

УДК 616.895.8-07-082.4

*Г.Г. Пуятин***ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ И КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМА ГОСПИТАЛИЗМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: шизофрения, госпитализм

Проблема госпитализма (институционализм, синдром хронической десоциализации) привлекает все большее число исследователей в связи с задачами гуманизации, реформирования психиатрической помощи и внедрения биопсихосоциального подхода к больному и организации восстановительного лечения (1-6).

Термин „госпитализм” в современной литературе рассматривается как совокупность явлений жизненной адаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре и односторонней клинико-биологической идентификацией больного. Однако, несмотря на то, что госпитализм является клинической реальностью, существенно влияющей на уровень социальной адаптации больного, в литературе недостаточно освещены клиническая структура и механизмы функционирования синдрома госпитализма у боль-

ных шизофренией, диагностические критерии различных клинических форм госпитализма. Отсутствуют данные стандартизированной оценки межличностных отношений пациентов, влияние длительного пребывания в условиях психиатрического стационара на когнитивную, межличностно-коммуникативную и ценностно-мотивационную сферы пациента, а также на особенности его эмоциональной направленности и социального функционирования. Совершенно не систематизированы формы и методы предупреждения и коррекции симптомов госпитализма.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-диагностических критериев и этапов формирования госпитализма у больных шизофренией с различной суммарной продолжительностью пребывания в психиатрическом стационаре.

Материалы и методы исследования

Обследовано 125 больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения в возрасте от 20 до 55 лет. По суммарной продолжительности стационарного лечения в психиатрических учреждениях они распределились следующим образом: до 5 месяцев – 21 чел. (16,3%), от 5 до 10 мес. – 23 чел. (18,4 %), от 10 до 15 месяцев, в т.ч. до 5-6 лет (в среднем 2-8 года) – 57 человек (75,1 %).

Исследование проводилось при помощи разработанной нами стандартизированной клинической шкалы госпитализма, состоящей из 69 утверждений, по каждому из которых испытуемому предлагалось высказать своё мнение. Содержание шкалы отражало общие диагностические критерии госпитализма: 1) утрата социальных связей и кон-

тактов с окружающим миром; 2) дезадаптивные формы приспособительного поведения; 3) снижение способности жить в обычной социальной среде; 4) отсутствие в течение длительного времени активирующей психосоциальной стимуляции больного и мер по его социальной реинтеграции.

Шкала использовалась для выявления, оценки выраженности и социально-психологических механизмов синдрома госпитализма у больных шизофренией, длительно находившихся в ограничительных условиях психиатрической больницы. Кроме того, она позволяла определить клиническую форму госпитализма и тип приспособительного поведения больного.

Для оценки достоверности результатов исследования использовался метод Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Использование шкалы госпитализма при обследовании больных шизофренией с различной

длительностью пребывания в психиатрическом стационаре и ранжирование суммарной количе-

ственной оценки интенсивности проявлений психического дефекта позволили выделить три фазы формирования синдрома госпитализма (СГ):

- 1) фаза отдельных симптомов госпитализма;
- 2) фаза формирующегося синдрома госпитализма;
- 3) фаза сформированного синдрома госпитализма.

Фазу отдельных симптомов госпитализма (ОСГ), выявленную у 33 (26,4%) больных, мы рассматривали как начальную стадию формирования синдрома госпитализма. На этом этапе СГ еще не имел ни синдромальной завершенности, ни даже приблизительных намеков на его типологическое своеобразие. Незначительное количество и разброс утвердительных ответов по шкале госпитализма (9 – 23 балла) свидетельствовали лишь о «вкраплении» признаков, которые только гипотетически можно было интерпретировать в контексте формирования синдрома госпитализма. Как показал дальнейший анализ, динамика этой фазы, в том числе неблагоприятная, в значительной степени определяется суммарной продолжительностью нахождения больных в ограничительных условиях психиатрического стационара.

Фаза формирования синдрома госпитализма (ФСГ) выявлена у 23 (18,4%) больных. На этом этапе можно было с большей очевидностью говорить как о приближающейся синдромальной завершенности отмеченных нарушений, так и об их клиническом своеобразии. И все же нерезкая выраженность суммарных количественных оценок (24-47 баллов), отсутствие их четкой групповой представленности, а также невозможность адекватной идентификации преобладающих со-

циально-психологических механизмов, лежащих в основе выявленных нарушений, не дают достаточных оснований для заключения о сформировавшемся синдроме госпитализма. Тем не менее фаза ФСГ является фактором существенного риска, приближения его завершающего этапа, вероятность которого существенно возрастает в случаях дальнейшей пролонгации институциональной психиатрической помощи.

Наиболее четкую клиническую конфигурацию СГ приобретает в фазе сформированного синдрома госпитализма (ССГ), выявленного у 69 обследованных больных (55,2%). Основанием для диагностики этой фазы СГ явились значительный удельный вес (48-62 балла) выбора утвердительных суждений по шкале госпитализма и достаточная их представленность по всем разделам шкалы. Это позволило не только констатировать наличие заключительной фазы СГ и определить его клиническую форму, но и конкретизировать ведущие социально-психологические механизмы формирования СГ и тип приспособительного поведения больных, характерный для той или иной клинической формы госпитализма. Сформированный синдром госпитализма мы рассматривали как один из вариантов психического дефекта в происхождении которого существенную роль играют неблагоприятные факторы длительной социальной изоляции, чрезмерной зависимости от персонала отделения с угнетением собственной активности и длительного приема нейролептических препаратов.

В соответствии с задачами исследования нами был проведен анализ зависимости выраженности госпитализма у больных шизофренией в зависимости от длительности их пребывания в психиатрических стационарах (табл. 1).

Таблица 1

Распределение больных шизофренией с различной суммарной длительностью госпитализаций по степени выраженности госпитализма

Длительность пребывания в психиатрической больнице	Выраженность госпитализма						Всего
	ОСГ		ФСГ		ССГ		
	А	%	а	%	а	%	
До 5 мес.	20	95,2	1	4,8	-	-	21
5 – 10 мес.	13	56,5	10	43,5	-	-	23
10 – 15 мес.	-	-	6	25,0	18	75,0	24
> 15 мес.	-	-	6	10,5	51	89,5	57
Всего	33	26,4	23	18,4	69	55,2	125

Из представленных в таблице данных следует четкая закономерность ($P < 0,05$), заключающаяся в том, что по мере увеличения суммарной

длительности стационарного лечения больных шизофренией нарастает тяжесть проявлений госпитализма. В частности, для больных с от-

носителем кратковременным периодом пребывания в стационаре, не превышающим 5-10 мес., характерны только единичные симптомы госпитализма. Переломным в этом отношении является продолжительность госпитализаций от 10 до 15 месяцев. В этих случаях у всех пациентов проявления госпитализма достигают или фазы формирующегося (25,0%) или сформированного СГ (75,0%). Наибольшую выраженность и завершение синдромального оформления синдромом госпитализма приобретает у лиц с длительными сроками (< 15 мес.) госпитализации: сформированный СГ у них наблюдался в 89,5% случаев и только у 10,5% больных продолжалась фаза его формирования.

Конструкция шкалы госпитализма давала

возможность не только определить фазу формирования СГ, но и уточнить клиническое своеобразие различных вариантов сформировавшегося синдрома госпитализма. Это позволило выделить несколько клинических вариантов СГ: 1) синдром депривационной десоциализации; 2) синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента; 3) синдром фармакогенного психоэмоционального и социального регресса личности и 4) смешанный вариант.

Нами изучена выраженность клинических проявлений основных вариантов СГ у больных шизофренией с различной длительностью пребывания в психиатрическом стационаре (таблица 2)

Таблица 2

Выраженность клинических проявлений основных вариантов СГ у больных шизофренией с различной длительностью пребывания в психиатрическом стационаре

Тип госпитализма	Суммарная длительность госпитализаций			
	До 5 мес.	5 – 10 мес.	10 – 15 мес.	> 15 мес.
Синдром депривационной десоциализации	0,68 ± 0,07	2,34 ± 0,3	3,75 ± 0,7	7,61 ± 1,4
Синдром патерналистской зависимости	1,8 ± 0,4	2,6 ± 0,35	5,8 ± 0,8	5,24 ± 0,9
Синдром фармакогенного регресса личности	6,6 ± 1,1	6,95 ± 1,2	7,4 ± 1,3	8,2 ± 1,6

Из таблицы следует, что признаки фармакогенного регресса личности достаточно быстро и со значительной интенсивностью проявляются уже при первых госпитализациях в психиатрическую больницу и общей их продолжительностью не превышающей 5 месяцев. При этом другие составляющие СГ, особенно проявления депривационной десоциализации, практически отсутствуют или выражены незначительно. Этот факт можно рассматривать с позиций неблагоприятных побочных эффектов интенсивной нейролептической терапии на ранних стадиях шизофрении, затрагивающих сферу личностного функционирования больных. Определенную роль в развитии фармакогенного регресса личности играет недостаточность использования психосоциальных форм реабилитационного вмешательства, а также терапевтическая резистентность больных, приводящая к полипрагмазии и назначению больших доз психотропных средств. Дальнейшая динамика этого типа гос-

питализма имеет тенденцию к усилению болезненных проявлений, хотя и без очевидной его прогредиентности.

Начальные признаки синдрома патерналистской зависимости у больных шизофренией появляются при первичных госпитализациях в психиатрическую больницу, в дальнейшем усиливаются и стабилизируются на уровне средней выраженности нарушений при общей длительности стационарного лечения 10-15 месяцев. Синдром депривационной десоциализации формируется с некоторым отставанием от других вариантов госпитализма. Первые его признаки появляются после 5-10 месячного срока госпитализаций и достигают максимума у лиц с наиболее длительным пребыванием в стационаре.

Таким образом, алгоритм формирования СГ у больных шизофренией заключается в следующем. При суммарной длительности госпитализаций до 5 месяцев при незначительных прояв-

лениях патерналистской зависимости пациентов у них формируются четкие и достаточно выраженные признаки фармакогенного регресса личности. Увеличение продолжительности госпитализаций до 5-10 месяцев сопровождается появлением отдельных симптомов депривационной десоциализации. Пребывание в стационаре в течении 10-15 месяцев характеризуется нарастанием патерналистской зависимости пациентов, а дальнейшее углубление симптомов госпитализма затрагивает только сферы депривационной десоциализации и фармакогенного регресса личности.

Среди 69 больных шизофренией со сформировавшимся синдромом госпитализма чаще всего встречается вариант депривационной десоциализации – 25 чел. (36,2%). Основной предпосылкой его формирования являлась длительная изоляция больных в общепсихиатрических отделениях и дестимулирующее влияние условий больничной среды. Распространенность этого варианта госпитализма прямо пропорциональна продолжительности заболевания и общей длительности стационарного лечения. Чаще всего он проявляется в структуре аспонтанно-апатических изменений личности и характеризовался утратой или значительной редукцией 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. Характерна полная несостоятельность в решении элементарных бытовых задач, во взаимоотношениях с окружающими, нивелируются преморбидные особенности личности. Постепенно нарастает беспомощность в вопросах самообслуживания и поведения в условиях внебольничной жизни, пассивность и безразличие к окружающей обстановке, эмоциональная опустошенность; нивелируется вся предистория жизни человека.

По шкале госпитализма наиболее значимыми для пациентов этой группы оказались следующие суждения (оценка по 10 бальной системе): «как правило, я ни в чем не проявляю инициативы» (6,8±0,31), «меня устраивает порядок и режим в отделении» (9,5±0,42), «окружающая обстановка меня не раздражает» (8,9±0,40), «я не испытываю потребности в дополнительных впечатлениях» (8,9±0,40), «жизнь вне больницы делает меня беспомощным» (6,3±0,29), «я редко думаю о своем прошлом и будущем» (8,4±0,37), «окружающим нет от меня никакой

пользы» (7,8±0,3), «за пределами больницы я чувствую себя неуверенно» (9,5±0,42), «я живу сегодняшним днем» (7,3±0,24), «я не испытываю потребности в общении» (8,4±0,37).

Синдром патерналистической зависимости или навязывания роли пациента выявлены у 20 (29,0%). Его формирование связано со взятием медперсоналом всей ответственности за судьбу больного (профессиональной авторитарностью) с 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 медицинского персонала.

Этот тип госпитализма проявляется в структуре аутистически – безучастного изменения личности. Он характеризуется моральной ангедонией, потерей интереса к практической деятельности, отвержением или боязнью усилий, отсутствием моторной активации, аффективным безучастием. Достаточно быстро формируется симптомокомплекс утраты аффективного интереса: отсутствие инициативы и любознательности, беспечность, однообразная монотонность поступков, «закостенелость» эмоций. Аффективная тональность больных складывается из инертности и негативизма, что клинически является основанием для разрыва витальных контактов и полной утраты интереса к семейной и сексуальной жизни.

Такой вариант госпитализма (по типу «аутистически замкнутой системы личности») в конечном счете способствует разрушению связей с окружающим миром, прекращению социальных отношений, разрушению архитектоники реальных межчеловеческих связей в их аффективно-социальном выражении. Именно этот вариант госпитализма, по нашему мнению лежит в основе распространенного мифа о тотальной измененности личности больных шизофренией как исключительного следствия деструктивных процессуальных механизмов самого заболевания.

При исследовании по шкале госпитализма предпочтительный выбор больных ограничивался следующими суждениями (оценка по 10-ти бальной шкале): «в больнице я освобожден от личных забот и обязанностей» (9,3±0,32), «в отделение я чувствую себя защищенным, зависимость от мед. персонала меня не смущает» (9,4±0,34), «я привык к монотонной жизни в

больнице, нет нужды что-либо планировать» (8,7±0,29), «семейная и сексуальная жизнь меня практически не интересует» (9,4±0,34), «я чувствую равнодушие и потерю интереса ко многому, что радовало меня в жизни» (9,4±0,34), «окружающая жизнь меня мало интересует» (8,1С0,24), «я редко бываю чем-либо озабоченным» (6,2±0,19).

Отличительной особенностью синдрома фармакогенного регресса личности (10 чел., 14,5%) является его зависимость от длительного, клинически недостаточно дифференцированного применения психотропных средств. У пациентов преобладает 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 проявляется в бездеятельности, негативном отношении к включению в трудовые процессы и к выписке из больницы. Характерной особенностью является уменьшение глубины дефицитарных проявлений при коррекции медикаментозной терапии и снижении дозы психотропных препаратов: больные становятся более живыми и подвижными, уменьшаются явления общей скованности, возрастает интерес к окружающей обстановке и собственной судьбе.

По шкале госпитализма наиболее значимыми для пациента оказались следующие суждения (оценка по 10-ти бальной системе): «я по-

стоянно чувствую себя вялым, скованным» (10,0±0,34), «мне трудно соображать и быть концентрированным» (10,0±0,34), «я часто испытываю чувство «пустоты в голове»» (10,0±0,34), «я давно не испытывал удовольствия от жизни» (10,0±0,34), «без таблеток и уколов мне лучше» (8,3±0,27), «подвижный образ жизни не для меня» (8,3±0,27), «я быстро устаю от общения с людьми» (3,3±0,12), «перемены в жизни меня раздражают» (10,0±0,34), «мне безразличны проблемы окружающих» (6,6±0,18), «я мало говорю» (8,3±0,27), «чаще всего мне ничего не хочется» (6,6±0,18), «запас моей жизненной энергии минимален» (8,3±0,27)

Смешанный тип ССГ (14 чел.; 20,3%) не отличается преобладанием какого-либо типологически очерченного синдрома; в его структуре нашли отражения проявления различных вариантов сформировавшегося синдрома госпитализма.

С целью верификации влияния продолжительности пребывания в психиатрии стационара на вероятность формирования и глубину проявлений госпитализма нами проведено исследование 38 пациентов с одинаковой длительностью заболевания (от 5 до 10 лет), но с различной суммарной продолжительностью госпитализаций: от 1 до 15 мес. (22 чел.); свыше 15 месяцев – 16 человек. Частота различных вариантов синдрома госпитализма и показатели суммарной средней оценки по шкале госпитализма в этих группах больных шизофренией представлены в таблице 3

Таблица 3

Сравнительная оценка показателей выраженности синдрома госпитализма у больных шизофренией с одинаковой длительностью заболевания и различной суммарной продолжительностью госпитализаций в психиатрический стационар

Суммарная продолжительность госпитализации	Частота клинических вариантов СГ			Средняя суммарная оценка по шкале госпитализма
	ОСГ	ФСГ	ССГ	
От 1 до 5 месяцев	14	8	0	23,5 ± 2,1
	63,6%	36,4%		
Свыше 15 месяцев	0	2	14	50,1 ± 3,4
		12,5%	87,5%	

Согласно приведенным данным, у больных шизофренией с непродолжительными сроками пребывания в психиатрическом стационаре, несмотря на значительную длительность болезни, наблюдаются либо отдельные симптомы госпитализма (63,6%), либо формирующийся синдром госпитализма

(36,4%). Сформированного синдрома госпитализма мы не наблюдали ни в одном случае.

В то же время при длительном пребывании в стационаре у подавляющего большинства больных (87,5%; $p < 0,01$) с сопоставимой продолжительностью болезни отмечены четкие призна-

ки ССТ, что находило отражение и в показателе средней суммарной оценки по шкале госпитализма ($p < 0,01$). Это в полной мере свидетельствует о достоверно большем участии в формировании психического дефекта у больных шизофренией не столько длительности заболевания, сколько продолжительности изоляционно-ограничительных форм оказания психиатрической помощи.

Таким образом, проведенное исследование

позволило уточнить диагностические критерии и клинические особенности синдрома госпитализма у больных шизофренией с длительными сроками пребывания в психиатрической больнице. Полученные данные могут быть использованы при разработке реабилитационных программ, направленных на коррекцию неблагоприятных влияний больничной среды и снижение выраженности дефицитарных симптомов у больных шизофренией.

Г.Г. Пуятин

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СИНДРОМУ ШПИТАЛІЗМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведені дані, щодо діагностичних критеріїв та клінічної характеристики синдрому шпиталізму у хворих на шизофренію. За допомогою оригінальної стандартизованої шкали наведені особливості етапів формування та психологічні прояви різних типів шпиталізму. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2008. — № 3 (20). — С. 16-21).

G.G. Putatin

DIAGNOSTIC CRITERIA AND CLINIC CHARACTERISTICS OF THE HOSPITALISM SYNDROME BY THE PATIENTS SUFFERING FROM THE SCHISOFRENIA

Donetsk national medical university named after M. Gorkiy

In this article there are data in relation to the Diagnostic criteria and clinic characteristics of the hospitalism syndrome by the patients suffering from the schisofrenia. By means of the original standartized scale there is presentation of the peculiarities of formation stage and psychological aspects of different types of the hospitalism. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2008. — № 3 (20). — P. 16-21).

Литература

1. Engel G.L. The need for a new medical model: a college for biomedicine/ Science, 1997, 196.-p. 129-136.
2. Mosher L.R., Burti L. Community mental health principles and practice. 1989. New York, Norton.
3. Томов Е. Дополнительное обучение медицинских сестер в психиатрии: почему оно необходимо, как оно происходит в Болгарии. Вісник Асоціації психіатрів України. 1996, 3.- с.11-16.
4. Бахрах Л.Л. Биопсихосоциальное наследие

деинституционализации. Вісник Асоціації психіатрів України. 1994, 1.- с.76-81.

5. Юдин Ю.Б. Некоторые аспекты организации психиатрической помощи в Великобритании. Вісник Асоціації психіатрів України. 1994, 2.- с.63-70.

6. Абрамов В.А., Жигулина И.В., Подкорытов В.С. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов. ООО "Лебедь", Донецк, 2002. - 279с.

Поступила в редакцию 9.09.2008