

Субъективная оценка семейных отношений пациентами гериатрического стационара с синдромом госпитализма

Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Карпова Э.Б., Петрова Е.Н., Незнанов Н.Г.
Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева

Резюме. В настоящем исследовании рассматриваются психосоциальные компоненты синдрома госпитализма у пожилых пациентов с аффективными расстройствами. В качестве методов использовались полуструктурированное клинико-психологическое интервью, направленное на изучение отношений в родительской и релевантной семье пациентов, а также экспериментально-психологические методики, позволяющие оценить индивидуально-личностные особенности, локус контроля и семейные отношения обследуемых. В результате анализа были обнаружены признаки, свидетельствующие о снижении значимости семьи, уменьшении эмоциональной вовлеченности в семейные отношения и дистанцировании от родственников у пациентов с госпитализмом по сравнению с контрольной группой.

Ключевые слова: геронтопсихология, синдром госпитализма, стратегии адаптации к старости, адаптация к болезни, депрессии позднего возраста, семейные отношения, привязанность.

Subjective assessment of family relations by geriatric patients with hospitalism

Beltceva I.A., Zalutskaya N.M., Karpova E.B., Petrova E.N., Neznanov N.G.
V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute, Saint-Petersburg

Summary. There are researched psychosocial components of hospitalism in elderly patients with affective disorders. We were using clinical and psychological semi-structured interview as a method focused on the investigation of relations in the parent and the relevant families of patients. In addition there were being used personality and family relationships questionnaires, locus of control personality research. According to the survey, there have been found out signs indicating de-emphasis of family, reducing of emotional involvement in family relationships and distancing from relatives in patients with hospitalism compared with the control group.

Key words: gerontopsychology, hospitalism, strategy of adaptation to old age, sickness adaptation, late-life depression, family relationships, attachment.

В условиях реформирования отечественного здравоохранения и постепенного изменения парадигмы в сфере охраны психического здоровья с биологической на биопсихосоциальную отмечается, с одной стороны, увеличение доли социальных и психологических мероприятий в лечебном процессе, с другой стороны, тенденция скорейшим образом интегрировать потребителей медицинских услуг в общество, сокращая сроки госпитализации [3]. Одной из наиболее сложных проблем в данном отношении становится оказание медицинской помощи лицам пожилого возраста, для которых характерна распространенность различных заболеваний и необходимость повторных длительных госпитализаций. Именно в этом возрасте часто появляются и хронизируются соматические заболевания, а также происходят неблагоприятные перемены в социальном положении и микросоциальном окружении, что оказывает дополнительную нагрузку на психическую сферу пожилого человека и его адаптационные возможности и повышает риск возникновения психических расстройств [13]. По данным Научного центра психического здоровья РАМН, примерно 42% пожилого населения России нуждается в различных видах специализированной психиатрической помощи. Пожилые люди чаще других возрастных групп предпочитают стационар-

ное лечение и занимают от 12% до 21% всех психиатрических больничных коек [9].

В контексте вышесказанного, проблема госпитализма среди пожилых пациентов с психическими расстройствами представляется крайне актуальной и важной [1]. Термин «госпитализм» большинством исследователей понимается как совокупность явлений жизненной дезадаптации вследствие длительного пребывания в стационаре [7; 10]. Если у детей синдром госпитализма определяет отставание психического развития, то у взрослых он проявляется в преждевременном регрессе психических функций без соответствующих клинических оснований к этому, в усиливающейся изоляции больного [2; 6]. Наряду с отмечаемой разными авторами негативной симптоматикой, развивающейся при длительном стационарном лечении, обращает на себя внимание возникающая и возрастающая зависимость пожилых пациентов от больничной среды, которая проявляется в установочном поведении относительно пребывания в клинике.

Продолжительная социальная депривация и особенности больничной среды, в которой оказывается пациент, приводят к угасанию практических навыков, мотивационно-ценностной перестройке и серьезным личностным изменениям в целом. Предупреждение госпитализма и осла-

бление его проявлений М.М. Кабанов рассматривал в качестве одной из важнейших задач реабилитации. Реализация этого этапа возможна только при сочетании биологической терапии с психосоциальными мероприятиями, направленными на развитие самообслуживания и самостоятельности, стимулирующими социальную активность и возвращение к труду [6].

На сегодняшний день остаются мало разработанными клинические и психосоциальные факторы формирования этого синдрома у пациентов с различными психическими заболеваниями. У пациентов гериатрического профиля изучение госпитализма усложняется сопутствующими физиологическими и психосоциальными изменениями, определяющими трудности дифференциации изменений, связанных с процессом старения, симптомов психического расстройства и собственно госпитализма. Отсутствует также многомерный анализ социально-демографических и индивидуально-личностных особенностей пациентов с госпитализмом: семейное положение, особенности воспитания, образование, трудовой стаж и трудовые установки, особенности межличностного взаимодействия, направленность интересов и ценностные ориентации, материальная обеспеченность и т.д. [6, 10].

Изучая личность пожилых людей, многие исследователи отмечали нарастание негативных личностных характеристик, таких как ригидность, раздражительность, эгоцентризм, подозрительность, обидчивость, упрямство, замкнутость, пессимизм и т.д. [12]. Более поздние лонгитюдные исследования подвергли сомнению существенные изменения ядра личности в старости, подтвердили гипотезу о сохранности личностных черт. Выявленные противоречия в ряде случаев обусловлены смещением влияния болезни и возрастного фактора на изменения личности пожилых людей [5]. Вызывают интерес исследования потребностно-мотивационной сферы, согласно которым у пожилых людей на первый план выходит потребность в независимости, избегании страданий, проецировании других своих психических проявлений; при этом у женщин преобладает потребность в заботе о других, у мужчин — в автономии и материальной независимости [5]. М.В. Ермолаева рассматривает 2 стратегии адаптации к старости: «сохранение себя как индивида» и «сохранение себя как личности». Первый вариант предполагает сохранение эмоциональных ресурсов за счет значительного сокращения или полной утраты значимых социальных связей. Вследствие этого у пожилых людей наблюдается снижение самоконтроля, заострение личностных черт, истощение чувствительности, — «картина эмоциональных переживаний человека приобретает специфическую старческую окраску, характерную для сенсорной депривации» [5]. В то время как другой вариант предполагает активное поддержание значимых социальных связей и, следовательно, большие эмоциональные затраты.

По данным разных исследований, неоднозначную роль в жизни пожилых людей играет семейное окружение. В большинстве случаев семейное окружение помогает справиться с жизненными тяготами, однако, преимущественно с острыми, нежели с хроническими. При этом пожилые люди из небольших по численности семей оценивают семейные отношения как гармоничные чаще, чем люди из больших семей. [11] Отмечается сложность и противоречивость супружеских отношений. С одной стороны, длительные супружеские отношения в значительной степени определяют круг общения, интересы, занятость пожилых людей и являются источником поддержки для них. С другой стороны, в силу сложностей предыдущего опыта и заострения личностных черт, общение супругов нередко наполнено взаимными обидами, претензиями и разочарованием. Иными словами, его можно охарактеризовать как «вместе — невыносимо, но врозь — невозможно» [5]. Несмотря на общую тенденцию к усилению эмоциональной связи в старости с братьями и сестрами, это общение также отличается нестабильностью и неоднозначностью. Нередко самыми близкими людьми для пожилых становятся внуки. Однако по мере взросления внуков и достижения ими подросткового возраста, отношения с бабушками и дедушками претерпевают изменения, и близость ослабевает [5].

Неудовлетворительные семейные отношения часто становятся причиной переживания одиночества в пожилом возрасте. Большинство исследователей определяют одиночество как субъективное переживание, не отождествляемое с фактической изоляцией, возникающее в результате дефицитарности человеческих отношений [14]. Таким образом, ощущение одиночества в старости может развиваться как вследствие реального изменения микро- и макросоциальной ситуаций и наличия психотравмирующих событий (уход на пенсию, переезд родственников, смерть супруга), так и, в случае их отсутствия, в результате изменения качества отношений с родственниками.

Пожилым возрастом рассматривается как второй пик депрессивных расстройств. Американские исследователи описывают депрессию как самое закономерное эмоциональное состояние в старости [15]. По различным данным, распространенность депрессий в позднем возрасте варьирует от 5 % до 44% [13].

Понятие депрессии позднего возраста используется для обозначения болезненных состояний, впервые появившихся в позднем возрасте, а также для подчеркивания возрастной специфики депрессивных проявлений при рецидиве заболевания многолетней давности [8].

Для депрессии старческого возраста характерно постоянно грустное настроение, чувство вины перед близкими за свою бесполезность, снижение самооценки, повышение чувствительности к любым внешним факторам, обесценивание прошлого, что в значительной мере затрудняет его переосмысление. При этом нередко наблюдается пол-

ное уклонение от контактов, замыкание в себе и своем одиночестве [5].

Цель исследования

Настоящая работа представляет собой пилотажное исследование, в котором была предпринята попытка проанализировать некоторые психосоциальные и личностно-поведенческие факторы госпитализма у пожилых пациентов относительно однородной нозологической группы.

Материалы и методы

Исследование проводилось в рамках комплексного многомерного исследования, осуществляемого в геронтопсихиатрическом стационаре НИПНИ им. В.М. Бехтерева, направленного на выявление клинических и психологических предикторов и маркеров синдрома госпитализма у пожилых людей с психическими расстройствами [1]. На основании анализа большого массива клинико-динамических характеристик были выделены наиболее значимые факторы, определяющие вероятность наличия синдрома госпитализма у пациентов рассматриваемой группы. В числе таких факторов значатся: «акцентуация характера, его дисгармоничная структура в преморбиде; ухудшение состояния за несколько дней до выписки; установка на продолжение лечения в стационаре даже после купирования острой симптоматики и стабилизации состояния при наличии благоприятных условий для продолжения лечения амбулаторно; устойчивая тенденция на протяжении заболевания к увеличению количества дней, проведенных в стационаре; устойчивая тенденция к сокращению промежутков между госпитализациями по мере течения заболевания; большая средняя продолжительность госпитализации; продолжительность госпитализации, во время которой проводилось обследование, больше средней для данного диагноза» [1].

В исследовании участвовало 35 женщин в возрасте от 55 до 83 лет. Все пациенты проходили лечение на отделении гериатрической психиатрии НИПНИ им. В.М. Бехтерева в связи с аффективными расстройствами (F30 — F39 по МКБ-10). В экспериментальную группу вошло 18 женщин с диагностируемым синдромом госпитализма согласно выделенным на отделении критериям, в контрольную группу — 17 женщин без синдрома госпитализма. В исследование не включались пациенты с выраженными интеллектуальными нарушениями, с инвалидизирующим соматическим заболеванием и с фармакологической резистентностью. У всех пациентов были диагностированы сопутствующие соматические заболевания. Среднее значение индекса коморбидности Чарлсона в группе пациентов без госпитализма составил $3,6 \pm 1,4$ (от 1 до 6), в группе пациентов с госпитализмом — $3,8 \pm 1,8$ (от 1 до 7). Показатель в обеих группах соответствует характерной для пожилых людей высокой частоте выявления сочетан-

ной патологии; статистически значимых различий между группами обнаружено не было.

У всех обследованных пациентов есть близкие родственники, с которыми поддерживаются отношения: 57,6% опрошенных проживают вместе с родственниками, 42,4% живут одни. 54,3% пациентов имеют высшее образование, 5,7% — среднее, 40% — среднее специальное. 17,1% пациентов на момент обследования продолжали трудовую деятельность, 82,9% не работали, из них 20,7% были вынуждены оставить работу в связи с психическим заболеванием.

Основным исследовательским методом стало клинико-психологическое интервью, направленное на исследование особенностей семейных взаимоотношений в родительской и релевантной семье пациентов. Также были использованы экспериментально-психологические методики, оценивающие особенности семейных отношений пациентов и личностные характеристики, играющие важную роль в развитии межличностных отношений. В качестве методик использовались: шкала семейного окружения в адаптации С.Ю. Куприянова (1985), методика диагностики межличностных отношений Т. Лири в адаптации Л.Н. Собчик (1972), пятифакторный опросник личности в адаптации А.Б. Хромова (2000), уровень субъективного контроля Е.Ф. Бажина, Е.А. Голынкиной, А.М. Эткинда (1984). Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью анализа выборочных частот, χ^2 Пирсона, непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

Результаты исследования

Предполагалось, что у пациентов с синдромом госпитализма будут наблюдаться более выраженные признаки одиночества по сравнению с контрольной группой. О наличии одиночества свидетельствовали такие характеристики, как отсутствие близких родственников, доступных общению, неудовлетворенность существующими семейными отношениями, либо снижение привязанности к родственникам. В качестве возможных факторов, определяющих актуальные родственные связи пациентов, рассматривались особенности родительской семьи и способов взаимодействия в ней (социально-демографические характеристики семьи, субъективная оценка родителей, наличие конфликтов, способы разрешения конфликтов), опыт супружеских отношений (напряженность в отношениях, общие интересы и круг общения, наличие поддержки со стороны супруга, разногласия, способы разрешения конфликтов, переживание разлуки), а также личностные особенности пациентов, диагностируемые с помощью опросников.

В ходе анализа ответов пациентов на вопросы клинико-психологического интервью были обнаружены следующие статистически значимые закономерности ($p \leq 0,05$): пациенты с госпитализмом реже отмечают большое количество общих друзей с супругом, чем пациенты без госпитализма

(25,0% и 50,0% соответственно); пациенты с госпитализмом реже сомневаются по поводу напряженности супружеских отношений, нежели пациенты без госпитализма (8,3% и 50% соответственно); пациенты с госпитализмом реже оценивают разлуку с близким родственником как тягостную, нежели пациенты без госпитализма (6,7% и 53,3% соответственно). По остальным признакам, рассматриваемым в интервью, статистически значимых различий между двумя группами обнаружено не было.

При анализе экспериментально-психологических методик были обнаружены следующие общегрупповые особенности. У пациентов обеих групп диагностируются средние нормативные показатели экстраверсии, привязанности, самоконтроля, эмоциональной устойчивости и экспрессивности (пятифакторный опросник личности). Для пациентов обеих групп характерна умеренная выраженность таких характеристик как подчиняемость, зависимость, подозрительность, альтруистичность, дружелюбие и одновременно заниженные по сравнению с нормативными показателями авторитарности, эгоистичности и агрессивности (методика диагностики межличностных отношений Т. Лири).

При оценке семейных отношений диагностируются высокие показатели по шкалам «конфликт» и «независимость», низкие показатели по шкалам «ориентация на достижения», «интеллектуально-культурная ориентация» и «морально-нравственные аспекты». По остальным шкалам результаты близки нормативным (методика ШСО).

Для пациентов обеих групп характерен экстернальный локус контроля в области достижений, в области неудач, а также в производственной сфере. В то же время в обеих группах отмечается достаточно высокий уровень интернальности в межличностных отношениях. По этому показателю были получены статистически значимые различия между группами: у пациентов с госпитализмом показатель интернальности в данной сфере ниже, чем у пациентов без госпитализма ($p \leq 0,05$).

Обсуждение

Выявленные данные свидетельствуют о внутренней сложности и противоречивости синдрома госпитализма. Отсутствие явных связей с признаками одиночества может говорить о видоизменении качества взаимодействия пациентов с госпитализмом с окружающими людьми, эмоциональном дистанцировании и потере привязанности. Это подтверждается ответами испытуемых на вопросы, касающиеся переживания разлуки с близкими. Пациенты с госпитализмом отмечают отсутствие сильных переживаний в связи с расставанием с членами семьи. Интересным представляется и то, что пациенты с синдромом госпитализма реже отмечают неоднозначность напряженности супружеских отношений по сравнению с контрольной группой, предпочитая од-

нозначную характеристику отношений. Учитывая особенности супружеских отношений в пожилом возрасте, наличие неоднозначности, некоторой сложности в них представляется вполне закономерным. В то же время отсутствие такой неоднозначности может свидетельствовать о низком уровне рефлексии собственных отношений, о способе защиты в виде ухода от признания возможных проблем в отношениях. Выявленная дефицитарность общих друзей с супругом у пациентов с госпитализмом может служить своего рода проводником в другую важную сферу жизни пациентов, сферу дружеских отношений и макросоциального функционирования, которая требует отдельного тщательного исследования.

Полученные данные можно интерпретировать в рамках предложенной М.В. Ермолаевой классификации типов адаптации к старости. Адаптация по типу «замкнутого контура», предполагающая сохранение себя как индивида путем сбережения эмоциональных затрат, сопровождается снижением уровня привязанности и наличием эффектов эмоциональной депривации. Таким образом, психологические аспекты синдрома госпитализма в контексте семейных связей пациентов связаны со снижением интенсивности чувств к родственникам вплоть до полной утраты эмоциональной привязанности. Данные результаты согласуются с известными следствиями госпитализма у детей, когда продолжительное пребывание в больнице или в воспитательных учреждениях, сопровождающееся отрывом от родных, приводит к серьезным изменениям эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений, в частности, к снижению жизненной активности, потере интереса самоактуализации в обществе, невозможности устанавливать прочные, глубокие связи, тенденции к иждивенчеству, сниженной самооценке и переживанию собственной ущербности [4]. В то же время перечисленные особенности эмоциональной сферы и внутрисемейных отношений могут быть связаны с возрастными изменениями и депрессивной симптоматикой, определяющими тенденцию к уходу пациентов от актуального общения в семье в «госпитализм».

По результатам экспериментально-психологических методик были выявлены различия по шкале интернальности в области межличностных отношений, т.е. пациенты с синдромом госпитализма и без него в разной степени чувствуют себя ответственными за построение межличностных отношений. При этом следует обратить внимание на то, что в целом все обследованные пациенты характеризуются высокой интернальностью в этой сфере, что может обуславливать склонность к самообвинению, характерную для пациентов с аффективными расстройствами.

Вызывают интерес и полученные результаты по шкалам зависимости в разных методиках. Пациенты обеих групп оценивают себя как достаточно зависимых, подчиняемых, альтруистичных (методика Т. Лири). При этом они отмечают, что в их семьях поощряется независимость, самостоя-

тельность, стремление к самоутверждению (методика ШСО). Это может являться причиной внутрисемейных конфликтов, что подтверждается достаточно высоким показателем одноименной шкалы (методика ШСО).

Низкие показатели ориентации на достижения, интеллектуально-культурной ориентации и морально нравственных аспектов при оценке семейного окружения могут свидетельствовать о недостатке соответствующих ресурсов в семьях пожилых пациентов с аффективными расстройствами.

Выводы

Семейная ситуация пожилых пациентов психиатрического стационара с синдромом госпитализма по основным социально-демографическим и психологическим характеристикам значительно отличается от пациентов без синдрома госпитализма.

В то же время на основании полученных данных, косвенно свидетельствующих о степени эмоциональной вовлеченности в семейные отношения, можно говорить о тенденции к снижению значимости семейных отношений, дистанцированию и потере привязанности к родственникам у пожилых пациентов психиатрического профиля с синдромом госпитализма.

Вместе с тем остается открытым вопрос о причинно-следственных связях госпитализма и выявленных изменений межличностного взаимодействия в семье.

Результаты экспериментально-психологического исследования свидетельствуют об изменении сферы межличностных отношений за пределами семейных отношений у пожилых пациентов психиатрического профиля с синдромом госпитализма, что требует дальнейших уточняющих исследований.

Литература

1. Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г. Клинические следствия госпитализма у пожилых пациентов с психическими расстройствами // *Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. — 2015. — № 4. — С. 109–116.
2. Васильева Е.А. Комплексная психосоциальная помощь больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с высокой, не обусловленной клиническими показаниями, обращаемостью в психиатрические учреждения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 2006. — 21 с.
3. Гебель К.М. Динамика клинических и медико-психологических характеристик в процессе реабилитации больных шизофренией, утративших социальные связи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2009. — 25 с.
4. Дмитриева С.А. Психологические особенности эмоциональной сферы воспитанников детского дома младшего школьного возраста с задержкой психического развития: автореф. дис. ... канд. психол. наук. — Красноярск. — 2006. — 22 с.
5. Ермолаева М.В. Психология зрелого и позднего возрастов в вопросах и ответах: Учебное пособие. — М.: Издательство Московского психолого-социального института. — 2004. — 280 с.
6. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. — Изд. 2-е, доп. и перераб. — Л.: Медицина. — 1985. — 265 с.
7. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (клинико-реабилитационные аспекты). — Томск: Изд-во Томского Университета. — 1983. — 136 с.
8. Михайлова Н.М. Депрессии в позднем возрасте [Электронный ресурс] // *rmj.ru: Русский медицинский журнал* — URL: http://www.rmj.ru/articles/psikhiatriya/Depressii_v_pozdnem_vozraste/?16 (дата обращения: 02.04.2016)
9. Организация психиатрической помощи лицам пожилого и старческого возраста: Пособие для врачей. — М. — 2001. — 17 с.
10. Путьтин Г.Г. Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией // *Журнал психиатрии и медицинской психологии*. — 2008. — № 3. — С. 16–21.
11. Стюарт-Гамильтон Я. Психология старения. — СПб.: Питер. — 2002. — 320 с.
12. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. — М.: Медицина. — 1996. — 304 с.
13. Яворская В. В. Качество жизни пожилых пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб. — 2005. — 24 с.
14. Santrock J.W. *Life-span development*. — 5 ed. — Madison, Wisconsin, Dubuque etc.: Brown & Benchmark. — 1995. — 592 p.
15. Zarit S.H., Zarit J.M. *Mental disorders in older adults: fundamentals of assessment and treatment*. — 2nd ed. — New York: Guilford Pres. — 2007. — 468 p.

Сведения об авторах

Бельцева Юлия Андреевна — младший научный сотрудник отделения гериатрической психиатрии Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: beltsevaju@gmail.com

Залуцкая Наталья Михайловна — к.м.н., ведущий научный сотрудник Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: nzalutskaya@yandex.ru

Незнанов Николай Григорьевич — профессор, д.м.н., директор Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М. Бехтерева, руководитель отделения гериатрической психиатрии. E-mail: spbinstb@bekhterev.ru

Карпова Эльвира Борисовна — к.п.н., старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: karpova05@inbox.ru

Петрова Елена Николаевна — младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психодиагностики НИПНИ им. В.М. Бехтерева. E-mail: elen.np90@gmail.com