

УДК 616.895.8–07–058

ПРОБЛЕМА СВЕРХЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ВОЗМОЖНЫЕ ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ)

Е. М. Кирьянова, Д. Ю. Ткачев

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра по-прежнему остаются одним из ведущих контингентов среди больных психиатрических стационаров, их количество составляет около 40% от общего числа стационарируемых больных со всеми психическими заболеваниями и 70% от всех стационарируемых больных с психозами (3). Одной из актуальных проблем психиатрии в настоящий момент является разработка новых и совершенствование действующих форм психиатрической помощи этому контингенту больных. Решение данной проблемы необходимо искать в тщательном изучении специальных целевых групп психически больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса. Одной из таких проблемных групп с характерными и присущими только ей особенностями является группа пациентов со сверхчастыми госпитализациями.

К настоящему времени существование особой группы больных с частыми госпитализациями, для которых оказываемая психиатрическая помощь неэффективна или недостаточна, является общепризнанным (2, 6, 8, 10–12, 14, 17, 18). Традиционно к группе с частыми госпитализациями относят пациентов госпитализированных не менее 1 раза в год, либо не менее 2 раз за 2 года (1, 4, 5, 7–9, 13, 15, 16). Но существенная часть этих пациентов стационарируются значительно чаще – от 2 раз и более за период меньше года, то есть повторная госпитализация случается меньше, чем через год от предыдущей. Именно эту категорию пациентов можно отнести к группе больных со сверхчастыми госпитализациями.

Очевидно, что такое большое число госпитализаций наблюдается не на всем протяжении болезни, а возникает на определенном этапе ее течения по тем или иным причинам. Выявление этих причин, а также поиск возможных путей снижения сверхчастого стационарирования больных, страдающих

шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, явилось главной задачей данного исследования.

С целью выявления и изучения этапа сверхчастых госпитализаций (ЭСГ) на одном из участков ПНД №14 города Москвы невыеборочно (по амбулаторным картам) были исследованы все больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Их количество составило 236 человек. Из них были выделены пациенты когда-либо прошедшие через ЭСГ. Критерием включения в исследование служило наличие ЭСГ (стационарирование в психиатрический стационар от 2 раз и более за период в течение 1 года, давность заболевания от 1 года и более) либо этапа сверхчастых поступлений в дневной стационар (поступления в дневной стационар от 2 раз и более за период в течение 1 года, давность заболевания от 1 года и более).

Оказалось, что у 72 человек (30,5%) хотя бы раз за весь период заболевания встречался ЭСГ. Количество таких этапов могло достигать 5–6, а у 21 человека (8,9%) отмечался этап сверхчастых поступлений в дневной стационар (ЭСП). К моменту исследования текущий ЭСГ был выявлен у 18 больных (7,6%).

В процессе исследования были изучены демографические, клинико-психопатологические и социальные характеристики этих пациентов. Все пациенты с ЭСГ были разделены на 2 группы в зависимости от клинико-психопатологических проявлений, особенностей течения заболевания и степени сложности путей преодоления ЭСГ.

Первую группу (31 чел., 43%) составили больные, «проблемные» в отношении осуществления психосоциальных вмешательств по преодолению высокой частоты госпитализаций, в нее вошли две подгруппы.

Пациенты подгруппы А сверхчасто госпитализировались из-за причин, преимущественно связан-

ных с неблагоприятным течением заболевания – 9 человек (12,5%). Из них мужчин было 6 (66,7%), женщин – 3 (33,3%). Все пациенты были инвалидами 2 группы, не работали, из них 7 человек (77,8%) никогда не были в браке и проживали с родителями, 2 (22,2%) были разведены, проживали одни, но опекались родственниками. Диагнозы распределились следующим образом: преобладали шизофрения параноидная, в том числе с непрерывным течением (F20.004) – 4 наблюдения (44,5%) и эпизодическая с нарастающим дефектом (F20.014) – 2 (22,2%); 3 (33,3%) страдали простой формой шизофрении (F20.6). В этой подгруппе отмечалась выраженная прогрессивность шизофренического процесса, как правило, раннее начало заболевания (в детском и юношеском возрасте), нередко злокачественное непрерывное течение, либо затяжные, резистентные к терапии приступы с быстрым формированием выраженной дефицитарной симптоматики. В клинической картине имели место синдромы полиморфной структуры с большим удельным весом галлюцинаторно-параноидной и кататонической симптоматики с грубыми нарушениями поведения. Практически все госпитализации у пациентов данной подгруппы оказались сверхчастыми. Нарастание дефекта происходило очень быстро, и последующие сверхчастые госпитализации в дальнейшем были связаны также с нарушениями поведения на фоне выраженного эмоционально-волевого дефекта. Эти пациенты в силу тяжести психического состояния не поступали в дневной стационар.

Данная группа пациентов оказалась «труднокурабельной» как с точки зрения психофармакотерапии, так и психосоциальных вмешательств. Отмечались объективные сложности в подборе терапии из-за выраженной тяжести болезни и резистентности к фармакотерапии, что нередко влекло за собой «терапевтический нигилизм» лечащих врачей и однообразный подход к лечению. Во время последующих, ставших сверхчастыми, госпитализаций, назначенная при поступлении терапия практически не корректировалась, а нормализация поведения (поведенческий эффект терапии) расценивалась как максимально возможная в данном случае помощь пациенту. Нередко со стороны родственников возникал стереотипный подход к повторным госпитализациям, поскольку семья пациента, не наблюдавшая возможного эффекта от амбулаторной терапии, предпочитала госпитализацию при малейшем ухудшении психического состояния больного.

Преодоление сверхчастых госпитализаций в данной подгруппе пациентов представляется весьма сложной задачей, связанной с необходимостью осуществления попыток преодоления резистентности с целью достижения более устойчивой медикаментозной ремиссии в стационаре с переходом к назначению препаратов пролонгированного действия перед выпиской, проверкой устойчивости достигнутой ремиссии (лечебный отпуск). Адаптация такого пациента во внебольничных условиях невоз-

можна без поддержки ближайшего окружения, поэтому важно проведение психосоциальной работы, прежде всего, с ближайшим окружением пациента (соблюдение режима терапии, систематическое и динамическое амбулаторное наблюдение), использование психосоциальных воздействий с целью сохранения возможной социальной вовлеченности.

Подгруппу Б составили пациенты, которые сверхчасто госпитализировались из-за причин, связанных с преобладанием в клинической картине выраженной психопатоподобной симптоматики, нарушений поведения в обществе. В нее вошли 22 человека (30,5%). Несмотря на то, что данная подгруппа пациентов отличалась относительно более благоприятным по сравнению с предыдущей подгруппой течением заболевания, но была не менее сложной в отношении снижения частоты сверхчастых госпитализаций. Как правило, данные больные сверхчасто госпитализировались в связи с выраженными нарушениями поведения, конфликтами с ближайшим окружением, агрессией в обществе, проявлениями зависимости от алкоголя или других психоактивных веществ, часто возникающими асоциальными поступками в состоянии алкогольного опьянения либо абстиненции, реже – с коморбидными алкогольными и интоксикационными психозами. Среди них было 13 мужчин (59,1%) и 9 женщин (40,9%). Преобладали пациенты с психопатоподобной шизофренией (F21.4) – 12 случаев (57,1%), у остальных имела место эпизодическая параноидная шизофрения, у 6 (28,6%) – со стабильным дефектом (F20.024) и у 3 (14,3%) – с нарастающим дефектом (F20.014). Эти пациенты так же, как и пациенты предыдущей подгруппы, практически не поступали в дневной стационар, а если и направлялись туда, то не удерживались из-за нарушения режима либо переводились в стационар. У части пациентов психопатоподобная симптоматика являлась преобладающей в структуре малопрогрессивного непрерывного процесса, часто отмечалась с подросткового возраста и на протяжении всего течения заболевания оставалась стабильной. ЭСГ у этой части пациентов наблюдался на всем протяжении заболевания. У других пациентов психопатоподобная симптоматика возникала в структуре неустойчивых ремиссий, после перенесенных ранее острых эпизодов шизофрении, как правило, аффективно-бредовой, реже галлюцинаторно-параноидной структуры, либо являлась фасадом аффективных расстройств, преимущественно маниакальных. ЭСГ у этих пациентов было несколько, они сменялись периодами отсутствия сверхчастых госпитализаций. В данной подгруппе больше трети пациентов сверхчасто госпитализировались исключительно с проявлениями зависимости от алкоголя и/или психоактивных веществ, с нарушениями поведения в состоянии опьянения, абстиненции, реже с алкогольными и интоксикационными психозами. Профессиональный статус этих пациентов был крайне низким:

4 человека (18,2%) не работали и не имели, при этом, группы инвалидности, 10 (45,5%) не работали, имея инвалидность 2 группы, 8 (36,4%) работали на неквалифицированных должностях (грузчик, разнорабочий, курьер, продавец), 3 (13,6%) из них имели инвалидность. По семейному статусу больные распределились следующим образом: 11 (52,4%) никогда не состояли в браке, 5 (23,8%) были разведены, 2 (9,5%) – вдовы, лишь 4 (18,2%) состояли в браке. 12 пациентов (54,5%) проживали с родителями, 6 (27,3%) были одиночками, 4 (18,2%) из них не поддерживали отношения ни с кем из близких.

Пациенты описанной подгруппы оказались труднокурабельными, прежде всего, вследствие некомплайентности (пациенты категорически отказывались принимать психотропные препараты и посещать диспансер). Часть пациентов, злоупотребляющих психоактивными веществами, посещали диспансер с целью получения транквилизаторов или циклодола либо с просьбой о госпитализации в состоянии абстиненции. Многие пациенты данной подгруппы до ЭСГ либо после него совершали правонарушения и проходили курс принудительного лечения в течение нескольких лет, то есть эта группа пациентов отличалась не только своими сверхчастыми госпитализациями, но и риском совершения правонарушений. Дальнейшая постановка такого рода пациента на так называемое активное диспансерное наблюдение (АДН) могла способствовать началу адекватной психиатрической помощи, что снижало в дальнейшем частоту госпитализаций.

Что касается путей преодоления сверхчастых госпитализаций в связи с игнорированием такими пациентами амбулаторного звена помощи, то значительная часть мероприятий должна им проводиться лечащим врачом в условиях очередного стационарирования. Из-за некомплайентности предпочтительным является использование в терапии нейролептиков пролонгированного действия. Учитывая значительную частоту нарушений поведения, следует использовать препараты, корректирующие поведенческие расстройства. При возникновении психопатоподобных расстройств в структуре аффективных синдромов целесообразным является назначение нормотимиков. Не менее важным является лечение алкоголизма с использованием квалифицированной наркологической помощи. Помимо психофармакотерапии необходимо осуществлять комплексную и длительную психосоциальную терапию, включая социальную и психологическую поддержку, работу с семьей (хотя вследствие выраженной конфликтности и пренебрежения родственными связями работа с семьями этих пациентов часто не столь эффективна), тренинги самоконтроля, помощь в трудоустройстве.

Вторую группу составили пациенты (41 чел., 57%) более благоприятные в отношении проведения психосоциальных вмешательств по преодолению сверхчастых госпитализаций, их также можно было разделить на две подгруппы.

В подгруппу А вошли больные – 21 человек (29,2%), среди которых было 10 (47,6%) мужчин и 11 (52,4%) женщин. Преобладали пациенты с диагнозом параноидная шизофрения, с эпизодическим течением и нарастающим дефектом (F20.014) – 8 (38,1%), со стабильным дефектом (F20.024) – 7 (33,3%), у части пациентов имела место непрерывная параноидная шизофрения (F20.004) – 6 наблюдений (28,6%). Обострения носили аффективно-бредовый или галлюцинаторно-параноидный характер. ЭСГ в этой подгруппе был связан, прежде всего, с недостатками психофармакологического ведения пациентов как врачами стационара, так и диспансера. В этой подгруппе у пациентов отмечались затяжные приступы, неполные ремиссии, переходящие в ранние обострения. Недостаточно интенсивная фармакотерапия, отсутствие присоединения антидепрессантов и нормотимиков с преждевременной выпиской пациента из стационара (менее 1 мес.) не позволяла полностью оборвать приступ, снимая только наиболее яркие (острые) проявления психоза, нормализовывала поведение пациента. «Поведенческий» эффект терапии маскировал динамику обратного развития приступа, что приводило к выписке пациента в недолеченном состоянии. Повторная госпитализация возникала в течение месяца. В ряде случаев отмечалось необоснованное изменение схемы поддерживающей терапии после выписки больного врачом диспансера. ЭСГ у пациентов этой группы, как правило, было несколько, они отличались относительно небольшим числом госпитализаций (2–4) и непродолжительностью (1–3 года). Можно отметить своеобразный феномен сгущения числа госпитализаций в данной подгруппе пациентов, когда максимальное число стационарирований приходилось на непродолжительный период болезни, чередуясь с периодами длительных ремиссий.

Что касается их профессионального статуса, то 15 (71,4%) человек не работали, имея инвалидность 2 группы, из 5 (23,8%) работающих 1 (4,7%) работал по специальности, 4 (19%) – на неквалифицированных должностях, 2 (9,4%) из них, имея инвалидность; 1 (4,7%) пациент был на пенсии по возрасту. По семейному статусу больные распределились следующим образом: 8 (38,1%) состояли в браке, 1 (4,7%) был вдов, 6 (28,6%) – разведены, 6 (28,6%) никогда не состояли в браке. 10 пациентов (47,6%) жили в своих семьях, 8 (38,1%) – с родителями, 3 (14,3%) были одиночками, но поддерживали отношения с родственниками. Эти пациенты в период ЭСГ также иногда поступали в дневной стационар для долечивания сразу же после очередного стационарирования с подострой психопатологической симптоматикой.

Эти наблюдения высвечивают, прежде всего, роль врачей стационара в предупреждении повторных сверхчастых госпитализаций, необходимости повышения уровня психопатологической оценки состояния этих больных перед выпиской, тем более с учетом опыта быстрой регоспитализации. Кроме

того, отсутствие в значительной части случаев естественной социальной поддержки (отсутствие своей семьи, проживание в одиночестве, социальная дезадаптация) свидетельствует о необходимости психосоциальной работы и поддержки со стороны социальных специалистов.

В подгруппу Б вошли больные, сверхчастые госпитализации которых были обусловлены в большей степени несоблюдением лекарственного режима (проблема комплайенса) – 20 человек (27,8%). В данной подгруппе мужчин было 15 (75%) и только 5 (25%) женщин. У всех этих пациентов была диагностирована параноидная шизофрения с эпизодическим течением, в том числе с нарастающим дефектом (F20.014) – 12 (60%), со стабильным дефектом (F20.024) – 6 (30%), ремиттирующее течение (F20.034) наблюдалось у 2 (10%).

Пациенты этой подгруппы так же, как и в предыдущей, госпитализировались с острыми аффективно-бредовыми и галлюцинаторно-бредовыми приступами, которые чередовались с устойчивыми ремиссиями. После выписки из стационара при поддерживающей терапии (ПТ) пациенты продолжали работать на прежних должностях, создавали семьи. Однако при самостоятельной отмене поддерживающей терапии через достаточно длительный период после последней госпитализации (от 4 до 11 месяцев) происходило очередное стационарирование. ЭСГ у пациентов этой группы, как правило, был один, но более растянутый во времени. Все сверхчастые госпитализации больных в течение болезни ограничивались этим этапом. У тех пациентов, которые впоследствии начинали регулярно принимать ПТ, вновь наблюдались длительные периоды медикаментозных ремиссий.

По профессиональному статусу больные распределялись следующим образом – 12 человек (60%) были инвалидами 2 группы, из 6 (30%) работающих 3 (15%) работали по специальности, 3 (15%) – на неквалифицированных должностях, из них 2 (10%), имея инвалидность, 2 (10%) пациента были на пенсии по возрасту; по семейному статусу – 2 (10%) состояли в браке, 2 (10%) были вдовы, 8 (40%) разведены, а 8 (40%) никогда не состояли в браке. 4 человека (20%) жили в собственных семьях, 9 (45%) – с родителями, 7 (35%) были одиноки, но поддерживали отношения с родственниками. Эти пациенты в период ЭСГ также иногда поступали в дневной стационар, чаще в начале очередного обострения и нередко в связи с разворачивающейся острой симптоматикой (галлюцинаторно-параноидной и аффективно-бредовой, депрессивной или гипоманиакальной) переводились для дальнейшего лечения в стационар.

В данной подгруппе пациентов значительный акцент для преодоления сверхчастых госпитализаций необходимо сделать на формировании у пациентов комплайенса путем включения их в психообразовательные программы (осознание зависимости обострений от прекращения приема ПТ, соблюдение

ее регулярности, контроль возникновения симптомов приближающегося обострения). Не менее важна также работа с семьей, особенно в случаях недостаточно критичного отношения пациентов к собственной болезни. Психосоциальная работа с ведущим акцентом на комплайенсе должна начинаться как можно раньше, чтобы предотвратить возможные психосоциальные потери пациентов вследствие заболевания.

В изучаемой нами выборке отдельно была рассмотрена подгруппа пациентов только со сверхчастыми поступлениями в дневной стационар – 21 человек (8,9%). Преобладали больные с диагнозом параноидная шизофрения, с эпизодическим течением и нарастающим дефектом (F20.014) – 9 (42,9%), со стабильным дефектом (F20.024) – 9 (42,9%), у одного (4,7%) наблюдалось ремиттирующее течение (F20.034), у 2 (9,5%) – малопрогредиентная форма шизофрении (F21.3). В данной группе пациентов имела место тенденция к регредиентному течению заболевания.

Сверхчастые поступления, как правило, были связаны с малокупируемой невротоподобной симптоматикой (обсессивно-фобического и ипохондрического ряда, деперсонализацией), стертыми аффективными расстройствами (астено-депрессивные и тревожные расстройства с частыми нарушениями сна). Описанная симптоматика преимущественно наблюдалась в структуре ремиссий после перенесенных ранее, как правило, единичных приступов болезни (аффективно-бредовых и галлюцинаторно-бредовых). Практически все пациенты данной группы были зависимы от транквилизаторов. В данной группе мужчин было 10 (47,6%), женщин – 11 (52,4%). По профессиональному статусу распределение было следующим: 12 человек (57,2%) работали, из них 5 (23,8%) – по специальности, 7 (33,3%) – на неквалифицированных должностях, 5 (23,8%) имели инвалидность, 9 (42,9%) не работали, 8 (38,1%) – имея инвалидность, 1 (4,7%) – без нее. Семейный статус пациентов характеризовался тем, что 7 человек (33,3%) состояли в браке, 6 (28,6%) были разведены, 1 (4,7%) – вдов, 7 (33,3%) никогда не состояли в браке. В собственной семье проживали 8 пациентов (38,1%), с родителями – 8 (38,1%), 5 (23,8%) были одиноки, но поддерживали отношения с родными.

Таким образом, невыборочный анализ больных с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, состоящих под наблюдением на одном из участков диспансера, показал, что сверхчастые (2 и более в течение одного года) госпитализации чаще наблюдаются в виде отдельных (одного или нескольких) этапов на протяжении течения заболевания почти у одной трети этих больных. Они могут быть дифференцированы в связи с отдельными группами указанных пациентов, что позволяет выделить обуславливающие частоту этих госпитализаций факторы – как клинические, так терапевтические и организационные, а также наметить возможные пути их сокращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алсаков А.А. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с частыми госпитализациями: фармакоэкономический аспект противорецидивной терапии депонированными формами нейролептиков // Материалы российской конференции: Аффективные и шизоаффективные расстройства. – М., 2003. – С. 252–253.
2. Гурович И.Я., Зайцев Д.А. Стационарная психиатрическая помощь: критический период // Социальная и клиническая психиатрия. – 1992. – Т. 2, № 2. – С. 42–47.
3. Гурович И.Я., Голланд В.Б., Сон И.М. и соавт. Психиатрические учреждения России: показатели деятельности (1999–2006 гг.). – М., 2007. – С. 252–322.
4. Долгов С.А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1994. – 22 с.
5. Есаянц Ж.Л., Висневская Л.Я. Буферная роль психосоциальной (психообразовательной) терапии в отношении повторных госпитализаций у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // XIV Съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 52.
6. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. – Рига, 1988. – С. 45–62.
7. Ландышев М.А. Психообразовательная работа с родственниками больных с частыми госпитализациями // Социальная и клиническая психиатрия. – 2006. – Т. 16, № 3. – С. 99–103.
8. Либерман Ю.И. Материалы клинко-статистического изучения популяции больных шизофренией (демографические данные и характеристики течения заболевания). Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1971. – 35 с.
9. Лосев Л.В. Клинко-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с частыми и длительными госпитализациями // XIII Съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 24.
10. Appleby L., Desai P.N., Luchins D.J. et al. Length of stay and recidivism in schizophrenia: a study of public hospital patients // Am. J. Psychiatry. – 1993. – Vol. 150, N 1. – P. 72–76.
11. De Francisco D., Anderson D., Pantano R. et al. The relationship between length of hospital stay and rapid readmission rates // Hosp. Commun. Psychiatry. – 1980. – Vol. 31, N 3. – P. 196–197.
12. Epstein A.M., Bogen J., Dreyer P. et al. Trends in length of stay and rates of readmission in Massachusetts: implications for monitoring quality of care rates // Inquiry. – 1991. – Vol. 28, N 1. – P. 19–28.
13. Gaddini A., Franco F., Di Lallo D. et al. Hospitalization for schizophrenia in acute psychiatric wards of the Lazio region: a 4-year follow-up study // Epidemiol. Psychiatr. Soc. – 2005. – Vol. 14, N 4. – P. 227–234.
14. Lyons J.S., O'Machoney M.T., Miller S.I. et al. Predicting readmission to the psychiatric hospital in a managed care environment: implications for quality indicators // Am. J. Psychiatry. – 1997. – Vol. 154, N 4. – P. 337–340.
15. Sullivan G., Wells K., Morgenstern H. et al. Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: A case control study of seriously mentally ill persons in Mississippi // Am. J. Psychiatry. – 1995. – Vol. 152, N 12. – P. 1749–1756.
16. Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission // Psychiatr. Serv. – 1995. – Vol. 46, N 5. – P. 482–485.
17. Wajid A. Schizophrenia and hospitalization // JCPSP. – 2006. – Vol. 16, N 3. – P. 223–226.
18. Whitehorn D., Richard J., Kopala L. Hospitalization in the first year of treatment for schizophrenia // Can. J. Psychiatry. – 2004. – Vol. 49, N 9. – P. 635–638.