

УДК: 616.895.8 – 058 – 082.4.

*Г.Г. Пуятин***СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм, межличностные отношения.

Длительное пребывание в общепсихиатрических 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 пациента, чем, собственно, психическая болезнь (1-3). Патологическая адаптированность пациента к однообразным условиям психиатрического стационара при отсутствии мер социально-реинтеграционного характера традиционно рассматривается с позиции хронической десоциализации (4), госпитализма или институционализма (5,6).

Термин «госпитализм» в современной литературе означает совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. Выделяются 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 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 (5).

К сожалению, в литературе недостаточно освещены клиническая структура синдрома госпитализма у больных шизофренией, его влияние на особенности межличностных отношений, роль в формировании различных форм госпитализма условий больничной среды, социальной реабилитации и медикаментозной терапии.

Целью настоящей работы явилась стандартизованная оценка особенностей межличностных отношений у больных параноидной шизофренией с различными клиническими формами госпитализма.

**Материал и методы исследования**

В исследование было включено 70 больных параноидной шизофренией в возрасте от 28 до 53 лет. У 37 больных наблюдался эпизодический и у 33 – непрерывный тип течения болезни. Мужчин было 48 человек (68,4%), женщин – 22 (31,6%). Длительность заболевания в среднем превышала 8 лет. Динамика болезни у всех пациентов сопровождалась длительными и многократными госпитализациями в психиатрическую больницу и выраженными проявлениями социально-трудовой дезадаптации. Терапевтические мероприятия по отношению к ним ограничивались назначением нейролептических препаратов или атипичных антипсихотиков; никто из пациентов не включался в реабилитационные программы.

У всех пациентов этой группы в той или иной мере были выявлены симптомы госпитализма с

утратой социальных связей и контактов с окружающим миром, дезадаптивными формами приспособительного поведения, частичным или полным бездействием, потерей способности привычной жизнедеятельности.

Группа сравнения состояла из 35 больных параноидной шизофренией с сопоставимыми гендерно-возрастными, клинико-динамическими особенностями и длительностью болезни, но без симптомов госпитализма. Госпитализации в психиатрический стационар были редкими (не более 3-х) и кратковременными (в среднем – 1,5 месяца). Большую часть времени болезни они получали поддерживающее лечение в амбулаторных условиях. Общее время пребывания в психиатрическом стационаре у них было в 5 раз меньше, чем в основной группе.

Для изучения межличностных отношений в сравниваемых группах были использованы опросник межличностных отношений (ОМО)

В.Шутца и методика диагностики межличностных отношений (ДМО) – адаптация методики Т.Лири.

### Полученный результаты и их обсуждение

Данные, полученные при исследовании по методике ОМО, представлены в таблице 1.

Таблица 1

#### Показатели опросника межличностных отношений в сравниваемых группах

Показатель ОМО	Группы		Р
	Основная	Сравнения	
Ie	2,9±0,24	3,39±0,36	0,112
Iw	2,73±0,18	3,26±0,38	0,115
Ie+w	5,44±0,34	7,48±0,66	0,026*
Ie-w	1,9±0,27	0,26±0,21	0,0297*
Ce	3,08±0,3	4,85±0,44	0,00086*
Cw	3,63±0,3	4,59±0,33	0,0378*
Ce+w	6,7±0,45	0,44±0,43	0,00009*
Ce-w	-0,57±0,39	0,26±0,65	0,226
Ae	3,0±0,27	4,56±0,32	0,192
Aw	2,75±0,23	4,23±0,31	0,0002*
Ae+w	5,32±0,49	7,84±0,49	0,0002*
Ae-w	0,45±0,21	-0,74±0,36	0,003*

Примечание: Ie – выраженное поведение включения; Iw – требуемое поведение включения; Ie+w – объем интеракций поведения включения; Ie-w – противоречивость межличностного поведения включения; Ce – выраженное поведение контроля; Cw – требуемое поведение контроля; Ce+w – объем интеракций поведения контроля; Ce-w – противоречивость поведения контроля; Ae – выраженное поведение аффекта; Aw – требуемое поведение аффекта; Ae+w – объем интеракций поведения аффекта; Ae-w – противоречивость поведения аффекта.

Опросник ОМО, являющийся русскоязычной адаптацией опросника FIRO-B В.Шутца, нацелен на предвосхищение поведения индивида в ситуациях межличностного общения и возможность предсказать социальные интеракции. Согласно концепции В.Шутца, каждый индивидуум имеет свой характерный способ социальной ориентации, определяющий его межличностное поведение. Тремя базисными потребностями, удовлетворение или неудовлетворение которых определяет социальную ориентацию, являются потребности во включении, контроле и аффекте. Неудовлетворение межличностных потребностей, так же, как и неудовлетворение биологических, нарушает оптимальный обмен между индивидуумом и социальной средой. И, как и при нарушении метаболизма между физической средой и организмом, может привести к патологическим последствиям.

Потребность включения состоит в стремлении создавать и поддерживать удовлетворительные отношения и взаимодействия. Эта потребность подразумевает как, с одной стороны, удовлетворение интереса, так и, с другой, проявление

интереса других людей к субъекту. Оптимально реализующий эту потребность человек стремится и принимать других, чтобы они интересовались им, и принимали участие в его деятельности, участвовать в разных социальных группах, и, также, стараться производить такое впечатление, чтобы другие стремились принимать участие в его делах.

У пациентов как основной, так и группы сравнения, средние показатели по шкале выраженного, то есть реально осуществляемого, поведения включения (Ie) принадлежат к диапазону низких оценок. Достоверных различий их выраженности в сравниваемых группах нет (хотя в основной они все-таки немного ниже), однако, на уровне  $p < 0,05$  они ниже средних показателей для респондентов из группы здоровых лиц и психосоматических больных, приведенных автором русскоязычной адаптации (Рукавишников А.А., 1992г.). Принадлежность полученных результатов к ряду низких значений свидетельствует о том, что пациенты обеих групп испытывают дискомфорт среди других людей, стремятся их избегать, не проявляют изначального интереса к другим, стре-

мятся дистанцироваться от окружающих, интроевертированы, предрасположены к уходу от людей. Такое поведение и отношение пациентов сравниваемых групп отражает не только типичную для лиц, принадлежащих к шизофреническому конституционально-психологическому континууму отчужденность от реального окружения, но и суммацию опыта непринятия или формально-медицинского принятия их обществом после начала заболевания.

Показатель по шкале требуемого поведения включения ( $I_w$ ) в обеих сравниваемых группах также находится на уровне низких оценок. Его средний уровень еще ниже, чем предыдущего, особенно у пациентов с явлениями госпитализма. И в основной, и в группе сравнения, он достоверно ниже ( $p < 0,02$ ) нормативных показателей. Низкие уровни показателя по шкале требуемого поведения включения означают, что респонденты расценивают себя как неспособных вызывать интерес, внимание к себе окружающих, их одобрение, интерес с их стороны. Это приводит к еще большему ограничению круга общения, взаимодействию с лишь малым числом людей. Вновь можно утверждать, что имеющая место аутизация является производной как биологических так и социальных факторов патогенеза шизофрении.

Показатель общего объема интеракций поведения включения отражает сумму межличностных взаимодействий, направленных на то, чтобы пробудить к себе интерес, вызвать положительную оценку своей деятельности и самого себя, чувствовать себя ценной, значимой личностью, желанной в глазах других для сотрудничества, добиться включения в какую-то социальную группу, коллектив, заслужить оценку своей индивидуальности, неповторимости, понимания себя. В обеих сравниваемых группах индекс общего объема интеракций в области поведения включения оказывается на статистически достоверно более низком уровне, чем нормативный показатель. Кроме того, установлено и достоверное различие средней выраженности  $I_e + w$  в сравниваемых группах: у больных с явлениями госпитализма объем соответствующих межличностных взаимодействий достоверно меньше ( $p = 0,026$ ). Таким образом, для этой категории пациентов в особенной степени характерен отказ от создания и приобретения имиджа рельефной, индивидуально-неповторимой личности, тенденция к собственному обезличиванию, дистанцированию от социального окружения.

Индекс противоречивости в обеих группах имеет положительные значения, что указывает на преобладание выраженного поведения включения. Другими словами, более частыми в обеих группах являются попытки активно способствовать хотя бы минимальной степени привлечения интереса к своей личности. Однако при этом одновременно существует противоречивая тенденция дистанцироваться от людей. По всей вероятности, бессознательная позиция может быть при этом выражена следующим образом: «Мною никто не интересуется, поэтому я рискую быть игнорируемым. Лучше я отделюсь от людей и буду существовать сам по себе». Побуждение к удовлетворению потребности быть значимым приводит к отчуждению от других, за которым стоит подспудная убежденность в том, что его никто не может понять. При этом концепция собственного Я несет в себе ощущение своей ненужности, бесполезности, порождающее скрытую тревогу. Априорная убежденность в недружелюбии окружающих в сочетании с ощущением своей непонятности другими людьми может блокировать попытки реально улучшить условия своего существования, встать на путь реадaptации к реальным условиям жизни в обществе. Описанные психогенетические механизмы социальной дезадаптации играют более значительную роль у пациентов основной группы, о чем свидетельствует достоверно более высокий ( $p = 0,0297$ ) уровень индекса  $I_e - w$  в этой группе.

Потребность контроля заключается в потребности создавать и сохранять приемлемые отношения с людьми, опираясь на силу и контроль. При этом на уровне самовосприятия она проявляется в необходимости осознавать себя личностью ответственной, авторитетной и компетентной. Эмоции, возникающие при реализации этой потребности, связаны с достаточным уважением других и собственной уважаемостью ими. Поведение, связанное с потребностью контроля, проявляется и в принятии решений, проявлении силы своего влияния, и в необходимости быть подчиненным, контролируемым, избавленным от принятия на себя ответственности. В отличие от поведения включения, поведение контроля не предполагает стремления к славе, известности, а в отличие от поведения аффекта – к эмоциональной близости.

Среднее значение показателя по шкале выраженного поведения контроля у больных с явлениями госпитализма, находится на уровне низких оценок, в то время как в группе сравне-

ния – на уровне средних. Между ними существует статистически высоко достоверное различие ( $p=0,00086$ ). Среднее значение показателя  $Se$  в основной группе также достоверно ниже среднего нормативного показателя.

Низкий уровень выраженности потребности в контролирующем поведении свидетельствует прежде всего об избегании принятия решений и взятия на себя ответственности. По терминологии В.Шутца, личность, склонная отказываться от власти, тяготеющая к подчинению определяется как «абдикратическая» и характеризуется отказом от влияния на других в процессе межличностного общения. На сознательном уровне такая личность стремится освободиться от каких-либо обязательств и обязанностей, в том числе и от обязанностей контролировать других, уклониться от самостоятельного принятия решений, интуитивно она старается уходить от любых ситуаций, где может проявить себя беспомощной и некомпетентной. За подобного рода страхом сколько-нибудь сложных ситуаций стоит базальное недоверие к людям, даже враждебность, основанная на предположении о том, что в решающий момент ей будет отказано в помощи. Чаще всего враждебность при этом носит пассивно-агрессивный характер.

Подобный тип поведения в значительной степени присущ пациентам с различными формами госпитализма. Следует обратить внимание на то, что преобладание такого поведения нельзя объяснить биологической природой имеющегося у них расстройства, так как группа сравнения в нозологическом отношении вполне с ними сопоставима. Можно предположить, что решающую роль в формировании нажитой беспомощности играет длительная изоляция в психиатрических стационарах и отсутствие адекватных реабилитационных и реадaptационных мероприятий социальной и психокоррекционной направленности.

Среднее значение показателя по шкале  $Sw$  в основной группе и группе сравнения лежит в пределах диапазона средних значений. Между ними существует статистически достоверное различие ( $p=0,0378$ ). Достоверных различий с нормативной выраженностью этого показателя не выявлено. Таким образом, пассивный стиль поведения в группе больных с явлениями госпитализма реализуется главным образом за счет отказа от активного самоутверждения и частого предоставления возможности контроля за собой со стороны окружающих.

Для респондентов группы сравнения более

типичным является, по определению В.Шутца, «демократический» путь удовлетворения потребности в контроле, предполагающий возможность чувствовать себя практически одинаково уверенным и отдавая или не отдавая указания, и принимая или не принимая их, в зависимости от конкретной ситуации. Очевидно, респонденты этой группы являются более компетентными и ответственными. Учитывая нозологическую однородность сопоставляемых групп, можно связать описанные различия со специфическим влиянием длительного пребывания в психиатрическом стационаре.

Совокупный объем интеракций поведения контроля в группе пациентов с явлениями госпитализма достоверно меньше ( $p=0,00009$ ), чем в группе сравнения. В структуре общего объема интеракций в обеих сравниваемых группах интеракции поведения контроля занимают ведущее положение, что свидетельствует о наибольшей значимости утверждения важности своего влияния на других и ответственности за принятие решений.

Индекс противоречивости поведения контроля в основной группе имеет отрицательное значение, а в группе сравнения – положительное, не отличаясь при этом количественно на уровне статистической значимости. Отрицательное значение индекса  $Se-w$  указывает на преобладание интеракций требуемого поведения контроля, то есть еще более явного отказа от активного проявления своей жизненной позиции.

Потребность в аффекте в рамках концепции В.Шутца рассматривается как потребность устанавливать и сохранять удовлетворительные отношения с другими людьми с опорой на любовь и эмоциональные отношения. Стремление создавать и удерживать чувство взаимного, теплого, эмоционального отношения является основой реализации потребности в аффекте на эмоциональном уровне. При этом речь идет о способности реально любить остальных людей и о понимании того, что человек в достаточной степени любим другими людьми. Поведение в рамках удовлетворения потребности в аффекте направлено на сближение с партнером.

У пациентов основной группы средний уровень показателя по шкале «выраженное поведение аффекта» находится в диапазоне низких оценок; в группе сравнения он несколько выше, однако статистически это отличие недостоверно. Низкие уровни показателя означают, что индивид крайне осторожен и нерешителен в установлении близких чувственных отношений. Низкая

аффилиативная потребность (средний показатель в основной группе достоверно ниже ( $p < 0,04$ ) нормативного показателя), проявляющаяся в отсутствии стремления быть в близких, интимных отношениях с остальными, побуждения проявить к ним дружеские и теплые чувства может быть связана не только комплексом биологически детерминированных нарушений социально-перцептивного, регулярного поведенческого компонентов общения, но и с неблагоприятным влиянием длительного пребывания в психиатрическом стационаре. Аутистические тенденции во многом определяются недостаточностью регуляторной функции эмоционального компонента личностного общения, равно как и когнитивного и волевого, связанных с нереализованностью потребности во включении и в контроле. В группе сравнения, респонденты которых избежали воздействия длительной социальной деприватизации в условиях психиатрического стационара, как уже указывалось обнаруживают большую активность в установлении чувственно окрашенных интимных отношений. Кроме того, можно констатировать, что эти больные испытывают и гораздо большую потребность в том, чтобы к ним относились с любовью, дружески и тепло. Об этом свидетельствует статистически достоверно ( $p = 0,0002$ ) более высокий показатель желаемого поведения аффекта. По сравнению с пациентами основной группы, они имеют более привлекательную для самих себя Я-концепцию, воспринимают себя достойными и заслуживающими любовного и дружеского отношения других и не избегают интеракций, реализующих стремление быть с остальными в близких, интимных, теплых отношениях.

Пациенты с явлениями госпитализма, таким образом, испытывают не только боязнь включения, опирающуюся на убежденность в незначительности и малоинтересности своей личности, не только боязнь отношений контроля (восприятие себя как некомпетентного и безответственного), но и боязнь аффекции, проявляющейся в отношении к себе как к неприятной и непривлекательной личности.

Подобное самоотношение в основной группе подтверждается еще и тем, что средний показатель по шкале общего объема интеракции в области поведения аффекта (аффекции) в ней статистически достоверно ( $p = 0,002$ ) ниже, чем в группе сравнения, где он является, к тому же, и наибольшим среди суммарных показателей интеракций. Аналогичный смысл имеет и достоверное различие ( $p = 0,03$ ) средних показателей шкалы противоречивости поведения аффекта.

Подводя итог анализу данных, полученных с помощью опросника ОМО, можно констатировать, что для больных шизофренией с различными формами госпитализма характерно дефицитарное поведение (по определению Шутца) во всех областях межличностного общения. Другими словами, лица этого контингента, как правило, не предпринимают адекватных попыток удовлетворить ни одну из потребностей межличностного поведения.

Метод диагностики межличностных отношений (ДМО) представляет собой модифицированный вариант интерперсональной диагностики Т.Лири. Т.Лири в концепции данной методики развивает идеи Г.С.Салливэна, интерперсональная теория которого основана на важной роли оценок и мнений, значимых для данного индивида окружающих лиц, под влиянием которых формулируется идентификация со «значимыми другими». В дальнейшем, реализуя свою потребность в общении и в осуществлении своих желаний, человек соотносит свое поведение с оценками значимых других. Данные, полученные с помощью метода ДМО, представлены в таблице 2.

Методика ДМО, как и другие анкетные методы, не защищена от мотивационных искажений и в значительной степени подвержена влиянию установки испытуемого на процедуру обследования. Однако учет таких искажающих воздействий и сопоставление с результатами других методов исследования позволяют получить важную и достоверную информацию о самооценке испытуемых.

В настоящем исследовании пациенты обеих групп дважды заполняли опросный лист – один раз с позиции своего реального (актуального) состояния на момент обследования, а другой – с позиции того, каким представляется респонденту его собственный идеал.

При описании своего реального «Я» у пациентов основной группы средние значения по всем октантам оказались в диапазоне до 8 баллов (в среднем,  $5,38 \pm 0,51$ ). При описании идеального «Я» среднее значение было еще более низким ( $4,72 \pm 0,46$ ). Полученные результаты, таким образом, могут интерпретироваться, но необходимо учитывать и тенденцию к неполной искренности, неполному самораскрытию. В связи с этим указание автора русской адаптации методики (Собчик Л.Н.) на то, что «характеристики, не выходящие за пределы 8 баллов, свойственны гармоничным личностям» следует принимать с определенной коррекцией, учитывающей стремление к диссимуляции.

**Средние показатели по октантам методики межличностных отношений в сравниваемых группах**

Октанты		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
Группы	Основ-ная	Ро	5,30±0,55	4,86±0,41	4,38±0,37	4,86±0,40	6,91±0,50	5,22±0,37	6,13±0,52	5,40±0,63
		Идо	7,86±0,60	5,54±0,35	4,20±0,41	2,83±0,42	2,50±0,36	2,63±0,40	5,48±0,52	5,72±0,50
	Срав-нения	Рс	6,44±0,65	6,44±0,59	6,36±0,58	6,87±0,64	6,23±0,67	5,38±0,59	4,67±0,61	4,85±0,67
		Идс	7,79±0,62	4,92±0,49	5,79±0,52	3,34±0,60	4,31±0,55	3,97±0,55	5,72±0,66	6,74±0,74
Р	Ро/ Идо	0,0007*	0,366	0,816	0,005*	0,00003*	0,0003*	0,431	0,661	
	Рс/ Идс	0,036*	0,025*	0,536	0,008*	0,008*	0,009*	0,101	0,005*	
	Ро/ Рс	0,191	0,026*	0,003*	0,006*	0,415	0,801	0,078	0,570	
	Идо/ Идс	0,936	0,295	0,018*	0,458	0,004*	0,047*	0,780	0,283	

I – властный-лидирующий; II – независимый-доминирующий; III – прямолинейно-агрессивный; IV – недоверчивый-скептический; V – покорно-застенчивый; VI – зависимый-послушный; VII – сотрудничающий-конвенциональный; VIII – ответственно-великодушный; Ро – реальное Я в основной группе; Идо – идеальное Я в основной группе; Рс – реальное Я в группе сравнения; Идс – идеальное Я в группе сравнения.

Максимальным по степени выраженности при описании реального «Я» в основной группе оказался показатель по V октанту (покорно-застенчивый), вслед за ним в порядке убывания идут показатели по VII (сотрудничающий – конвенциональный), VIII (ответственно-великодушный) октантам, отражающим тенденции к покорности и конформизму. II, III, IV октанты имели наименьшие показатели, и лишь один из октантов, отражающий неконформные тенденции (I, властный – лидирующий), может по своей выраженности быть сопоставлен с октантами противоположной направленности. Пациенты с явлениями госпитализма, таким образом, стремятся представить себя подчиняемыми, конформными, неуверенными в себе, но в то же время не лишены независимого мнения и некоторой доли настойчивости и упорства. Эти данные существенно контрастируют с результатами исследования по ОМО.

Пациенты из группы сравнения, судя по тому, что общий средний показатель у них по всем октантам оказался несколько выше (5,91±0,6), были более искренними в своих ответах. В иерархии выраженности средних показателей по октантам первыми оказались IV, I; II, III, а более низкими остальные (минимальное значение имеет показатель по VII октанту (сотрудничающий – конвенциональный). Таким образом, стиль поведения в межличностных отношениях у пациентов без признаков госпитализма представляется более потенциально конфликтным и на-

ступательным.

Более точно оценить серьезность различий в самоописании тенденций межличностного общения позволяет статистический анализ различий показателей по октантам в сравниваемых группах при описании реального «Я».

По первому октанту достоверных различий в уровнях показателей выявлено не было; по II октанту (независимый –доминирующий) показатель достоверно выше ( $p=0,026$ ) у пациентов группы сравнения. Больные основной группы оказываются менее уверенными в себе, менее независимыми и способными к конкуренции.

Еще более статистически значимое ( $p=0,003$ ) различие имело место по показателю III октанта (прямолинейно-агрессивный). Речь, скорее всего, здесь идет, учитывая, что показатель не превышает 8 баллов, не столько о меньшей агрессивности больных с явлениями госпитализма, сколько о большой искренности, спонтанности, непосредственности поведения, большей последовательности, настойчивости, стеничности в достижении цели больных группы сравнения, которые оказываются менее детренированными в проявлениях социальной активности.

Средний показатель по IV октанту (недоверчивый – скептический) также достоверно ниже ( $p=0,006$ ) у пациентов с различными формами госпитализма. Они оказываются менее склонными к логическим рассуждениям по поводу различных жизненных коллизий, в большей степени склонны следовать иррациональным убежде-

ниям, «автоматическим мыслям» (в понимании А.Бека), более податливы мнению значимых лиц, авторитетов, легче уступают влиянию толпы.

По остальным октантам в описании реального «Я» достоверных различий установлено не было. Таким образом, при большей степени индивидуализированности в своем поведении, настойчивости, напористости пациенты группы сравнения оказываются не менее открытыми для сотрудничества, для принятия чужого мнения, не менее ответственными за принятие решений, совершение поступков. Поведение больных основной группы в общении представляется при этом менее сбалансированным и гармоничным.

Для лучшего понимания структуры личности изучаемых больных, важным компонентом которой является представление об идеале «Я», рассмотрим особенности образа идеального «Я» в каждой группе.

В основной группе средней уровень значения показателя по всем октантам составил  $4,72 \pm 0,46$ , что четко позволяет допустить возможность некоего искажения, направленного на достижение более желательного социального облика.

Наиболее высокое среднее значение, приближающееся к 8 баллам, в иерархии октантов идеального «Я» больных, находящихся на принудительном лечении, имеет I октант (властный – лидирующий), на втором месте – VIII (ответственно-великодушный), на третьем – II (независимо-доминирующий), на 4-м – VII (сотрудничающий – конвенциональный). В общих чертах можно сказать, что идеальному «Я» пациентами основной группы приписываются качества патерналистски действующей сильной, властной, независимой личности, дружелюбно разрешающей проблемы других. Можно предполагать, что в данном случае имеет место идентификация с образом идеального медработника, берущего на себя решение жизненных задач хронического больного с чертами госпитализма. Крайне низкие значения по октантам V и VI (ниже 3 баллов) могут быть связаны с вытеснением неизбежных оборотных сторон участия объекта в патерналистской модели оказания психиатрической помощи: зависимость от других, подчиненность, невозможность проявить инициативу, высказать свою точку зрения, полная покорность чужой воле, привычка быть «на подхвате», выполнять чужие, неприятные обязанности. Низкая оценка по IV октанту может свидетельствовать о вытеснении связанного с необходимостью подчинения и зависимости чув-

ства обиды, подозрительности, разрушающих идиллию патерналистских отношений критицизма и недоверия.

У пациентов из группы сравнения, иерархия величин средних показателей по октантам для идеального «Я» имеет во многом схожую структуру с иерархией показателей в группе больных с явлениями госпитализма. Ведущее место также занимает первый октант, а второе – восьмой, формирующие основные черты снисходительно-покрывающего образа сильной личности (по всей вероятности значимого образа субъекта медицинской помощи). Этому образу приписывается также непосредственность, настойчивость, наступательность в достижении цели, сочетающиеся со скромностью и развитым стремлением поспешить на помощь (высокие ранги 3-й и 4-й третьего и седьмого октантов). Как и в основной группе, минимальными (вытесняемыми) оказываются характеристики IV, VI и V октантов: зависимость от окружающих, постоянная потребность в помощи извне, несмотря на недоверие и подозрительность к окружающим, связанные с этим чувством вины.

При сходстве общих структур иерархии октантов в обеих сравниваемых группах пациентов, обусловленном оказанием им психиатрической помощи в рамках одной и той же патерналистической парадигмы, следует отметить меньший драматизм противоречий в группе сравнения (разница в значениях положительно идентифицируемых и вытесняемых тенденций в ней значительно меньше). Можно предположить, что при длительном пребывании в психиатрическом стационаре негативные эффекты оказываемой помощи максимальны.

Для уточнения характера различий в структуре «Я» у пациентов сравниваемых групп был проведен статистический анализ значимости различий в выраженности средних показателей по октантам между реальным и идеальным «Я».

В группе больных с госпитализмом имеет место высоко значимое ( $p=0,0007$ ) различие между уровнями показателя по первому октанту: идеальное «Я» предполагает значительно большую развитость организаторских способностей, реального «поведения контроля» (по В.Шутцу), способности достаточно высоко оценить себя. Идеальное «Я» больных основной группы представляется значительно менее обидчивым, недоверчивым, критичным к окружению, подозрительным (показатель реального «Я» достоверно выше ( $p=0,005$ ) показателя «Я» идеального по IV октанту). Другими словами, суще-

ствует тенденция вытеснять реально присутствующие (и досаждающие) качества. Можно рассматривать как подвергающиеся вытеснению такие характеристики реального «Я» как покорность, заниженная самооценка, привычка безропотно выполнять чужие обязанности, недостаток смелости в обозначении и отстаивании своей личностной позиции (об этом свидетельствуют достоверно ( $p=0,00003$ ) более низкий в рамках идеального «Я» показатель по пятому октанту. Вытесняются также и тенденции, ассоциируемые с VI октантом (показатель по нему для «Я» идеального достоверно ( $p=0,0003$ ) ниже): конформность, зависимость, постоянная нуждаемость во внешней помощи, отсутствие собственного мнения, неуверенность в собственных силах.

Осознанная неконгруэнтность поведения социальным условиям в процессе тестирования по ДМО проявляется в реципрокном изменении выраженности по показателям, отражающим противоположные тенденции – I и V, II и VI; III и VIII, IV и VIII. Такое взаимно уравновешивающее перераспределение у пациентов основной группы отмечается не только по I и V октантам: воспринимая степень своей подчиненности, покорности, занятости выполнением не своих обязанностей как чрезмерную, пациенты стремятся к тому, чтобы вести себя более самостоятельно, авторитарно, более по своему желанию и усмотрению.

Следует отметить, что стремление уменьшить степень конформности, зависимости, постоянной потребности во внешней помощи (VI октант) не встречает адекватного роста уверенности в себе, готовности к соревновательности, отстаиванию своей индивидуальной позиции (II октант). Не отмечено и адекватной реализации готовности к сопереживанию, помощи окружающим (VIII октант), стремлению снизить недоверие к другим, умерить подозрительность (IV октант). Кроме этого, отсутствуют какие-либо динамические сдвиги в паре III-VII октанты, отражающие баланс самоутверждения – аффилиации.

Таким образом, большинство попыток отделить более конгруэнтными свои отношения с окружающими представляются скорее «декларациями о намерениях», т.к. не сопровождаются изменением противоположно направленных тенденций.

В группе сравнения также отмечается ряд статистически значимых различий между средними показателями по октантам между «Я» ре-

альным (актуальным) и «Я» идеальным. Также как и в основной группе в рамках идеального «Я» видятся более развитыми и используемыми организаторские и контролирующие способности, подразумевается более высокий уровень самооценки (достоверность различий по первому октанту –  $p=0,036$ ). По второму октанту показатель в рамках идеального «Я» достоверно ниже ( $p=0,025$ ) показателя «Я» актуального, то есть пациенты в идеале видят себя более скромными, зависящими от мнения других, уклоняющимися от соперничества. Как ни парадоксально, но в рамках идеального «Я» одновременно оказывается достоверно более низким средний показатель по VI октанту (зависимый – послушный), то есть в идеале больные одновременно представляют себя и не нуждающимися в помощи и доверии со стороны окружающих, и не подчиняющимися общему мнению.

Идеальный образ «Я» в группе сравнения в том числе базируется и на достоверно более низком уровне показателя по четвертому октанту, то есть в идеале больные видятся более открытыми, доверчивыми, терпеливыми к чужим мнениям, менее критически настроенными. В рамках образа идеального «Я» пациенты группы сравнения за счет достоверно более низкого значения ( $p=0,008$ ) по пятому октанту хотели бы видеть себя менее застенчивыми, менее покорными, подчиняемыми, безропотно выполняющими задания других.

Показатель по VIII октанту оказывается в рамках идеального «Я» достоверно более высоким; это означает, что в идеальном варианте больные представляют себя более включенными в общественные дела, способными помогать другим, более покладистыми и жертвенными.

Насколько же координируют между собой перегруппировки выраженности тенденций в противоположно направленных октантах? Как уже указывалось, в противостоящих II и VI октантах отмечается одновременное снижение тенденций, что можно расценивать и как отражение поверхностных диссимулятивных тенденций, и как наличие амбивалентности, свойственной изучаемому нозологическому контингенту, по отношению к окружающим людям. Имеет место стремление отдалиться от любых – как предполагающих доминирование, так и субмиссию взаимодействий с другими (блокада поведения «включенности» по В.Шутцу). В паре III-VII октантов динамических перераспределений не установлено, то есть определенный базисный уровень агрессивности остается фиксированным



и не подлежащим коррекции.

Как и в основной группе имеет место адекватное ситуации перераспределение выраженности тенденций между I и V октантами: для пациентов группы сравнения, как и для пациентов основной является актуальным стремление к проявлению большей самостоятельности за счет уменьшения подчиняемости. Кроме этого, тенденция к эмансипации в группе сравнения адекватно поддерживается перераспределением выраженности показателей по IV и VIII октантам: в идеале предполагается перейти от скептически отгороженного отношения к более открытому, сочувственному, заинтересованному отношению к остальным.

Суммируя полученные результаты, можно констатировать, что длительная госпитализация в психиатрический стационар и стеснение спонтанной активности и проявлений индивидуальности у больных с госпитализмом накладывает более значительный отпечаток на структуру «Я» и спектр их поведенческих тенденций, чем у пациентов без проявлений госпитализма. Это свидетельствует о необходимости использования специальных форм организации терапевтической среды в психиатрическом стационаре, направленных на активацию межличностных отношений и реабилитационного потенциала, особенно у пациентов с длительными сроками госпитализации.

*Г.Г. Путятін*

## СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ГОСПІТАЛИЗМУ ХВОРИХ НА ПАРАНОІДАЛЬНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький державний медичний університет ім. М.Горького

Метою роботи була стандартизована оцінка особливостей міжособистісних відносин у хворих на параноїдну шизофренію з різними клінічними формами госпіталізму. Було обстежено 70 хворих у віці від 28 до 53 літ, серед них 48 чоловіків, 22 жінки. Для вивчення міжособистісних відносин були використані запитальник міжособистісних відносин (ЗМВ) В.Шутца та методика діагностики міжособистісних відносин (ДМВ) - адаптація методики Т.Лірі. Було визначено, що для хворих на шизофренію з різними формами госпіталізму характерно дефіцитарна поведінка у всіх областях міжособистісних відносин. Тривала госпіталізація знижує прояв індивідуальності у хворих на госпіталізм та значно впливає на структуру «Я» та спектр поведінкових тенденцій. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2007. — № 1 (17). — С. 53-61)

*G.G. Putyatin*

## SOCIAL-PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF HOSPITALISM BY PATIENTS SUFFERING FROM PARANOID SCHIZOPHRENIA

M.Gorky Donetsk State Medical University

The object of this work is the standardized definition of interpersonal relationship of patients suffering from paranoid schizophrenia with different clinical forms of hospitalism. 70 patients at the age of 28 up to 53 were examined, among them there are 48 men and 22 women. The interpersonal relationship checklist (IRC) of W.Schutz and methodology of interpersonal relationship diagnostics (IRD) adaptation of methodology of T. Leary - were used for this survey. It was stated that deficiency behavior in all areas of interpersonal relationship is typical for patients suffering from paranoid schizophrenia with different clinical forms of hospitalism. The long-termed hospitalism reduces the demonstration of individuality by patients suffering from hospitalism and dramatically influences the structure of «ego» and spectrum of behavior tendencies. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2007. — № 1 (17). — P. 53-61)

### *Литература*

1. 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.
2. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО «Лебедь», Донецк, 2002. — 279 с.
3. Мелехов Д.Е. Проблемы дефекта в клинике и реабилитации

- больных шизофренией//Врачебно-трудова експертиза и социально-трудова реабилитация лиц с психическими заболеваниями. — М., 1977. — с. 27 – 41.
4. Eisenberg L. The social construction of the human brain. American Journal of Psychiatry. 1995, 152. — p. 1563 – 1575.
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении. Томск, 1983. — 135 с.
6. Абрамов В.А. Реформирование психиатрии в Украине. Киев, Факт, 2000. — 183 с.

Поступила в редакцию 18.03.2007