

## **ЭТАП СВЕРХЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ)**

**Д. Ю. Ткачев, Е. М. Кирьянова**

*Отделение внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

Несмотря на интенсификацию амбулаторного лечения, расширение современных возможностей психофармакотерапии за счет новых атипичных нейролептиков, антидепрессантов, использование пролонгированных форм препаратов и разработку реабилитационных программ [2–5, 8, 9, 16, 29, 31, 40], существуют больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, чаще других использующие стационарный вид помощи [1, 6, 7, 10, 13–16, 27, 39]. Важно учитывать, что с каждой госпитализацией растет риск следующей, вне зависимости от тяжести шизофренического процесса [14, 17, 19, 29, 34, 35], что подчеркивает актуальность снижения частоты госпитализаций.

Некоторыми исследованиями [10, 13, 22, 23, 25] определено, что частое стационарирование более характерно для ранних этапов болезни, по сравнению с отдаленными, и пик госпитализаций приходится на интервал между 2 и 3 годами после первой выписки из ПБ, а после 20 лет болезни возможность регоспитализации наименьшая [23]. Доказывается, что преждее длительное стационарирование способствует повышению частоты госпитализаций [17, 24]. Если одни авторы считают, что каждый дополнительный эпизод госпитализации снижает риск для последующей [22, 23], то другие исследователи приводят противоположные данные об увеличении подобного риска [17, 24].

Динамика показателей частоты и длительности повторных госпитализаций, особенно у больных с большим стажем заболевания, как следует из литературы, недостаточно изучена. Больше внимания уделялось таким отдельным факторам как пол, возраст начала заболевания, степень тяжести болезни, синдромальные особенности (маниакальный аффект, агрессивность, психопатоподобная симптоматика, злоупотребление психоактивными веществами и алкоголем) [19, 25–27, 29, 30, 33, 36, 38,

40, 42]. Оказалось мало работ, посвященных как комплексному изучению клинико-демографических, так и клинико-социальных факторов, приводящих к частому стационарированию.

Очевидно, что большое число госпитализаций наблюдается не на всем протяжении болезни, «сгущения частоты госпитализаций» обычно возникают 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, стало главной задачей данного исследования.

Попыткой решить поставленную задачу явилось ретроспективное изучение и сравнение частоты госпитализаций и длительности пребывания в стационаре больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра, имеющих на протяжении 20 лет болезни хотя бы один этап сверхчастых госпитализаций (ЭСГ). ЭСГ мы называем период болезни от 1 года и более, за который больной госпитализируется в психиатрический стационар от 2 раз и более в течение года. Критерий сверхчастых госпитализаций предложен, исходя из данных литературы о показателе частых госпитализаций, который составляет 1 раз в год [1, 2, 6, 7, 10, 13–16, 27, 39].

На одном из участков ПНД №14 города Москвы невыборочно (по амбулаторным историям болезни с помощью специально составленной карты) были исследованы все находящиеся под диспансерным наблюдением на момент июня 2008 года больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра. Их количество составило 236 человек. Из них были выделены пациенты, страдающие заболеванием от 20 лет и более, и изучен первый 20-летний этап шизофренического процесса. Таких больных оказалось 76 человек, почти у половины из них

(36 чел., 47,4%) хотя бы раз за 20 лет заболевания встречался ЭСГ.

Госпитализации пациентов с ЭСГ (36 чел.) были тщательно изучены с целью выявления средней частоты поступлений в стационар, общей длительности госпитализаций и средней длительности пребывания в стационаре в год, сравнивались первые 5, 10 лет и последующие 15 и 10 лет болезни (табл. 1).

Из таблицы видно, что наибольшее число госпитализаций и количество проведенных в больнице койко-дней преимущественно приходится на первые 5 лет болезни, причем в первые 5 лет по сравнению со вторым десятилетием частота госпитализаций оказалась больше в 2 раза, а число проведенных в год койко-дней – в 3 раза.

В процессе исследования были изучены демографические, клинико-психопатологические и социальные характеристики пациентов, имевших ЭСГ. Среди изученных больных преобладали мужчины над женщинами (23 чел., 63,8% и 13 чел., 36,2% соответственно). Возраст изученных больных на момент исследования составил от 25 до 78 лет, в среднем  $56 \pm 16,2$  лет. В изученной группе преобладали одинокие (без какой-либо социальной поддержки) пациенты – 17 человек (47,2%) и холостые (жили с родственниками) – 10 человек (27,7%), в браке состояло лишь 9 человек (8,3%). По преморбидному уровню образования в изученной группе преобладали образованные пациенты. Высшее образование имели 14 человек (38,9%), неоконченное высшее – 2 (5,5%), среднеспециальное – 9 (25%), и лишь 6 (16,7%) имели неоконченное среднее и 5 (13,9%) – среднее образование. Однако к моменту исследования большинство пациентов не

работало, причем 18 человек (50%) имели инвалидность II группы по психическому заболеванию, 7 (19,4%) были пенсионерами по возрасту, лишь 6 (16,7%) работали, занимаясь квалифицированным трудом, и 5 (13,9%) выполняли неквалифицированную работу. Возраст начала заболевания составил от 3 до 55 лет, в среднем  $27 \pm 12,6$  лет. Распределение форм заболевания среди больных представлено в табл. 2.

Как видно из таблицы, преобладали пациенты с параноидной формой шизофрении, непрерывной и эпизодической с нарастающим дефектом – 7 человек (19,4%) и 9 человек (25%) соответственно.

Пациенты, имевшие ЭСГ за изученные 20 лет болезни, стационарировались в общей сложности от 3 до 25 раз, в среднем за весь период  $9 \pm 3$  раза, с частотой от 0,1 до 1,25 раз в год, в среднем  $0,4 \pm 0,1$  раза в год. Были подробно изучены следующие характеристики ЭСГ – количество этапов, его средняя продолжительность, на каком отрезке течения заболевания он возникает.

Всего было проанализировано 47 ЭСГ у 36 больных. Количество ЭСГ за изученный период болезни могло достигать 4 у одного больного. Продолжительность ЭСГ колебалась от 1 года до 20 лет, в среднем  $4,13 \pm 1,56$  года, число госпитализаций за один ЭСГ составляло от 3 до 25, в среднем  $6,34 \pm 2,71$  госпитализации. Таким образом, во время ЭСГ среднее число госпитализаций возрастало до 1,53 раза в год, что почти в 4 раза превышает средний показатель ( $0,4 \pm 0,3$  раза в год) частоты госпитализаций за 20 лет заболевания (табл. 1).

У большинства пациентов 29 человек (80,5%) ЭСГ возникал на начальном этапе шизофрениче-

Таблица 1

**Характеристика госпитализаций больных с ЭСГ**

	В первые 5 лет болезни	В последующие 15 лет болезни	В первые 10 лет болезни	В последующие 10 лет болезни	За 20 лет болезни
Частота госпитализаций в год	$0,66 \pm 0,41$	$0,32 \pm 0,35$	$0,47 \pm 0,31$	$0,32 \pm 0,35$	$0,4 \pm 0,3$
Койко-дни (всего)	$261,2 \pm 256,8$	$349,4 \pm 509,4$	$426,4 \pm 528,9$	$184,1 \pm 284,7$	$610,5 \pm 666,1$
Койко-дни в год	$52,2 \pm 51,3$	$23,3 \pm 33,7$	$42,64 \pm 52,8$	$18,41 \pm 28,5$	$30,53 \pm 66,6$

Таблица 2

**Распределение форм заболевания среди больных**

Диагноз (по МКБ-10)		Количество (N/%)
Шизофрения параноидная	непрерывная	7 (19,4%)
	эпизодическая с нарастающим дефектом	9 (25%)
	эпизодическая со стабильным дефектом	3 (8,3%)
Шизофрения простая		2 (5,6%)
Шизофрения резидуальная		1 (2,8%)
Шизоаффективное расстройство		7 (19,4%)
Шизотипическое расстройство	Неврозоподобный вариант	–
	Психопатоподобный вариант	7 (19,4%)



Возникновение ЭСГ за 20 лет заболевания

ского процесса в его первые 5 лет, причем у 8 человек (22,0%) из них оказалось характерно сохранение его на всем изученном нами 20-летнем отрезке болезни. У половины из последних пациентов (4 чел., 11%) таких этапов могло быть несколько, с короткими (2–3 года) перерывами между ними, а у второй половины (4 чел., 11%) ЭСГ длился непрерывно. У 21 человека (58%), начавшись в первые 5 лет болезни, он завершился: в первом пятилетии процесса у 9 (25%), во втором пятилетии у 11 (31%) и в третьем пятилетии у 1 (3%). У 7 человек (19%) ЭСГ начался и завершился во втором десятилетии заболевания (см. рисунок).

Все больные условно были разделены на 4 группы в зависимости от времени начала ЭСГ и его длительности. В каждой группе сделана попытка проанализировать клинико-социальные особенности больных.

В I группе больных (9 чел., 25%), самой неблагоприятной в отношении динамики клинико-социальных характеристик, ЭСГ наблюдался на всем протяжении заболевания либо затягивался (длился с начала процесса до III пятилетия). Преобладали пациенты как с тяжелым течением заболевания ближе к непрерывному, с одной стороны, так и с неблагоприятием в социальном плане, в том числе при малопрогрессирующих формах. Группа оказалась неоднородной. С одной стороны, это были пациенты (5 чел., 55,5%) с параноидной формой, непрерывным или эпизодическим с нарастающим дефектом типом течения, с галлюцинаторно-параноидными приступами, бредовыми формами поведения, агрессией, направленными на ближайшее окружение. У части из них (3 чел., 33,3%) нередко в приступах значительное место занимал маниакальный аффект с гневливостью. В другой части случаев, это были больные (4 чел., 44,4%) с малопрогрессирующей (психопатоподобной) формой течения, с продолжающимся антисоциальным поведением, алкоголизацией, злоупотреблением ПАВ. Частота госпитализаций по мере течения болезни нарастала. Во всех случаях стационарирования начинали

носить привычный характер как для самих больных, так и для их родственников. Как правило, такие пациенты не принимали поддерживающую амбулаторную терапию, не тяготились пребыванием в ПБ. Часто у больных I группы (6 чел., 66,6%) на отдаленных этапах госпитализации приобретали социальный характер и, прежде всего, были связаны с их бедственным материальным положением, потерей за годы болезни поддержки близких, одиночеством. В условиях возникновения сверхчастого стационарирования у таких пациентов на отдаленных этапах течения заболевания уже невозможно было четко разделить роль клинических и социальных факторов. Неуклонное течение процесса влекло за собой снижение социального функционирования больных, что в свою очередь увеличивало риск повторной госпитализации, в большинстве случаев не связанной с очередным обострением симптоматики.

Прогрессирующее течение заболевания, отсутствие критики к болезни, комплайенса были характерными особенностями всех больных данной группы, у большинства (6 чел., 66,6%) отмечались выраженные негативные расстройства, всем была оформлена группа инвалидности по психическому заболеванию. У описанной категории пациентов возникновение и затягивание ЭСГ, прежде всего, было связано с их трудной курабельностью, как с точки зрения психофармакотерапии, так и психосоциальных вмешательств. Сверхчастое стационарирование обуславливалось как высокой прогрессирующей шизофреническим процессом, злокачественным течением с объективными сложностями в подборе терапии и резистентностью к ней, так и преобладанием в клинической картине выраженной психопатоподобной симптоматики, нарушений поведения в обществе, низкого уровня или отсутствия комплайенса с активным игнорированием психиатрической помощи.

У пациентов II группы ЭСГ начинался в первые 5 лет болезни и благополучно обрывался во втором пятилетии (11 чел., 30,5%). Для них был характерен более легкий регистр психопатологических расстройств в обострениях (преимущественно невроподобный, аффективный уровень). В стационар большая часть таких пациентов (7 чел., 63,6%) поступала с атипичными депрессивными симптомами и реже (4 чел., 36,3%) – с психопатоподобным поведением и абстинентным синдромом. До обрыва ЭСГ и стабилизации шизофренического процесса такие пациенты, как правило, проживали в неблагоприятных социально-бытовых условиях, часто с психически больными родственниками, ведущими антиобщественный образ жизни (проституция, алкоголизация, злоупотребление ПАВ), в стесненных жилищных условиях, находились в бедственном материальном положении, в атмосфере агрессивного поведения родственников с привлечением их к уголовной ответственности. Постоянные конфликты с родными, напряженная семейная атмосфера, низкий уровень жизни, отсут-

ствии поддержки ближайшего окружения в данном случае являлись провоцирующими факторами возникновения ЭСГ и препятствовали стабилизации шизофренического процесса. Тем не менее, стабилизация состояния с обрывом ЭСГ у данной категории пациентов наступала после изменения их социального положения. После смерти пьющего супруга, размена квартиры, ухода из асоциальной семьи, начала самостоятельного проживания отдельно от душевнобольного родителя, брака с «благополучным» в социальном плане партнером, устройства на удачное место работы, успешного лечения у наркологов начиналась «новая жизнь». Госпитализации становились реже либо прекращались совсем, а лечение стертой аффективной и неврозоподобной симптоматики уже проводилось на уровне ПНД.

Для пациентов III группы (9 чел., 25%) с ЭСГ, начало и обрыв которого пришелся на первые 5 лет течения заболевания, были характерны следующие черты. Прежде всего, четко обозначался ЭСГ (5 чел., 55,5%), обусловленный затягиванием приступа заболевания с сохранением актуальной, декомпенсирующей больного симптоматики, чаще аффективного регистра, формированием неполной неустойчивой ремиссии, быстро переходящей в раннее обострение с последующей повторной госпитализацией. Как правило, недостаточно интенсивная, часто «шаблонная» фармакотерапия, отсутствие присоединения антидепрессантов и нормотимиков не позволяли полностью оборвать такой приступ, удлиняли его, нормализуя только поведение пациента, снимая наиболее яркие (острые) проявления психоза, что приводило к преждевременной выписке пациента из стационара (часто госпитализация длилась менее 1 мес.). «Поведенческий» эффект терапии маскировал динамику обратного развития приступа, что приводило к выписке пациента в недолеченном состоянии. Повторная госпитализация часто возникала в течение месяца. В другой части случаев больных III группы (4 чел., 44,4%) ЭСГ был связан с серией (неоднократным повторением) приступов. Характерной особенностью являлось наличие на протяжении ЭСГ периодов относительно длительных (до 11 мес.), устойчивых, по сравнению с описанными выше, ремиссий, когда больные после выхода из больницы были полностью компенсированы в социальном плане, продолжали работать на прежних должностях, удерживались в семьях, актуальная в приступах симптоматика полностью отсутствовала. Регоспитализация у таких больных обуславливалась новым приступом заболевания.

Как затягивание приступов, так и неоднократное их возникновение, характеризовавшее ЭСГ в этих случаях, были связаны с недостатками психофармакологического ведения пациентов как врачами стационара, так и диспансера, несоблюдением лекарственного режима (проблема комплаенса) и отсутствием психосоциальной поддержки. Своевремен-

ное устранение этих факторов приводило к благополучному преодолению сверхчастого стационарирования у больных данной группы.

У IV группы пациентов (7 чел., 19,4%) ЭСГ приходился на второе десятилетие заболевания, его возникновение во всех случаях не было в значительной степени связано с наличием текущего обострения шизофренического процесса, в отличие от вышеописанных групп больных, и обуславливалось преимущественно социальными причинами, прежде всего, возникшей за долгие годы течения заболевания невозможностью полноценно жить и функционировать вне стен больницы. В данную группу вошли больные с разными формами и типом течения заболевания. Для всех было характерно выраженное социальное снижение. Несмотря на длительный период относительно стабильного психического состояния, в ряде случаев с тенденцией к регрессиентности течения заболевания, ЭСГ у этих пациентов начинался после неблагоприятных изменений привычного жизненного стереотипа: потеря значимого близкого (смерть, развод, переезд) либо уменьшение заботы с его стороны после появления нового члена семьи (невестки, зятя, внуков), отрицательное изменение семейной обстановки (начал злоупотреблять алкоголем повзрослевший ребенок), увольнение с невозможностью последующего трудоустройства.

Часть пациентов этой группы (4 чел., 57,1%) может быть отнесена к страдающим «госпитализмом», под которым понимается совокупность явлений жизненной дезадаптации, а прежде всего утрата навыков независимого проживания, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре [8, 9], характеризующаяся ограничительным поведением, проявляющимся стремлением больных продолжать находиться в стационаре при наличии условий, позволяющих перевести его на амбулаторное лечение [8, 9, 11, 12]. Такие пациенты, находясь дома, не могли себя обслуживать, удовлетворять элементарные жизненные потребности (ведение хозяйства, приготовление пищи и т.д.), в большинстве случаев являлись бременем для своих близких, часто страдали от конфликтов с ними и нередко использовали госпитализацию как выход из напряженной семейной ситуации. Проблема еще более актуализировалась, когда такие пациенты становились совсем одиночками. В этих случаях частота госпитализаций еще более нарастала.

У другой части пациентов этой группы (3 чел., 42,9%), несмотря на отсутствие признаков госпитализма, сверхчастые госпитализации начинали носить привычный характер, являясь частью нового стереотипного жизненного уклада. При этом в каждом случае можно было определить индивидуальный мотив, «оправдывающий» нахождение в больнице: сдача в аренду собственного жилья; стесненные жилищные условия; накопление пенсии во время пребывания в больнице; получение и повтор-

**Связь сверхчастых госпитализаций  
с клиническими и социальными факторами**

фактор 1	0,48
фактор 1 + фактор 2	0,53
фактор 1 + фактор 2 + фактор 3	0,59
фактор 1 + фактор 2 + фактор 3 + фактор 4	0,63
фактор 1 + фактор 2 + фактор 3 + фактор 4 + фактор 5	0,68
фактор 1 + фактор 2 + фактор 3 + фактор 4 + фактор 5 + фактор 6	0,72

ное подтверждение группы инвалидности; компенсация недостающего общения; потеря собственного жилья.

Вне зависимости от того, на каком отрезке заболевания возникал ЭСГ, и как он протекал, сопровождался ли он в дальнейшем неблагоприятием как в клиническом (некурабельность), так и социальном (госпитализм, привычность госпитализаций) плане или же благоприятно заканчивался, не оставляя после себя значимых последствий, можно было выделить ряд специфических факторов, способствующих его возникновению, характерных для всех больных.

На основании приведенных выше описаний и анализа данных карт пациентов, болеющих более 20 лет (76 чел.), с целью изучения взаимосвязи демографических, клинико-психопатологических и социальных причин, способствующих сверхчастым госпитализациям и отрицательно влияющих на течение заболевания, нами были проанализированы факторы, положительно коррелирующие с наличием ЭСГ в истории заболевания.

Выделенные факторы обрабатывались в системе Statistica 7.0 и, с помощью множественного регрессионного анализа, осуществлялась оценка их связи друг с другом и выявление значения их сочетания между собой, способствующего возникновению ЭСГ.

В результате проведенного анализа обнаружена связь ЭСГ с опасным характером симптоматики (бред, направленный на ближайшее окружение; враждебные и императивные галлюцинации; психомоторное возбуждение; кататонический синдром; агрессивное психопатоподобное поведение; импульсивные поступки; суицидальные тенденции) – фактор 1; с отсутствием поддержки ближайшего окружения (игнорирование болезни родственниками, эмоциональная депривация в семье, негативное отношение к психиатрическому лечению, одиночество пациента) – фактор 2; с аутистическими тенденциями до манифеста (замкнутость, холодность, бедность социальных связей) – фактор 3; с отсутствием собственной семьи – фактор 4; с ломкой привычного жизненного стереотипа (потеря значимого близкого – смерть, развод, переезд – либо уменьшение заботы с его стороны после появления нового члена семьи, отрицательное изменение семейной обстановки – начал злоупотреблять алкоголем повзрослевший ребенок, увольнение с невозможностью последующего трудоустройства) – фактор 5; с наличием диагноза параноидной шизофрении непрерывной либо эпизодической с нарастающим дефектом (прогредиентное течение заболевания) – фактор 6 (табл. 3).

Самая большая связь с риском возникновения ЭСГ обнаруживается при наличии такого фактора, как опасный характер симптоматики – фактор 1 ( $R=0,48$ ;  $p<0,05$ ). С добавлением к нему такого фактора, как отсутствие поддержки ближайшего окружения – фактор 2, сила связи увеличивается на 5% ( $R=0,53$ ;  $p<0,05$ ). Последовательное сочетание с

наличием у больного таких факторов, как аутистические тенденции до манифеста – фактор 3, отсутствие собственной семьи – фактор 4, ломка привычного жизненного стереотипа – фактор 5 и наличие диагноза параноидной шизофрении непрерывной либо эпизодической с нарастающим дефектом – фактор 6 увеличивают силу связи на 6% ( $R=0,59$ ;  $p<0,05$ ), 4% ( $R=0,63$ ;  $p<0,05$ ), 5% ( $R=0,68$ ;  $p<0,05$ ) и 4% ( $R=0,72$ ;  $p<0,05$ ) соответственно, обнаруживая максимальную силу связи из всех возможных сочетаний выделенных факторов.

Выяснилось, что наиболее сильная связь  $R=0,72$ ;  $p<0,05$  выявляется для констелляции факторов: опасный характер симптоматики ( $\beta=0,305$ ;  $p<0,05$ ), проживание с родителями ( $\beta=0,285$ ;  $p<0,05$ ), аутистические тенденции до манифеста ( $\beta=0,256$ ;  $p<0,05$ ), ломка привычного социального стереотипа ( $\beta=0,247$ ;  $p<0,05$ ), установление диагноза параноидной шизофрении, непрерывной либо эпизодической с нарастающим дефектом (прогредиентное течение заболевания) ( $\beta=0,245$ ;  $p<0,05$ ) и отсутствие поддержки ближайшего окружения ( $\beta=0,223$ ;  $p<0,05$ ).

Таким образом, изучение 20-летней истории заболевания больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра выявило, что примерно половина (47,4%) из них стационарировалась сверхчасто (от 2-х раз и более в год) на определенном этапе болезни, названном нами ЭСГ. Причем во время ЭСГ средняя частота госпитализаций в год возрастала почти в 4 раза, по сравнению со всем 20-летним периодом заболевания. ЭСГ мог возникнуть и повториться на любом отрезке заболевания, но чаще (у 80% больных) в первые 5 лет болезни. Примерно у половины больных этап завершался в первом десятилетии процесса, но также мог затянуться (у пятой части пациентов) на весь изученный период болезни.

ЭСГ представляет собой очерченный во времени период болезни, свидетельствующий о возникшем неблагоприятии, связанном с особыми клиническими и социальными причинами, а чаще с их определенным сочетанием. Выявленные и обозначенные нами факторы, связанные с возникновением ЭСГ, способствующие его возникновению и затягиванию, требуют разработки индивидуального плана лечебных и психосоциальных мероприятий применительно к данной категории пациентов.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алсаков А.А. Больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с частыми госпитализациями: фармакоэкономический аспект противоречивой терапии депонированными формами нейролептиков // Материалы российской конференции: Аффективные и шизоаффективные расстройства. М., 2003. С. 252–253.
2. Гурович И.Я. Вопросы внебольничной психиатрической помощи. М., 1978. С. 1–19.
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. Гурович И.Я., Любов Е.Б. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
5. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М, 2004. 492 с.
6. Долгов С.А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1994. 22 с.
7. Есаенц 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.
8. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб.: НИИ им. Бехтерева, 1998. 256 с.
9. Кабанов М.М. Экологизация медицины и концепция реабилитации // Реабилитация больных психозами. Л., 1981. С. 5–12.
10. Киселев А.С., Сочнева З.Г. Закономерности начала, течения и исходов основных психических заболеваний. Рига, 1988.
11. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении. М., 1963.
12. Красик Е.Д. Реабилитация психически больных: достижения и проблемы // Новое в теории и практике реабилитации психически больных. Л.: Изд. Института им. В.М. Бехтерева, 1985. С. 39–43.
13. 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.
14. Лосев Л.В. Клинико-социальные характеристики больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с частыми и длительными госпитализациями // XIII Съезд психиатров России. М., 2000. С. 24.
15. Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича, С.Н. Мосолова и соавт. М.: Медпрактика-М, 2007. 260 с.
16. American Psychiatric Association: Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia. 2nd ed. // Am. J. Psychiatry. 2004. Vol. 161, Suppl. 2. P. 1–114.
17. 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.
18. Appleby L., Luchins D.J. et al. Length of inpatient stay and recidivism among patients with schizophrenia // Psychiatr. Serv. 1996. Vol. 47. P. 985–990.
19. Burns T. Hospitalisation as an outcome measure in schizophrenia // Br. J. Psychiatry. 2007. Vol. 191, N 50. P. 37–41.
20. De Francisco D., Anderson D., Pantano R. et al. The relationship between length of hospital stay and rapid readmission rates // Hosp. Comm. Psychiatry. 1980. Vol. 31, N 3. P. 196–197.
21. 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.
22. Eaton W.W., Bilker W., Haro J.M. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part II. Change with passage of time // Schizophr. Bull. 1992. Vol. 18, N 2. P. 229–241.
23. Eaton W.W., Mortensen P.B., Herrman H. et al. Long-term course of hospitalization for schizophrenia: Part I. Risk for rehospitalization // Schizophr. Bull. 1992. Vol. 18, N 2. P. 217–228.
24. Engelhardt D.M., Rosen B., Feldman J. et al. A 15-year follow-up of 646 schizophrenic outpatients // Schizophr. Bull. 1982. Vol. 8, N 3. P. 493–503.
25. 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.
26. Lerner Y., Popper M., Zilber N. Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. I. Patterns of hospitalization with special reference to the “new chronic” patients // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1989. Vol. 24, N 3. P. 121–126.
27. Lewis T., Joice P.R. The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions // Acta Psychiatr. Scand. 1990. Vol. 82, N 2. P. 130–135.
28. Lieberman J.A., Perkins D., Belger A. et al. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches // Biol. Psychiatry. 2001. Vol. 50. P. 884–897.
29. 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.
30. Miller P.McC., Johnstone E.C., Lang F.H. et al. Differences between patients with schizophrenia within and without a high security psychiatric hospital // Acta Psychiatr. Scand. 2000. Vol. 102, N 1. P. 12–18.
31. Rosenfeld A.H. Closing the revolving door through family therapy // Hosp. Comm. Psychiatry. 1982. Vol. 33, N 11. P. 893–894.
32. Sipsos A., Harrison G., Gunnell D. et al. Patterns and predictors of hospitalization in first-episode psychosis. Prospective cohort study // Br. J. Psychiatry. 2001. Vol. 178. P. 518–523.
33. 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.
34. Swett C. Symptom severity and number of previous psychiatric admissions as predictors of readmission // Psychiatr. Serv. 1995. Vol. 46, N 5. P. 482–485.
35. Talarowska-Bogusz M., Florkowski A., Zboralski K. et al. Causes and consequences of frequent hospitalizations among schizophrenic patients // Pol. Merkur. Lekarski. 2008. Vol. 24, N 140. P. 101–105.
36. Thompson E.E., Neighbors H.W., Munday C.M. et al. Length of stay, referral to aftercare, and psychiatric rehospitalization among psychiatric inpatients // Psychiatr. Serv. 2003. Vol. 54. P. 1271–1276.
37. Thompson A., Shaw M., Harrison G. et al. Patterns of hospital admission for adult psychiatric illness in England: analysis of hospital episode statistics data // Br. J. Psychiatry. 2004. Vol. 185. P. 334–341.
38. Voineskos G., Denaut S. Recurrent psychiatric hospitalization // Can. Med. Association J. 1978. Vol. 118, N 6. P. 247–250.
39. Wajid A. Schizophrenia and hospitalization // JCPSP. 2006. Vol. 16, N 3. P. 223–226.
40. Weiden P., Glazer W. Assessment and treatment selection for «revolving door» inpatients with schizophrenia // Psychiatry Q. 1997. Vol. 68. P. 377–392.
41. 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.
42. Zilber N., Popper M., Lerner Y. Patterns and correlates of psychiatric hospitalization in a nationwide sample. II. Correlates of length of hospitalization and length of stay out of hospital // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 1990. Vol. 25, N 3. P. 144–148.

## ЭТАП СВЕРХЧАСТЫХ ГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ И СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ)

Д. Ю. Ткачев, Е. М. Кирьянова

На одном из участков ПНД №14 города Москвы невыборочно изучены все больные шизофренией и расстройствами шизофренического спектра с давностью заболевания более 20 лет (76 чел.). Почти у половины из них (36 чел., 47,4%) хотя бы раз за 20 лет заболевания встречался этап сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

В изученной группе больных с ЭСГ наибольшее число госпитализаций и количество проведенных в больнице койко-дней приходилось

на первые 5 лет болезни. Во втором десятилетии болезни частота госпитализаций уменьшилась в 2 раза, а число проведенных в год койко-дней – в 3 раза.

Проанализировано 47 ЭСГ у 36 больных. Продолжительность ЭСГ колебалась от 1 года до 20 лет, в среднем  $4,13 \pm 1,56$  года, число госпитализаций за один ЭСГ составляло от 3 до 25, в среднем  $6,34 \pm 2,71$  госпитализации. Количество ЭСГ могло достигать 4 за изу-

ченный период. Во время ЭСГ среднее число госпитализаций возрастало до 1,53 раза в год, что почти в 4 раза превышает средний показатель ( $0,4 \pm 0,3$  раза в год) частоты госпитализаций за 20 лет заболевания.

С помощью множественного регрессионного анализа изучены клиничко-социальные факторы, положительно коррелирующие с наличием ЭСГ. Наиболее сильная связь выявлена для констелляции факторов: опасный характер симптоматики, проживание с родителя-

ми, аутистические тенденции до манифеста, ломка привычного жизненного стереотипа, диагноз параноидной шизофрении с непрерывным либо эпизодическим течением с нарастающим дефектом (прогредиентное течение заболевания) и отсутствие поддержки ближайшего окружения.

**Ключевые слова:** шизофрения, рехоспитализация, этап сверхчастых госпитализаций, госпитализм, клинические и социальные факторы.

## THE STAGE OF «TOO FREQUENT HOSPITALIZATIONS» IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS (ROLE OF CLINICAL-PSYCHOPATHOLOGICAL AND SOCIAL FACTORS)

D. Yu. Tkachev, E. M. Kiryanova

In one of the territories covered by the Moscow Psychiatric Outpatient Clinic No14, the authors studied all the patients with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with the history of disease more than 20 years (76 persons). Almost half of them (36 persons – 47.4%) at least once during those 20 years had a stage of “too frequent hospitalizations” (TFH).

In this TFH group, the majority of hospitalizations and days in the hospital occurred during the first 5 years of the disease. In the second decade of the disease, the hospitalization rate dropped twice, while the number of days in the hospital dropped three times.

The authors analyzed the characteristics of 47 stages of TFH in 36 patients. The TFH duration varied from 1 to 20 years, with average  $4.13 \pm 1.56$  years; the number of hospitalizations per one TFH was from 3 to 25, with average  $6.34 \pm 2.71$  hospitalizations. During the TFH-stage, the number of

hospitalizations could reach 4. Average number of hospitalizations increased by 1.53 times a year, which was almost four-fold as compared to average hospitalization rate during the 20 years of the disease ( $0.4 \pm 0.3$  times a year).

With the help of multiple regressive analysis, authors studied the clinical and social factors that had positive correlations with TFH. The strongest association was found for a constellation of factors, including: presence of dangerous symptoms, living together with parents, autistic tendencies prior to manifestation of disease, interference with habitual lifestyle, diagnosis of paranoid schizophrenia with continuous or recurrent course, with increasing defect (progressive course) and absence of social support from the family.

**Key words:** schizophrenia, rehospitalization, stage of «too frequent hospitalizations», hospitalism, clinical and social factors.

---

**Ткачев Денис Юрьевич** – аспирант отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: zjaba@yandex.ru

**Кирьянова Елена Михайловна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»; e-mail: lenakiryanova@yandex.ru