении, связанным с брадикардией и брадикинезией.

Таким образом, наличие проявлений NIDS, которые «имитируют» признаки дефекта, и обратимость этого синдрома представляют собой дискриминирующие факторы в группе негативных расстройств. На этом основании Carpenter W.T. [62] и многие другие авторы выделяют вторичные и первичные негативные симптомы. Принципиальная особенность вторичных негативных расстройств (в т. ч. NIDS) - обратимость при изменении лечебной тактики.

### ***Механизмы формирования шизофренического дефекта.***

В истории развития взглядов на шизофренический дефект можно выделить две основные тенденции. Первая из них основывается на представлении о чисто биологической, «органической» природе дефекта. Вслед за Э. Крепелином исследователи, стоящие на данной позиции, рассматривают дефект в его клинических, психологических и психосоциальных проявлениях как результат необратимого деструктивного органического процесса. Вторая тенденция отражает взгляд на шизофрению как на чисто эпизодическое, обратимое заболевание, не приводящее к деструкции и ущербу. Данная точка зрения предполагает, что шизофренический дефект является психосоциальным артефактом, возникающим под влиянием неблагоприятных факторов окружающей среды [70-71].

Бесперспективность взгляда на дефект только как на биологическое, органическое явление была в свое время убедительно показана выдающимся психологом Л.С. Выготским. В одной из своих работ он пишет: «То, что принимается за органический дефект или болезнь, есть симптомокомплекс особой психологической установки выбитых из социальной колеи больных, есть явление социо- и психогенного, а не биогенного порядка; дефект нельзя свести к тем или иным формам функциональной недостаточности или симптомам болезни. Частные нарушения еще не делают своего носителя дефектным; степень дефектности в конечном итоге зависит от исхо-

да социальной адаптации» [35]. Справедливость этих взглядов на сущность дефекта подтверждается результатами исследований последних лет, которые свидетельствуют о важнейшей роли социальных и психологических факторов в течении заболевания и формировании шизофренических дефектных (исходных) состояний.

Ряд возражений вызывает также представление о шизофреническом дефекте как об исключительно психосоциальном артефакте, возникающем под влиянием неблагоприятных условий окружающей среды - таких, как стрессовые события (life events), неблагоприятная ситуация в семье или снижение социальной стимуляции, обусловленное госпитализмом и социальной депривацией. Подчеркивая роль психосоциальных факторов в течении болезни, данное направление игнорирует участие биологических факторов (степень прогрессивности заболевания, выраженность негативных изменений, конституционально-биологические особенности и т.д.) в формировании шизофренического дефекта. Подобная теоретическая односторонность не позволяет разработать дифференцированные подходы к лечению и реабилитации больных шизофренией, поскольку не учитывает влияние вызванных болезнью дефицитарных расстройств на особенности адаптации и социального поведения пациентов [15].

Наиболее перспективным представляется взгляд на дефект как на сложный комплексный феномен, в структуре которого выделяют как первичный (биологический), так и вторичный (личностно-опосредованный) компоненты [72-74]. Согласно данной точке зрения, первичные дефицитарные изменения приводят к картинам шизофренических исходных состояний только при условии совместного неблагоприятного влияния множества факторов на биологическом, психодинамическом и социальном уровнях.

В.П.Критская и соавторы [75] пишут: «То, что в клинической психопатологической картине проявлений дефекта воспринимается как единое монолитное, оказывается разнородным по своей природе, своему происхождению, детерминации».

Результаты исследований последних лет, посвященных генетическим, биологическим и психосоциальным аспектам шизофрении, доказывают, что шизофренический дефект не является однородным и однотипным образованием, а представляет собой сложный интегративный феномен. В его структуре выделяют как нарушения, обусловленные биологической «полом-

кой» тех или иных мозговых структур, так и расстройства, вызванные целым комплексом различных психологических и социальных факторов [70, 74, 76].

Известный английский исследователь Wing J.K. (1970) и его последователи указывают на необходимость различать преморбидные, первичные и вторичные нарушения. Преморбидные нарушения существуют до манифестации заболевания и отражают конституционально-биологические особенности больных. Первичные нарушения - это нарушения, непосредственно обусловленные движением шизофренического процесса, как, например, расстройство внимания, мыслительной деятельности и снижение эмоционально-волевой сферы. Наконец, вторичные нарушения - это нарушения, объединяемые в понятие «госпитализма», они являются следствием регрессивного приспособления на уровне несамостоятельного, изолированного существования. Согласно концепции базисных нарушений [46, 74, 78], нейроморфологические изменения в мозговом субстрате ведут к нарушениям процессов переработки информации, что обуславливает появление клинически наблюдаемых базисных симптомов. Авторы подчеркивают, что явления базисной дезинтеграции лежат ближе к основной сущности болезни, нежели ее манифестные психотические проявления, и имеют в основе взаимосвязанные процессы снижения энергетики и ослабления межфункциональных связей. Формирование дефектных состояний происходит только через амальгамирование первичных базисных нарушений с личностными образованиями («антропологической матрицей», по Н. Weitbrecht), компенсаторными и защитными механизмами.

Сходному рассмотрению структуры шизофренического дефекта отвечают исследования Т.Я.Хвиливицкого [72], Р.Я.Вовина и его сотрудников [15], в которых предложено выделение первичных (биологических) и вторичных (личностно-опосредованных) составляющих дефекта. Исследователи расценивают расстройства первой группы как собственно дефицитарные, то есть возникающие на основе вызванного процессом органического поражения мозговой ткани; расстройства второй группы рассматриваются как псевдодефицитарные, связанные с личностной переработкой болезненных симптомов.

В целом анализ данных литературы показывает, что шизофренический дефект не может быть сведен к своим отдельным биологическим или психосоциальным проявлениям. Он пред-



ставляет собой сложный интегративный феномен, в структуре которого выделяют как первичные, так и вторичные компоненты.

***Роль фактора институционализации в формировании психического дефекта у больных шизофренией.***

Указания на возможность неблагоприятного влияния больничной среды и длительной госпитализации на течение психических заболеваний имелись еще в работах В. Гризингера, 1867; С.С. Корсакова, 1887; Н.Н. Баженова, 1909; Е. Краерлин, 1910; Н. Simon, 1927. В дальнейшем изучением этой проблемы занимались Д.Е. Мелехов, [79]; Е.Д. Красик и соавт., [69]; М.М. Кабанов, [81]. Оценивая структурно-динамические изменения личности при прогрессивных психозах, они отмечали, что социальная изоляция и бездействие в условиях больничной среды могут способствовать угасанию психической деятельности, нарушению нормального онтогенетического развития и регрессу личности («социальная смерть по А.Д. Зурабшвили»). Личность теряет свои определяющие, наиболее существенные качества, способность вступать в интерперсональные, социальные отношения, «выступать в ролях», за исключением одной роли- быть призреваемой и существовать за счет общества.

Д.Е. Мелехов [81] отмечал, что длительное содержание психически больных в стенах больницы непосильно для бюджета и вредно для больного, так как в отрыве от стимулирующих влияний общественной жизни и труда создаются самые неблагоприятные контингенты «хроников» и состояний «больничного слабоумия».

Современные эпидемиологические исследования, выполненные на различных популяциях больных, также свидетельствуют о влиянии среды обитания на особенности психического функционирования больных и уровень их социальной адаптации. Так, установлено [73], что факторы больничной обстановки существенно ограничивают жизнь больных, длительно находящихся в стационаре, а само заболевание (шизофрения) в значительной мере является продуктом их окружения. В ситуациях недостаточного социального побуждения и стимулирования у них формируется апатия, отчужденность, а также привычки и взгляды, которые снижают их шансы когда-либо адаптироваться к внешнему миру. В другой работе J.K. Wing и соавт. [82] обращается внимание на то, что дефекты психически больных проистекают одновременно из трех источников: первичных симптомов заболевания, индивидуальной реакции на болезнь и внешних

принуждений со стороны общества, которые отягощают больного и мешают его реабилитации.

Е.Д. Красик и соавт. [69] 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 течении которого каждый отдельный 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. Положительной динамике хронических психических расстройств препятствует также неогоспитализм [83], формирующийся при определении бессрочной инвалидности, особенно в молодом возрасте.

Содержание больных в условиях психиатрического стационара (особенно длительное) порождает сложный комплекс реципрокных отношений между самим заболеванием, личностью, жизненными событиями и социальной поддержкой. Качество жизни такого «среднестатистического» пациента характеризуется широким диапазоном неудовлетворенности различными сферами жизни, ущербности, социальной незащищенностью и уязвимостью [85].

В своих высказываниях пациенты обращают внимание на то, что они больше нуждаются в социальной поддержке и вмешательстве, направленном на повышение их способности вести в обществе независимый и активный (насколько это возможно) образ жизни, чем в лечении и длительном содержании в психиатрической больнице. Обоснованность таких установок и эффективность применяемых пациентам форм помощи получили подтверждение результатами ряда исследований [86-88] о более благоприятных социальных исходах у пациентов при оказании им помощи при решении жилищных вопросов, проведении просветительной работы относительно симптомов и приема лекарств, обучении социальным и профессиональным навыкам.

При длительной госпитализации пациент получает убежище от требований жизни. Он вынужден во всех своих потребностях опираться на упрощенный модус существования в стационаре (и это устраивает его), становится пол-

ностью зависимым от медперсонала, лечения, госпитального режима. Попадая в ситуацию, когда определенные обязанности нужно выполнять самостоятельно, такой пациент становится абсолютно беспомощным. Поэтому у него, как правило, не возникает мотивации вернуться к реальной жизни.

Оценивая различные аспекты качества жизни пациентов, следует иметь в виду, что больные, длительное время находящиеся в психиатрических больницах, нередко бывают удовлетворены тем, что пребывают там [89] и более или менее удовлетворены жизнью [90]. Это может быть связано как с отсутствием надлежащих условий для проживания во внебольничной среде, так и с неразвитостью сети экстрамуральной психиатрической помощи. Поэтому у некоторых пациентов снижаются представления о стандарте жизни, что обычно рассматривается как «ошибочность, связанная с нисходящим дрейфом стандарта» [91].

Однообразие и «тусклость» жизненных событий в условиях изоляции снижают самооценку больных, формируют такие качества как «отстраненность», покорность судьбе, ослабляют внутренние ресурсы преодоления проблем. Патерналистические отношения персонала и недостаток социальной поддержки способствуют появлению у них феномена «заученной негибкости», представляющего собой общее нарушение социальных навыков преодоления или стратегии преодоления (*coping strategies* по L.I. Pearlin et al., [92]). По существу, для многих хронически инвалидизированных пациентов среда их длительного обитания и жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, приобретают черты агрессивности. При этом понятие «длительно существующая агрессивная среда», применительно к условиям общепсихиатрических отделений, условиям внебольничной среды и качеству жизни пациентов, подразумевает три вектора: а) невозможность удовлетворения жизненно важных потребностей больных; б) отсутствие социальной поддержки; в) отсутствие системы преодоления. В этих условиях у больных наблюдается снижение «эмоциональной силы» [93], формируется чувство зависимости, происходит «заталкивание» их в группу маргинальных личностей. Агрессивная социальная среда, хронические социальные затруднения и ролевые ограничения способствуют закреплению у таких больных дезадаптивных форм поведения и делают их плохо приспособленными

ми для жизни во внебольничных условиях.

Пребывая в роли «клиентов» институционализированной психиатрической помощи, они характеризуются, с одной стороны, пониманием своих жизненно важных проблем и в целом адекватной их оценкой (в основном совпадающей с мнением специалистов), с другой – крайне низким уровнем субъективно оцениваемого благополучия. Фактически это означает признание уникальности нужд этих пациентов [94] и необходимости их учета при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий.

Сравнительное катамнестическое исследование больных шизофренией, лечившихся в психиатрической больнице и в больницах общего профиля, показало, что у пациентов психиатрических больниц было больше дефицитарных симптомов и наблюдалась большая степень инвалидизации. Это объясняется глубоко деморализующим воздействием психиатрических больниц на содержащихся в них пациентов [95]. Некоторые психиатры [96] такое состояние квалифицируют как синдром хронической десоциализации и рассматривают его как неотъемлемую часть шизофрении.

А.А. Чуркин [97] считает, что хроническое состояние, присущее многим психическим расстройствам, является результатом специфического развития патологического процесса и представляет собой устойчивость определенных клинических черт, которые могут оставаться скрытыми, если больной находится в благоприятной окружающей среде, но могут рецидивировать, если он попадает в менее удовлетворительные условия. По его мнению, одной из причин или единственной причиной хронизации процесса является окружающая среда, которой может быть больница или иное стационарное учреждение с присущей ему социальной изоляцией и сегрегацией.

С.М. Harding et al. [98] утверждают, что нарастание дефекта при психических заболеваниях не является правилом, а возможные причины хронических состояний могут иметь мало общего с самим расстройством и зависеть в основном от множества факторов окружающей среды, взаимодействующих с личностью и болезнью.

По данным В. Энтони и соавт. [99], факторы окружения, которые могут приводить к хроническому течению болезни, включают госпитализацию, недостаток у пациентов навыков и слабую поддержку окружения, ограниченные экономические возможности, снижение социально-

го статуса, воздействие медикаментов, отношение персонала и утрату больным надежды. При этом, длительное пребывание в общепсихиатрических отделениях, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе, отсутствие каких-либо полномочий, активирующих мотивационно-когнитивные процессы, оказывает не менее деструктивное влияние на личность пациентов, чем собственно психическая болезнь [84].

Эти данные подтверждают высказанное еще В. Simon и его сотрудниками положение о том, что некоторые психопатологические феномены не являются выражением болезни, а представляют собой артефакты, вызванные нерациональной организацией больничной среды и ведения больного. В этой связи вопрос о фиксации больного в неадекватных социальных ролях превращается в один из аспектов функциональной характеристики больного [100]. При этом высказывается предположение, что начальные (первичные) проявления регресса личности обусловлены собственно шизофреническим процессом, тогда как его дальнейшее углубление и генерализация связаны с продолжительной десоциализацией в условиях психиатрического стационара и отсутствием мероприятий, направленных на социальную реинтеграцию больных [84].

#### ***Психический дефект и госпитализм при шизофрении.***

Пациент, с длительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре, лишенный социальных связей, каких-либо полномочий, взаимоотношений с другими людьми, дохода, работы, жилья, различных форм поддержки, оказывается в ситуации, способствующей угасанию психического существа человека как субъекта социальных отношений, разрушению его жизненной программы. Такая патологическая адаптированность пациента к условиям психиатрического стационара при отсутствии мер социально реинтеграционного характера традиционно рассматривается с позиций госпитализма или институционализма [69, 101, 102].

Для обозначения этого состояния, как неотъемлемой части шизофрении, использовались также такие обозначения как «синдром хронической десоциализации» [96], «кризис сопряженный с увеличением социальной изоляции» (J. Holmes-Ebert et al., 1990), «дефектоподобная функционально наслаивающаяся симптоматика» [103].

Впервые термин «госпитализм» использовал

в 1945 году Rene Spitz для обозначения психических расстройств у детей-сирот в возрасте от 3 месяцев до 3 лет, помещенных в приют. Вследствии недостаточности персонала, детям был обеспечен только уход (кормление, купание), но не эмоциональный контакт (было мало времени на то, чтобы подержать, покачать ребенка, поговорить с ним, как это обычно делает мать). Через три месяца многие из детей демонстрировали отставание в умственном и психическом развитии, нарушения сна и аппетита. Почти треть из наблюдавшихся детей умерло в течении года пребывания в приюте (при достаточном питании и уходе). Изменения у остальных носили постоянный и необратимый характер.

В дальнейшем госпитализмом называли комплекс неблагоприятных последствий (в первую очередь психологического характера) длительного пребывания человека в больнице. В него включают социальную дезадаптацию и ухудшение контакта с окружающими, утрату интереса к труду и трудовым навыкам, снижение уровня настроения, усиление характерологических проявлений, тенденцию к хронизации заболевания.

В толковом словаре психиатрических терминов В.М. Блейхера и И.В. Крук [104] дается следующее определение госпитализма: ухудшение психического состояния в связи с длительным пребыванием в стационаре (явления социальной дезадаптации, утрата интересов к труду и трудовым навыкам, снижение синтонности, ухудшение контакта с окружающими, тенденция к хронификации заболевания, усиление характеропатических проявлений).

В лексиконе кросс-культуральных терминов, относящихся к психическому здоровью (ВОЗ, 2001), госпитализм (hosppitalism) определяется как чрезмерная зависимость от больничного ухода, развивающаяся вслед за продолжительной или повторной госпитализацией.

В современной психиатрии термин «госпитализм» означает [69] совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. В результате продолжительной социальной депривации в условиях психиатрического отделения, работающего по устаревшим принципам изоляции, надзирательства, одностороннего медикаментозного лечения, наступает не только утрата всевозможных жизненных и бытовых практических навыков, но и выраженная личностная дезадаптация, которая ведет к утрате «социальной роли» больного, растворению его в повседневных стереотипных реакци-

ях в соответствии с «мертвящим однообразием» (С.С. Корсаков, 1961) его больничного окружения. В целом, госпитализм, по мнению этого автора, можно рассматривать как клиническую реальность, в значительной мере являющуюся следствием односторонней клинико-биологической индентификации больного в условиях институционализированной психиатрической помощи.

В качестве одной из форм (или аналогов) госпитализма в литературе описан т.н. «институциональный (больничный) невроз», «как самостоятельное заболевание ... при котором характерны апатия, отсутствие инициативы, потеря интересов». J.Wing et al., R.Barton [77, 105] подкрепили эту точку зрения описанием «институционализма» у хронических больных. На основании проведенного ими в трех британских больницах обследования пациентов, находившихся на излечении долгое время, они выдвинули гипотезу, что «социальные условия, в которых живет пациент (в особенности бедность социального окружения), несут реальную ответственность за часть симптоматики (в особенности за негативные симптомы).

Есть данные о том, что институционализация (или синдром десоциализации), являющийся следствием социальной изоляции и сегрегации, как деструктивных элементов продолжительных контактов пациента с агрессивной средой психиатрического стационара, может рассматриваться в качестве основной причины хронизации процесса при шизофрении и инвалидизации больных [106]. Наступающую при этом дезадаптацию (патологическую адаптацию) можно рассматривать с позиции регрессивных форм приспособительного поведения больных [107].

Диалектика категории «патологическая адаптация» такова, что адаптация к определенным условиям может одновременно рассматриваться как следствие дезадаптации к другим. В частности, наблюдаемая при госпитализме или неогоспитализме адаптация больного шизофренией к больничным условиям есть не что иное как выражение ее дезадаптации к условиям обычной жизни [43].

Можно считать доказанным, что психическая болезнь действует на приспособительное поведение больных не непосредственно, а через личность, изменяя ее свойства и отношения, которые обладают не только известной толерантностью к такого рода влияниям, но во многом оказывают также обратное воздействие на проявления заболевания [48, 81]. При этом о нараста-

нии тяжести психического дефекта можно думать только в контексте формирования и углубления симптомов патологической адаптации больных к десоциализирующим условиям больничной среды при длительном содержании их в психиатрическом стационаре. Однако эволюция болезни в современных условиях, даже у лиц с длительностью заболевания свыше 10 лет, практически не достигает максимальной выраженности ни по одному из компонентов негативной структуры психоза [84]. Это свидетельствует с одной стороны, об отсутствии у больных тотальной дезорганизации психики (т.н. конечных состояний) и ее динамизме, с другой стороны, ставит под сомнение абсолютизирующую роль эндогенных механизмов в формировании дефицитарных расстройств, регресса и социальной дезадаптации личности.

Широко распространенные среди хронических психиатрических пациентов симптомы – апатия, утрата интереса «к вещам и событиям, отсутствующим или не связанным с ним непосредственно», деградация, покорное поведение, нарушаемое вспышками агрессивности объясняются, с точки зрения А. Бартена [105], не самим психическим расстройством, а «следствием присмотра за людьми в психиатрических лечебницах».

Одним из наиболее адекватных механизмов, объясняющих не только формирование, но и содержание синдрома госпитализма, является концепция кризиса идентичности, разработанная американским исследователем Э. Эриксеном [108]. Идентичность представляет собой неотъемлемое и базисное свойство человека, характеризующее его самосознание, тождественность самому себе, гармонию между личностным «Я» и социальным «Я». По определению Г. Аммона [109] идентичность обозначает «принципы человеческой жизни как таковые, является суммой освоенных групповых отношений, находящихся в постоянном динамическом движении. Это процесс, постоянный поиск, постоянное развитие».

Таким образом, нормальное развитие человека предполагает непрерывное формирование и видоизменение его идентичности. Если такое развитие блокируется или искажается, возникает кризис идентичности, означающий утрату ощущения себя как личности. Поэтому концепцию кризиса идентичности правомерно рассматривать в контекста важнейшего механизма формирования госпитализма у больных шизофренией.

Длительная социальная изоляция в психиат-

рической больнице и сопряженные с ней трудовая незанятость, ограничение социальных контактов, социальная незащищенность, дискриминация способствуют снижению у пациента круга общения, потере автономии, невостребованности, фрустрации наиболее значимых потребностей личности. Другими словами, длительная изоляция является своеобразным пролонгированным стрессовым фактором, затрагивающим все стороны жизнедеятельности пациента. 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 как проявлениям клинической сущности кризиса идентичности.

Другим существенным механизмом формирования госпитализма у больных шизофренией является стигма, включающая переживания чувства стыда, вины, социального отторжения, дискриминации, а также соответствующие стереотипы отношений с окружающими [111].

Оппозиционность и социальная агрессивность среды обитания пациентов в сообществе, в социуме в целом, а также при длительном их пребывании в условиях психиатрического стационара определяются изначально неверными представлениями о неполноценности лиц с психическими расстройствами, от особом характере их переживаний и непредсказуемости поведения. Стигматизация в таких случаях может проявляться на индивидуальном уровне, на уровне локального сообщества и общества в целом [110]. На индивидуальном уровне можно выделить три стигматизирующих аспекта.

1. Искаженное иррациональное восприятие «средним» индивидом людей с диагнозом психического заболевания и его страх перед ними.

2. Чрезмерная опека и патернализм по отношению к пациентам со стороны медперсонала.

3. Гипертрофированное чувство собственной некомпетентности у многих пациентов с диагностическим ярлыком психического расстройства.

Стигматизация на уровне локального сообщества проявляется в следующих формах:

1. Скептическое отношение окружения к реальным возможностям пациентов в смысле адекватной организации своей жизнедеятельности.

2. Сведение всех общечеловеческих потребностей пациентов к нуждам, вытекающим из «психической болезни», стремление рассматривать их через призму «дефекта», а не как пол-

ноправных граждан.

На уровне социальной политики государства (социума в широком смысле) стигматизация осуществляется в следующих направлениях:

1. Преобладание в социуме оппозиционной настроенности при отсутствии соответствующей поддержки.

2. Неспособность общества разглядеть у лиц с психиатрическими диагнозами возможность социальной интеграции.

3. Отсутствие стратегии просветительной работы, направленной на повышение осведомленности сообщества о подлинных правах, потребностях и потенциале людей с психическими расстройствами.

Ощущения стигматизированности достаточно быстро приводит к разрушению представлений о собственном «Я» и усвоению (интериоризации) чувства собственной некомпетентности и хронической недееспособности, о чем свидетельствует значительная дефицитарность качества жизни и ущербность социальной сети пациентов [111, 112].

К общим признакам госпитализма относятся [84]:

- утрата социальных связей и контактов с окружающим миром;
- дезадаптивные формы приспособительного поведения, частичное или полное бездействии;
- потеря способности жить в обычной социальной среде;
- отсутствие в течении длительного времени активирующей психосоциальной и психообразовательной стимуляции больных и мер по их социальной реинтеграции.

Среди клинических разновидностей этого синдрома выделяются [69, 84]:

- Синдром депривационной десоциализации;
- Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента;
- Синдром фармакогенного психо-социального регресса личности.

В заключение необходимо отметить, что госпитализм у больных шизофренией должен рассматриваться не только как результат длительного пребывания в психиатрическом стационаре, но и как состояние, формирующиеся у пациента под влиянием совокупности факторов, привнесенных в его жизнь болезнью. Главное заключается в ставшей для него агрессивной окружающей среде в широком диапазоне сфер его жизнедеятельности.

## ПСИХІЧНИЙ ДЕФЕКТ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПРОБЛЕМА ГОСПІТАЛІЗМУ

Донецький Національний медичний університет ім. М.Горького

Метою цієї роботи було вивчення психічного дефекту при шизофренії та проблемі госпіталізму. Були виділені клінічні форми психічного дефекту та можливі механізми його формування. Був описаний зв'язок між прийманням нейролептиків та шизофренічним дефектом, була показана посилююча дія на когнітивне, афективне та соціальне функціонування – „синдром дефіциту” NIDS. Був описаний нейрокогнітивний дефект у хворих на шизофренію. Був встановлений зв'язок між психічним дефектом та госпіталізмом, була наголошена суттєва роль фактору інституціоналізації у формуванні психічного дефекту при шизофренії. Були розглядані особливості психічної адаптації при шизофренічному дефекті особистості. Були виділені загальні ознаки та механізми формування госпіталізму. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 1 (18). — С. 101-116).

V.A. Abramov, G.G. Putyatyn, A.V. Abramov

## MENTAL DEFECT IN THE COURSE OF SCHIZOPHRENIA AND PROBLEM OF THE HOSPITALISM

M.Gorkyy Donetsk National Medical University

This article was aimed to the study of mental defect in the course of schizophrenia and problem of hospitalism. Clinical forms of mental defect and possible mechanisms of its formation were designed. There is description of relation between receipt of neuroleptics and schizophrenia defect, of aggravating effect upon cognitive, affective and social functioning – “deficiency syndrome” NIDS. There is description of neuro-cognitive defect of schizophrenia patients. It was designed connection between the mental defect and hospitalism, emphasized the significant role of institutionalization factor for formation of mental defect in the course of schizophrenia. Peculiarities of mental adaptation in the course of schizophrenia were analyzed. General characteristics and formation mechanisms of hospitalism were distinguished. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 1 (18). — P. 101-116).

### Литература

1. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М., 1963.
2. Janzarik W. Die Krise der Psychopathologie. Nervenarzt, 1976, 47, 2 – s. 73-80.
3. Лексиконы психиатрии Всемирной организации здравоохранения. Сфера. Киев, 2001-. – 390 с.
4. Юдин Т.И. Смертельные формы шизофрении // Сов. психоневрол. – 1939, 4. – с. 2-23.
5. Кербинов О.В. Острая шизофрения. М., Медгиз, 1949. – 179 с.
6. Попов Е.А. Материалы к клинике и патогенезу галлюцинаций. Харьков. Издательство Центр. психоневрол. ин-та. 1941. – 271 с.
7. Снежневский А.В. О клинических закономерностях течения психических заболеваний // Вестн. АМН СССР. – 1971, 5. – с. 79-83.
8. Тиганов А.С. Современные проблемы психопатологии, клиники и патогенеза шизофрении // Шизофрения и расстройства шизофренического спектра. под. Ред. А.Б. Смулевича. М., 1999. – с. 33-44.
9. Пантелеева Г.П., Цуцурловская М.Я., Беляев Б.С. Гебондная шизофрения. М., Медицина, 1986. – 192с.
10. Conrad K. Das Problem der nosologischen Einheit in der Psychiatrie. – Nervenarzt, 1959, Bd. 30. – 488 s.
11. Huber G., Gross G., Schuttler R. Longitudinal studies of schizophrenic patients // Schizophrenia Bulletin. 1980, 6. – p. 592-605.
12. Huber G., Gross G., Schuttler R. Schizophrenie. Eine verlanf- und Sozialpsychiatrische langzeit – studie. Berlin, etc., 1979.
13. Сухарева Г.Е. Клиника шизофрении у детей и подростков. Харьков., 1937. – 107 с.
14. Зеневич Г.В. Ремиссии при шизофрении. Л., 1964. – 216 с.
15. Вовин Р.Я. (ред.) Шизофренический дефект, СПб., 1991
16. Логвинович Г.В. // Журнал невропатол. и психиатр. – 1990, 1. – с. 110-116.
17. Gross G., Huber G., Schuttler D. Wahn, Schizophrenie and Paranoia // Nervenarzt. 1977, Bd 48, 2. – S. 69-71.
18. Руководство по психиатрии. Под. ред. А.С. Тиганова., М., Медицина, 1999, т. 1. -783 с.
19. Снежневский А.В. О течении и нозологическом единстве шизофрении // Журн. невропатол. и психиатр. 1966, т. 66, 3. – с. 3.
20. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2000. № 1.С. 92-98.
21. Jones P, Rodgers B, Murray R. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort // Lancet 1994, p.-1398-1402.
22. Gold J.M, Harvey P.D. Cognitive deficits in schizophrenia. Schizophrenia 1993; 16:295-312.
23. Gold J.M, Hermann B.P, Wyler A, Randolph C, Goldberg T.E, Weinberger DR. Schizophrenia and temporal lobe epilepsy: a neuropsychological study // Arch Gen Psychiatry. 1994, - 51. p.- 65-72.
24. Bellac A.S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia: is it possible? Is it necessary? // Schizophr. Bull. 1992. p.- 51-58.
25. Saykin J.A, Gur R.C, Gur R.E, et al. Neuropsychological function in schizophrenia: selective impairment in memory and learning // Arch Gen Psychiatry 1991;48. p.- 618-24.
26. David A.S, Malmberg A, Brandt L. IQ and risk for schizophrenia: a population-based cohort study // Psycholog Med 1997. p.- 1311-23.
27. Gold S., Arndt S., Nopoulos P. et al. longitudinal study of cognitive function in first –episode and resent-onset schizophrenia // Am J Psychiatr. 1999, 156. p.- 1342-48.
28. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия. – ИМИС - НПД «Движение» Лгд. - 253 с.
29. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. - 256 с.
30. Юрьева Л.Н. Концепция ранней интервенции в психоз // Архив психиатрии. - 2004, т. 10, 2 (37). - с. 13-16.
31. Cuesta M.J., Peralta V. Cognitive disorders in positive, negative and deorganization syndromes of schizophrenia // Psychiatry Res. - 1995, vol. 58,3.- P. 227-235.
32. Pearlman L.L., Schooler C. The structure of coping // Journal of Health and Behavior. - 1978. - P. 2-21.
33. Velligan DJ, Mahurin RK, Diamond PL, et al. The functional significance of symptomatology and cognitive function in schizophrenia // Schizophr. Res. 1997. p.- 21-31.
34. Corrigan P.W., Toomey R. Interpersonal problem solving and information processing in schizophrenia // Schizophr Bull. 1995, 21. p.- 395-403.
35. Выготский Л.С. К проблеме психологии шизофрении // Современные проблемы шизофрении М. – Л., 1993. – с. 19-28.
36. Снежневский А.В. Место клиники в исследовании природы шизофрении // Журнал невропатол. и психиатр., 1975, 9. – с. 1340-1345.
37. Энциклопедический словарь медицинских терминов. М., 1982, т. 1.
38. Александровский Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация // Пограничные нервно-психические расстройства. М., Наука, 1976. – 272 с.
39. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики // Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Л., 1975. – с. 79-89.
40. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л., 1969.
41. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.

42. Воробьев В.М. Психическая адаптация как проблема психологии и психиатрии // *Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 1993, 2. – с. 33-39.
43. Свердлов Л.С. К проблеме компенсации при шизофрении // *Новое в теории и практике реабилитации психически больных*. Л., 1985. – с. 47-53.
44. Ануфриев А.Ю. Компенсация и адаптация как биосоциальная основа, реабилитации психически больных // *Врачебно-трудова экспертиза и социально-трудова реабилитация лиц с психическими заболеваниями*. М., 1974. – с. 18-22.
45. Weitbrecht H. J. Was heisst multikonditionale Betrachtungsweise bei den Schizophrenien? – *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1972, 40, 6, - 3.287-307
46. Weitbrecht A.J. *Psychiatrie im Grundriss*. – Berlin, Heidelberg, New York, 1973.
47. Снежневский А.В. Место клиники в исследовании природы шизофрении // *Журнал невропатол. и психиатр.*, 1975, 9. – с. 1340-1345.
48. Вайзе К., Воловик В.М. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психически больных // *Клинические и организационные основы реабилитации психически больных*. М., Медицина, 1980. – с. 152-206.
49. Schröder H., Vorweg M. Soziale Kompetenz als Zielgröße für Persönlichkeitsstruktur und Verhaltensmodifikation // *M. Vorweg (Argg.). Probleme der Persönlichkeitsforschung*. Leipzig, 1978.
50. Anbschmid T., Ciompi L. Prädiktoren des Schizophrenieverlaufs – eine Literaturübersicht. *Fortsehrte...*, 1990, 10. – s. 360-365
51. Keefe R.S., Mohs R.S., Losonczy M.F. et al., Premorbid sociosexual function and long-term outcome in schizophrenia // *Am. J. Psychiat.*, 146, 1989, - p. 206-211.
52. Andermeyer M.C. Geschlechtsabhängige Variationen im Verlauf schizophrener Krankheit. Eine Übersicht // *Fortschritte der Neurologie, psychiatrie*. 1989, 7. – s. 261-269.
53. Hubmann W., Mohr F., Bender W. Rehabilitation chronisch schizophrener Patienten die verhaltenstherapeutische Kette des Bezirkskrankenhauses. Aear // *Fortschritte der Neurologie. Psychiatrie*. Sonderheft. 1992, 2. – 75 s.
54. Olbrich R. Die Rehabilitation Schizophrenen // *Fortschritte...*, 1992, 2.- s.113
55. Parsons T. *Socialstruktur and Persönlichkeit*. Frankfurt. M., 1968.
56. Шумаков В.М. Некоторые личностные характеристики больных вялотекущей шизофренией, их роль в генезе общественно опасных действий. Методические рекомендации Л., 1981.
57. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993.
58. Krull F. Psychotherapie Bei Schizophrenie – Theorie und Praxis der Einzelbehandlung. Eine Übersicht // *Fortschritte*. 1987, 2. – s. 59.
59. Коломийцева О.А. Нарушение коммуникативной компетентности у больных шизофренией // *Психологический журнал*. 1992, 13. – с. 69-77.
60. Dworkin R.H., Bernstein M.A., Kaplansky L.M. et al Social Competence and Positive and Negative, Symptoms. A lengitudinal Study of Children and Adolesunts at Risk for Schizophrenia and Affective Risorder // *Am. J. Psychiat.*, 1991, 148, 9. - p. 1182-1188.
61. Andreasen N., Olsen S., Denncot J. Ventricular enlargement in schizophrenia; relationship to positive and negative symptoms // *Am. J. Psychiat.*, 1982, 139. - p. 297-302.
62. Carpenter W., Schodler N., Wise S. et al., Treatment services and environmental factors // *Schizophrenia Bull.*, 1988, 3. – p. 427-438.
63. Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted G.T. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia // *British J. of Psychiatry*, 1990. 156. – p. 809-818.
64. Мухаммад О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов // *Обзор психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева*. 1996, 1-2. – с. 24-31.
65. Аведисова А.С., Верго Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2001, 3, 6.
66. Магометова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия*, 2000, 1. – с. 92-98.
67. Вовин Р.Я. О клинических эффектах нейролептиков // *Журнал невропатол. и психиатр.* 1984. № 3. С. 413-18.
68. Гурович И.Я. Побочные эффекты и осложнения при нейролептической терапии больных шизофренией // *Дисс. д.м. н.* 1971.
69. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). Томск, 1983. 134 с.
70. Ciompi L. Rehabilitation in der Psychiatrie // *Hrsg. van H. Hippus et al.* – Berlin, 1989. –p. 27-38.
71. Ciompi L., Maiel Ch., Danwalder H.P. et al. *Psychothorapy of Schizophrenia* // *Ed. By G. Benedetti end P.M. Furlan.* – Seattle. 1993. – p. 319-333.
72. Хвиливицкий Т.Я. Некоторые механизма преобразования психопатологических синдромов и реабилитация психически больных // *Восстановительная терапия психически больных*. Л., 1977. – с. 19-29.
73. Wing J., Brown G. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge. – 1970.
74. Nuber G. Judizien fur die Somatosehypothese bei den Schizophrenien // *Fortschr. Neurol. Psychiat.*, 1976, Bd. 44, 3. – S. 77-94.
75. Критская Р.П. Савина Т.В. Экспериментально-психологическое исследование изменений психической деятельности у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта // *Журнал невропатолог и психиатр.*, 1983, 12. – с. 1821-1827.
76. Коцюбинский А.П., Бутома Б.Г., Зайцев В.В. Стигматизация и дестигматизация при психических заболеваниях // *Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Керсакова*. 1988, 1. – с. 9-12.
77. Wing J., Brown G. *Institutionalism and Schizophrenia*. Cambridge. – 1970.
78. Janzarik W. Die produktive Psychose in Spannungsfeld pathogener Situationen. – *Nervenarzt*, 1965, 36, s. 238-244.
79. Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении. – М. – с. 1963-1982.
80. Мелехов Д.Е. Клинические предпосылки социальной реабилитации психически больных // *Соц. и клин. психиатр.* – 1992, 1. – с. 50-55.
81. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л., Медицина, 1978-232 с.
82. Wing J.K., Bebbington, Robins L.N. (eds). What is a Case? The Problem of Definition in Psychiatric Community Survey. New York. Grand McIntyre. 1981. – 250 p.
83. Логвинович Г.В. Оценка клинической и социальной адаптации больных приступообразной шизофренией в аспекте их ранней реабилитации // *Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом.* – Л., 1986. – с. 98-100.
84. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкортов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО «Лебедь», Донецк, 2002. – 279 с.
85. Абрамова И.В. Регресс личности в условиях институционализированной психиатрической помощи // *Ж. психиатрии и медицинской психологии*. 1999, 2. (6). – с. 116-118.
86. Test M. Effective community treatment of the chronically menfally iff: What is necessary // *Journal of Social issues*. 1981, 37. - p. 71-86.
87. Beiser M., Shorev., Peters R. et al. Dees community care for the mentally ill make a difference? A late of two cities // *American Journal of Psychiatry* 1985, 142. – p. 1141-1145.
88. Avison W., Speechley K. The discharged psychiatric patient: A review of social-psychological and psychiatric correlates of outcome // *American Journal of Psychiatry*. 1987, 144. – p. 10-18.
89. Leff J. Whose life is it anyway? Anality of life for long-stay patients discharged from psychiatric hospital. In *Anality of life in mental disorders*. Edited by Katsching H., Freeman H., Sarforins N. Chichester: John Wiley and Sons. 1997.
90. Barry M.M., Crosby C., Bogg J. Methological issues in evaluating the quality of life of long-stay psychiatric patients // *J. Mental Health*. 1993. – 2. – p. 43-56.
91. Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? // *Psychological Medicine*. 1998, 28. – p. 159-164.
92. Pearl L.I., Schooler C. The structure of coping. *Journal of Health and Behaviour*. 1978. – p. 2-21.
93. Goldberg D., Huxley P. Common mental disorders. A. Biomental model. 1992. – 256 p.
94. Bachrach L.L., Clook G.H. The first 30 years: A historical overview of community mental health // *Practing psychiatry in community: a manual*. Ed. by Jerome V. Vaccaro and Gordon H. Clark. – American Psychiatric Presss. Inc., 1996. – p. 3-26.
95. Goldberg D., Tantom D. The public Heath impact of mental disorders. In *Oxford Teextbook of Public Health*, 2 nd edn. (ed. W. Holland). 1991. – p. 268-280.
96. Eisenberg L. The social construction of the human brain // *American Journal of Psychiatry*. 1995, 152. – p. 1563-1575.
97. Чуркин А.А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний // *Руководство по социальной психиатрии*. Под. ред. Т.Б. Дмитриевой., М., Медицина, 2001. – с. 296-314.
98. Harding C.M., Zubin J., Stranss J.S. Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? *Hospital and Community Psychiatry*. 1987., 38. – p. 477-486.
99. Энтони В. и соавт. *Психиатрическая реабилитация.* – Киев: Сфера, 2001. -278 с.
100. Воловик В.М. О приспособляемости больных шизофренией // *Реабилитация больных психозами.* – Л., 1981. – с. 62-71.
101. Абрамов В.А., Жугулина И.В., Ряполова Т.Л. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами. Донецк, «Каштан», 2006. – 268 с.

102. Lamb H.R. Lessons Learned from deinstitutionalization in the USY *British Journal of Psychiatry*. 1993, 162. – p. 587-592.
103. Куценко Б.М. Рецидивирующая шизофрения. Киев, “Здоров’я”, 1988. - 151с.
104. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж НПО «Модэк», 1995. – 639 с.
105. Barton R. Institutional Neurosis. – Wright Bristol, 1959
106. Чуркин А.А. Социальные аспекты организации психиатрической помощи и охраны психического здоровья // Руководство по социальной психиатрии. Под. ред. Т.Б. Дмитриевой, М., Медицина, 2001, - с. 479-496.
107. Воловик В.М., Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. об особенностях формирования приспособительного поведения больных малопрогредиентной шизофренией // Ранняя реабилитация психически больных. Л., 1984. – с. 39-46.
108. Эриксон Э. Идентичность: юность и кризис. Пер. с англ. – М., 1996. – 344 с.
109. Ammon G. *Handbuch der Dynamischen Psychiatrie*. – Muenchen, 1982.
110. Карлинг П. Дж. Возвращение в сообщество. Построение систем поддержки для людей с психиатрической инвалидностью. – Киев. сфера, 2001. 418 с.
111. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // *Advances in Psychiatric Treatment*. 2000, v. 6 - p. 65-72.
112. Sartorius N. Stigma: what can psychiatrists do about it // *Lancet*, 1998, 352. –p. 1058-1059.
113. Andreasen N.C. Negative symptoms in schizophrenia: Definition and reability // *Arch. Gen. Psychiat.*, 1982, 39. – p. 784-788.

Поступила в редакцию 17.10.2007