

УДК 616.891-082.4+616-036.12

*И.В. Жигулина***ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ ГОСПИТАЛИЗМА У ХРОНИЧЕСКИ ИНВАЛИДИЗИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ ОБЩЕПСИХИАТРИЧЕСКИХ ОТДЕЛЕНИЙ**

Донецкая областная психоневрологическая больница – медико-психологический центр, Украина

Ключевые слова: госпитализм, хронически инвалидизированные пациенты, приспособительное поведение

В последние десятилетия во многих странах мира возрос интерес к целенаправленному изучению больных с хроническими психическими заболеваниями [1,2,3]. Актуальность этой проблемы обусловлена тенденцией к увеличению контингента пациентов с психиатрической инвалидностью, низкой эффективностью действующих медико-реабилитационных программ и необходимостью совершенствования психиатрической помощи, правовой и социальной защиты пациентов исходя из приоритетов прав и свобод человека.

Исторически сложившаяся централизация психиатрической помощи в крупных психиатрических больницах и отсутствие должного правового регулирования способствовали ее дегуманизации и появлению таких негативных феноменов как институционализм (госпитализм), неогоспитализм, дискриминация и стигматизация пациентов [4,5,6]. Распространенная тактика длительного пребывания хронически инвалидизированных пациентов в психиатрических стационарах, поглощая значительные материальные и финансовые ресурсы, по существу сводится к выполнению ограничительно-изоляционных функций и совершенно не предусматривает возможность социальной реинтеграции пациентов, защиты их гражданских прав и интересов. Значительная часть больных содержится в психиатрических стационарах не по медицинским показаниям, а по социальным причинам [7]. Продолжительные госпитализации формируют у этого контингента пациентов чувство отделенности от остальной части общества и полной зависимости от медицинского персонала, лечения и больничного режима, что, в конечном счете, приводит к утрате мотивации возвращения к реальной жизни, способности противостоять давлению социальных требований.

Хронически инвалидизированные («долгосрочные») пациенты - это проблема многоаспектная. В отличие от острых психозов, хроничес-

кие психические заболевания затрагивают все сферы жизни пациента: семью, работу, жилищные условия, досуг, социальные связи и т.д. Обусловленное болезнью значительное ограничение психических и социальных возможностей нередко потенцируется длительным пребыванием больных в стационаре. В клинической практике это явление известно под названием «госпитализм».

Термин «госпитализм» («институционализм») в современной психиатрии означает [8] совокупность явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре. В результате продолжительной социальной депривации в условиях психиатрических стационаров, работающих по устаревшим принципам изоляции, надзирательства, одностороннего медикаментозного лечения, наступает не только утрата всевозможных жизненных, бытовых практических навыков, но и выраженная личностная дезадаптация, которая ведет к утрате «социальной роли» больного, растворению его в повседневных стереотипных реакциях в соответствии с однообразием его больничного окружения. В целом, госпитализм можно рассматривать как клиническую реальность, в значительной мере являющуюся следствием односторонней клинко-биологической идентификации больного в условиях институционализированной психиатрической помощи.

Выделяют три фактора дестимулирующего влияния условий больничной среды: полная утрата контактов с внешним миром, стереотипное бездействие, авторитарная тактика со стороны медицинского персонала [8, 10]. 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. Положитель-

ной динамике хронических психических заболеваний препятствует также неогоспитализм, формирующийся при определении бессрочной инвалидности, особенно в молодом возрасте.

В литературе недостаточно освещена клиническая структура синдрома госпитализма, особенности его формирования в зависимости от условий больничной среды, социальной реабилитации и медикаментозной терапии. Не изучено влияние проявлений синдрома госпитализма

на течение и исход шизофрении в отдаленном периоде заболевания. Мало исследований посвящено разработке дифференцированных реабилитационных программ для больных шизофренией с выраженными проявлениями госпитализма после длительного стационарирования.

Целью настоящего исследования явилось углубленное изучение дефицитарных симптомов при шизофрении с точки зрения структурных особенностей, их тяжести и распространенности.

### Материал и методы исследования

Методом случайной выборки была отобрана группа из 90 больных параноидной шизофренией, находившихся на лечении в обще-психиатрических отделениях областной клинической психиатрической больницы г. Донецка. Среди обследованного контингента оказалось 45 мужчин и 45 женщин в возрасте от 20 до 50 лет. По образовательному уровню больные распределились следующим образом: большинство пациентов (76 человек) имели среднее или среднее специальное образование, 9 человек — неполное среднее, 4 человека — высшее образование. Половина больных к моменту последнего стационарирования ни разу не состояла в браке, 40 человек были разведены и только 5 человек имели свои семьи. Явную наследственную психопатологическую отягощенность удалось проследить у 19 больных (22%), причем в этих случаях близкие или дальние родственники опрошенных страдали шизофренией и лечились у психиатров.

У 27 пациентов период начала заболевания

приходился на возраст до 20 лет, у 43 — на период 21-30 лет, у 20 — после 30 лет. 66% больных страдают психическим заболеванием более 5 лет. 52% пациентов (47 человека) госпитализировались в психиатрическую больницу свыше 10 раз, при этом средняя длительность одной госпитализации у них превышает 4 месяца. Все пациенты имели вторую группу инвалидности.

У 70% больных (63 человека) выявлен апато-абулический тип дефекта, у 16% (14 человек) — психопатоподобный, у 14% (13 человек) — параноидный.

Исследование проводилось с использованием русской версии клинической шкалы SANS (Scale of the Assessment of Negative Symptoms). Оценивались следующие показатели:

1. Среднее значение выраженности симптома;
2. Общегрупповой показатель тяжести симптомов;
3. Общий суммарный показатель тяжести дефицитарных симптомов.

### Результаты исследования и их обсуждение

Системно-структурный анализ средних значений дефицитарных расстройств (18 симптомов сгруппированных в 5 групп с оценкой их тяжести от 0 до 5 баллов) позволил установить ряд закономерностей. Прежде всего, следует отметить, что ведущее место в структуре дефицитарных расстройств и по частоте встречаемости (практически в 100% случаев), и по степени выраженности (от 4,01 до 4,44 баллов; общегрупповой показатель выраженности симптомов — 4,27 балла) занимает ангедония с почти полным отсутствием активности и способности получать удовольствие от жизни у подавляющего числа больных. Вторую позицию занимают симптомы, объединенные в шкалу «апатия-абулия» (общегрупповой показатель выраженности симптомов — 3,57 балла). Более чем у половины больных эти симптомы достигали крайних

степеней выраженности. Наименее глубокими (от 2,81 до 3,44 баллов) оказались нарушения по шкалам «эмоциональное уплощение», «алогия» и «внимание». У подавляющего большинства больных симптомы, относящиеся к этим шкалам, не достигали выраженной степени, из чего следует, что не когнитивные расстройства и аффективное поведение составляют основу дефицитарных состояний при шизофрении. Так называемый шизофренический дефект главным образом определяется ангедоническими и апатоабулическими расстройствами, среднее значение выраженности которых составило 3,92 балла (при общем суммарном показателе тяжести всех дефицитарных симптомов — 3,2 балла  $p < 0,05$ ).

Различия общих суммарных показателей тяжести дефицитарных симптомов у мужчин (3,4

балла) и у женщин (3,1 балла) не носили характера статистической достоверности ( $p > 0,05$ ). Однако по отдельным симптомам шкалы SANS получены достоверные отличия. Прежде всего, это относится к большей тяжести у мужчин всех симптомов по шкале «апатия-абулия» и общегрупповому показателю по шкале «ангедония». Из этого можно сделать вывод о парциальности различий тяжести дефицитарных расстройств у женщин и мужчин и о преобладании у последних большей глубины фундаментальных признаков шизофренического процесса.

Различной модальности проявления шизофренического дефицита принято квалифицировать как симптомы дефекта или регресса личности. Поэтому представилось целесообразным разделить весь контингент исследованных больных на три группы в зависимости от степени выраженности шизофренического дефекта:

- нерезко выраженная (до 50 баллов);
- умеренно выраженная (51 — 80 баллов);
- выраженная (81 — 115 баллов).

В ходе проведенного исследования выяснилось, что на степень выраженности дефекта не влияют ни наследственная отягощенность, ни семейное положение, ни возраст начала заболевания. В то же время установлена определенная зависимость глубины регресса личности от длительности и типа течения заболевания, а также от общей продолжительности пребывания в психиатрическом стационаре.

У большинства (78%) больных с длительностью заболевания до 5 лет наблюдался умеренно выраженный дефект, у 22% он был нерезко выраженным, тяжелых изменений личности не было. У больных с давностью заболевания от 6 до 10 лет и более наблюдались достоверно более глубокие уровни регресса личности (среди пациентов, страдающих психическим заболеванием от 6 до 10 лет, умеренно выраженная степень дефекта встречалась у 55% больных, выраженная — у 45%; у пациентов с длительностью заболевания свыше 10 лет эти показатели 67 и 33% соответственно).

Существенное влияние на глубину дефекта личности оказывает тип течения заболевания. Непрерывно прогрессивная динамика значительно чаще проявляется выраженными формами регресса личности. Этим подтверждается известный клинический факт о большей злокачественности непрерывной прогрессивности заболевания.

Установлена также четкая ( $p < 0,01$ ) зависимость между глубиной дефекта личности и об-

щей продолжительностью госпитализаций в психиатрические стационары за весь период болезни больных. При длительности пребывания в стационаре свыше 3 лет практически у всех пациентов определяется достаточно выраженный распад психической и личностной сферы, прогрессирующий по мере увеличения сроков изоляции.

Проведенное исследование показало, что приступообразная динамика является основной разновидностью течения шизофрении. Даже непрерывная шизофрения в действительности протекала в форме приступов. Стабилизация процесса, обычно наступавшая после 3-4 приступа, как правило, не сопровождалась дальнейшим углублением дефицитарной симптоматики. О нарастании тяжести психического дефекта можно было думать лишь в контексте формирования и углубления симптомов патологической адаптации больных к десоциализирующим условиям больничной среды при длительном содержании их в психиатрическом стационаре. Однако эволюция болезни даже у лиц с длительностью заболевания свыше 10 лет практически не достигала максимальной выраженности ни по одному из компонентов негативной структуры психоза. Это свидетельствует, с одной стороны, об отсутствии тотальной дезорганизации психики (т.н. конечные состояния) и ее динамизме у исследованных больных, с другой стороны ставит под сомнение абсолютизирующую роль эндогенных механизмов в формировании дефицитарных расстройств, регресса и социальной дезадаптации личности.

Полученные нами данные позволили подтвердить 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 [9].

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 пациентов, чем собственно психическая болезнь. Можно также предположить, что начальные (первичные) про-

явления 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 интеграцию больных.

Пациент, 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 однообразным условиям психиатрического стационара при отсутствии мер социально реинтеграционного характера традиционно рассматривается с позиций госпитализма или институционализма.

В этой связи нами были разработаны диагностические критерии и типология госпитализма у исследованных больных шизофренией. Выделено 3 типа госпитализма:

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

У 12 человек (14%) признаков госпитализма не выявлено. Более или менее выраженные проявления госпитализма установлены у 78 пациентов (86%). К общим признакам госпитализма отнесены:

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

*Синдром депривационной десоциализации* (30 чел., 32,0%). Основной предпосылкой его формирования является длительная изоляция больных в общепсихиатрических отделениях и дестимулирующее влияние условий больничной среды. Распространенность этого варианта госпитализма прямопропорциональна продолжительности заболевания и общей длительности

стационарного лечения.

Чаще всего он проявляется в структуре аспонтанно-апатического дефекта личности и характеризуется полной утратой социальных, в т.ч. семейных и родственных связей, инициативы, побуждений к деятельности. Патологическая адаптация к условиям стационара проявлялась в выраженной ригидности психики и крайне упрощенном жизненном стереотипе больных. У них обнаруживалась полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях в обществе, нивелировались преморбидные особенности личности. Постепенно нарастала беспомощность в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; утраченной оказывается вся предыстория жизни человека.

*Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента* (43 чел., 48%) был обусловлен взятием медперсоналом всей ответственности за судьбу больного (авторитарная позиция) и полным лишением его самостоятельности, каких-либо полномочий, возможности самоопределения. Возникающая в этих условиях личностная инактивация пациентов является отражением не только процессуальной дефицитарной симптоматики, но и следствием систематической опеки и покровительства со стороны медперсонала.

Этот тип госпитализма проявляется в структуре аутистически-безучастного типа дефекта личности. Он характеризуется моральной ангедонией, потерей интереса к практической деятельности, отвержением или боязнью усилий, отсутствием моторной активации, оцепенением, ленью, аффективным безучастием. Достаточно быстро формируется симптомокомплекс утраты аффективного интереса: отсутствие инициативы и любознательности, беспечность, однообразная монотонность поступков, «заостренность» эмоций. Аффективная тональность больного складывается из инертности, безучастности и негативизма, что клинически составляет основания для разрыва витальных контактов и полной утраты интереса к семейной и сексуальной жизни.

Такой, наиболее распространенный вариант госпитализма (по типу «аутистически замкнутой системы личности») конечном счете способствует разрушению связей с окружающим миром, прекращению социальных отношений, разрушению архитектоники реальных межлических

связей в их аффективно-социальном выражении («не быть в мире»). Следует отметить, что именно этот вариант госпитализма лежит в основе распространенного мифа о тотальной измененности больных шизофренией как исключительного следствия разрушительных процессуальных механизмов самого заболевания.

*Синдром фармакогенного психоэмоционального и социального регресса личности* (5 чел., 6%). Отличительной особенностью этого типа госпитализма была его зависимость от длительного, клинически недифференцированного применения психотропных препаратов. Клинически у них преобладала астеническая и апато-абулическая симптоматика в виде вялости, истощаемости, замедленной моторики с общей скованностью, монотонного и ригидного аффекта, безинициативности, ассоциативной тугоподвижности, притупленности внимания. Социальное снижение проявлялось в бездеятельности, негативном отношении к включению в трудовые процессы и к выписке из больницы. Характерной особенностью явилось то, что при коррекции медикаментозной терапии и снижении дозы психотропных препаратов уменьшилась глубина дефицитарных проявлений: больные становились живыми и подвижными, у них уменьшились явления общей скованности, возрастал интерес к окружающей обстановке и собственной судьбе.

Госпитализм в совокупности с признаками процессуального регресса личности в определенной мере преломлялся в различных типах приспособительного поведения, которое рассматривалось как преобразованный болезнью способ взаимодействия больного с окружающей (общепсихиатрическое отделение) действительностью. У четырех пациентов (4%) выявлен конструктивный тип приспособленного поведения, характеризовавшийся преимущественно социоцентрической направленностью, реалистическим отношением к окружающей среде и своим возможностям, стремлением к удержанию и развитию достигнутых социальных позиций. Деадаптивные формы приспособительного поведения в зависимости от его модальности были сгруппированы следующим образом:

1. Регрессивное приспособительное поведение (47 человека, 52%) отличалось аутистической направленностью, интроверсией, высокой степенью отрицания реальности, индифферентным отношением к окружающему, зависимой жизненной позицией и низким уровнем собственной продуктивной активности, негативистическим поведением.

2. Дезорганизованное приспособительное поведение (18 человек, 20%) характеризуется утратой мотивосообразности, целевой ориентации, ситуативной детерминированности, беспорядочностью и стереотипностью поступков.

3. Амбигендентное приспособительное поведение (21 человек, 24%) проявляется психомоторными нарушениями в виде амбигендентной нерешительности, кататоноподобных проявлений в мимике, жестах, позах и поступках, моторной импульсивности, противоречивыми инстинктивными порывами, сочетанием пассивной сопротивляемости с нелепой подчиняемостью, парадоксальными и алогичными действиями, причудливой манерностью.

Анализируя особенности госпитализма у больных шизофренией, следует отметить определенную условность представленной типологии, т.к. во многих случаях наблюдалось сочетание клинических проявлений и механизмов формирования, характерных для различных его вариантов. Об этом свидетельствует и отсутствие принципиальных различий показателей тяжести дефицитарной симптоматики при различных типах госпитализма. Можно отметить только тенденцию к большей выраженности дефекта личности (общая оценка по всем шкалам) при патерналистическом типе госпитализма.

По-видимому, госпитализм, как проявление неблагоприятного влияния больничной среды и длительной изоляции, чаще всего имеет многофакторную обусловленность, что необходимо учитывать при разработке индивидуальных реабилитационных программ.

Проведенное исследование показало, что клинические и социально-психологические проявления госпитализма по своей структуре были неоднородны и определялись, во-первых, недостаточностью реабилитационной тактики, во-вторых, определенным образом были связаны с преобладающей психопатологической симптоматикой; в третьих, являлись прямым следствием неадекватной медикаментозной терапии.

Следует отметить, что структура синдрома госпитализма складывается не только из явлений жизненной дезадаптации и личностных изменений самого больного. В результате длительного стационарирования существенно меняется отношение к больному его близких, обслуживающего персонала и даже врачей-психиатров, что, в свою очередь создает новые предпосылки для еще более выраженного социального снижения личности больного. Именно поэтому для преодоления последствий длительной изоляции в ста-

ционаре существенное значение имеет одновременное воздействие на больного «его личными усилиями и усилиями врача, а также с помощью семьи и общества» (т.н. реинтегративная терапия по J. Howells), «бифокальная» и трифокальная реабилитация.

Таким образом, представленные данные стандартизованного клинического исследования позволили объективизировать структуру и тяжесть дефицитарных расстройств у больных параноидной шизофренией, установить факторы, ока-

зывающие неблагоприятное влияние на выраженность симптомов и тяжесть психического и личностного дефекта. Показана негативная роль длительного пребывания больных в условиях психиатрического стационара, способствующего формированию у них различных форм госпитализма и дезадаптивного поведения. Это является аргументом в пользу более широкого использования альтернативных форм психиатрической помощи, снижающих вероятность неблагоприятных исходов при шизофрении.

*I.V. Jigulina*

## **ОСОБЛИВОСТІ ГОСПИТАЛІЗМА У ХРОНІЧНО ІНВАЛІДИЗОВАНИХ ПАЦІЄНТІВ ЗАГАЛЬНОПСИХІАТРИЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ**

Донецька обласна психоневрологічна лікарня – медико-психологічний центр, Україна

Робота ґрунтується на результатах дослідження 100 хворих загальнопсихіатричного відділення, страждаючих на шизофренію. Надані характеристики типів госпіталізму. Описані види пристосованої поведінки. Вказана негативна роль довготривалого перебування в умовах психіатричної лікарні. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2002. - № 1 (9). - С. 60-65)

*I.V. Jigulina*

## **THE PECULIARITY OF GOSPITALISM OF THE PATIENTS WITH BY CHRONIC INVALIDITY DISEASES IN GENERALPSYCHIATRIC DEPARTMENT**

Regional psychoneurologic hospital – medical-psychological center, Donetsk, Ukraine

The work is based on outcomes of an inspection of 100 patients in generalpsychiatric department. The types of gospitalism and adapt behaviour are describe. The negative role of the long stay in generalpsychiatric department is shown. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2002. - № 1 (9). - P. 60-65)

### *Литература*

1. Read J., Baker S. Not Just Sticks and Stones. A Survey of the Stigma, Taboos and Discrimination Experienced by People with Mental Health Problems. London: MIND, 1996.
2. Carling P.J. Major mental illness, housing and supports: The promise of community integration. American Psychologist. 1990, 45 (8). – P.969-975.
3. Тэлботт Д.Э. Уроки относительно хронически психически больных, извлеченные, начиная с 1955 г. Шизофрения. Изучение спектра психозов. Под редакцией Р.Дж.Энсилла, С.Холлидея, Дж.Хигенботтэма. М., «Медицина», 2001. – С.15-36.
4. Абрамов В.А. Психиатрия как объект социальной политики государства. Донецк. – 2001. – 130 с.
5. Подкорытов В.С. Задачи и пути реорганизации психиатрической помощи в Украине в современных условиях. Вісник асоціації психіатрів України. 2001, 1-2. – Стр.35-47.
6. Чуркин А. А. Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний. Руководство по социальной психиатрии. Под редакцией Т. Б. Дмитриевой. М. «Медицина». 2001.-с.296-314.
7. Литвиненко В.И. Патернализм в психиатрии. Вісник Асоціації психіатрів України. 1998, 2.- С. 60-68.
8. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). 1983, Томск. – 136 с.
9. Воловик В.М. Функциональный диагноз в психиатрии и некоторые спорные вопросы психиатрической диагностики. Теоретико-методологические проблемы клинической психоневрологии. Ленинград. 1975. – С.79-89.
10. Macpherson R., Jerrom B., Hughes A. Relationship between insight, educational background and cognition in schizophrenia // The British Journal of Psychiatry. – 1996, Vol.168, 6. – P.718-722.

Поступила в редакцию 21.06.2002г.