

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФЕНОМЕНА РЕГОСПИТАЛИЗАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

А.С. Ким, В.В. Полетаев, Е.С. Черепкин

Рассматривается аффективный компонент как один из главных факторов в формировании феномена регоспитализаций. Ведущий психопатологический синдром может быть предрасполагающим фактором к формированию стиля "выученной беспомощности".

Ключевые слова: шизофрения; аффективный компонент; безнадежность; феномен регоспитализаций; стиль "выученной беспомощности".

Актуальность данного исследования обусловлена тем, что прогресс современной психофармакотерапии, интенсификация амбулаторного лечения, большое количество реабилитационных программ до сих пор не решили проблему преимущественно стационарного лечения пациентов с шизофренией [1–3]. С каждой госпитализацией растет риск последующей вне зависимости от тяжести шизофренического процесса, что подчеркивает актуальность снижения частоты госпитализаций [4].

Длительное пребывание в общепсихиатрическом стационаре, принудительное совместное проживание, утрата личной жизни, пассивное участие в своей судьбе, отсутствие каких-либо полномочий, активирующих мотивационно-когнитивные про-

цессы, оказывают не менее деструктивное влияние на личность пациента, чем собственно психическая болезнь [5, 6]. Целенаправленных исследований, посвященных изучению клинико-психологических механизмов, обуславливающих феномен регоспитализаций (повторных госпитализаций) при параноидной шизофрении, не проводилось.

Цель исследования – изучить клинико-психологические механизмы, обуславливающие феномен регоспитализаций у пациентов с параноидной шизофренией.

Задачи:

1. Идентифицировать преобладающие клинико-психопатологические синдромы, определяющие тип течения шизофрении.

2. Выделить роль аффективного компонента как системообразующего фактора в формировании феномена регоспитализаций.

3. Идентифицировать феномен “выученной беспомощности” как психологический компонент, обуславливающий специфику синодромообразования и течения шизофрении.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования послужили 77 пациентов. Все респонденты были репрезентативны по полу и возрасту.

Критерии включения: возраст от 25 до 65 лет, наличие диагноза “Параноидная шизофрения”, согласно критериям МКБ-10, длительность заболевания 10 и более лет с наличием этапа сверхчастых госпитализаций (ЭСГ).

Отмечается преобладание пациентов зрелой возрастной группы 2-го периода (до 35 лет) 23 (64 %), количество пациентов зрелой возрастной группы 1-го периода (от 35 до 60 лет) – 49 (30 %). Количество пациентов преклонного возраста (старше 60 лет) составило лишь 5 (6 %).

Учитывая образовательный уровень, со средним образованием было 42 пациента (55 %), с высшим – 15 пациентов (19 %), со средним специальным – 20 (26 %).

Более половины пациентов (55 %) за последние 10 лет имеют от 11 и более госпитализаций, а 45 % – от 5 до 10 (у каждого пациента обнаружен ЭСГ).

Критерии исключения: клинически значимые фоновые соматические и неврологические расстройства, наличие органических поражений головного мозга, прием наркотических или других психоактивных веществ в анамнезе.

Методами исследования являлись: клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы изучения: ретроспективный анализ частоты госпитализаций по данным эпикризов пациентов, полужформализованное интервью, шкала оценки позитивных и негативных синдромов (PANSS), опросник безнадежности Бека, опросник жизненных стилей Плутчика – Келлермана – Конте, шкала Цунга для самооценки депрессии, шкала оценки уровня тревожности Спилберга – Ханина.

Результаты и обсуждение. У большинства пациентов – 50 (65 %) – преобладает галлюцинаторно-бредовый синдром, с преобладающими апато-абулическим и тревожно-депрессивным синдромами 15 (19 %) и 12 (16 %) пациентов соответственно (таблица 1).

Безнадежность выражена в умеренной степени у 43 (56 %) и в тяжелой – у 34 (44 %) пациентов (таблица 2).

Таблица 1 – Преобладающий синдром (согласно данным по шкале PANSS)

Синдром	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Галлюцинаторно-бредовый	50	65
Апато-абулический	15	19
Тревожно-депрессивный	12	16
Итого	77	100

Таблица 2 – Выраженность уровня безнадежности (по опроснику Бека)

Безнадежность	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Не выявлена	-	-
Легкая	-	-
Умеренная	43	56
Тяжелая	34	44
Итого	77	100

При исследовании пациентов с параноидной шизофренией отмечается отсутствие депрессии у 45 (58 %). У 27 (35 %) пациентов депрессия проявлялась на субклиническом уровне и лишь 5 (7 %) имеют умеренно выраженную степень депрессии (таблица 3).

Таблица 3 – Выраженность уровня депрессии (по шкале Цунга)

Депрессия	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Депрессии нет	45	58
Легкая	27	35
Умеренная	5	7
Выраженная	-	-
Итого	77	100

При исследовании выраженности уровня личностной тревожности у большинства пациентов – 61 (79 %) – отмечался высокий уровень тревоги (таблица 4).

Выраженность феномена регоспитализаций имеет достоверную связь с показателем уровня безнадежности вне зависимости от преобладающего синдрома. Общая напряженность защит в случаях преобладания галлюцинаторно-бредового и апато-абулического синдрома имеет косвенное влияние (таблица 5).

Результаты проведенных исследований показывают, что у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, наблюдается феномен регоспитализаций, выраженный в различной степени, 55 %

имеют явную выраженность, у 45 % пациентов этот феномен менее выражен, но также присутствуют этапы сверхчастых госпитализаций (ЭСГ). Также выявлено, что преобладает группа пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом – 65 % (см. таблицу 1).

Таблица 4 – Выраженность уровня тревоги (по шкале Спилбергера – Ханина)

Тревога	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Низкий уровень	-	-
Средний уровень	16	21
Высокий уровень	61	79
Итого	77	100

Независимо от преобладающего синдрома выраженность феномена регоспитализаций достоверно коррелирует с уровнем безнадежности 0,56 ($p < 0,01$). Но для каждого отдельного синдрома характерно преобладание того или иного аффективного компонента.

В структуре галлюцинаторно-бредового синдрома достоверно опосредованное влияние тревожного аффекта (таблица 6).

В структуре апато-абулического синдрома характерна выраженность депрессивного аффекта (таблица 7).

В структуре тревожно-депрессивного синдрома достоверно влияние на развитие феномена регоспитализаций как тревожного, так и депрессивного аффекта (таблица 8).

Также была выделена опосредованная роль общей напряженности защит (ОНЗ) в формировании стиля “выученной беспомощности” при апато-абулическом синдроме. Об этом свидетельствует связь между выраженностью негативных синдромов и ОНЗ 0,92 ($p < 0,01$). Формирование стиля “выученной беспомощности” происходит за счет ослабления поисковой активности и приводит к более простым и привычным поведенческим стереотипам, что препятствует улучшению адаптации во внестационарных условиях [2]. Для прочих синдромов достоверных связей не обнаружено.

Таким образом, в ходе исследования были идентифицированы 3 основные группы пациентов в зависимости от преобладающего синдрома: галлюцинаторно-бредового (65 %), апато-абулического (19 %), тревожно-депрессивного (16 %) (см. таблицу 1). Преобладающей является группа пациентов с галлюцинаторно-бредовым синдромом – 50 (65 %) человек. Достоверной связи

Таблица 5 – Связь уровня безнадежности, общей напряженности защит и частоты госпитализаций в зависимости от преобладающего синдрома

Синдром	ЧГ*	УБ**	ОНЗ***	Корреляция	
				УБ	ОНЗ
Галлюцинаторно-бредовый	11,54±0,71	12,97±0,42	58,59±1,98	0,36 ($p < 0,05$)	-0,19 ($p > 0,05$)
Апато-абулический	14,18±0,91	13,91±0,46	52,12±1,99	0,64 ($p < 0,05$)	0,13 ($p > 0,05$)
Тревожно-депрессивный	12,11±2,31	12,78±1,2	56,22±4,99	0,89 ($p < 0,01$)	-0,79 ($p < 0,01$)

Примечание: * – (ЧГ) частота госпитализаций; ** – (УБ) уровень безнадежности; *** – (ОНЗ) общая напряженность защит.

Таблица 6 – Феномен регоспитализаций в структуре галлюцинаторно-бредового синдрома

Аффект	Среднее значение	Корреляция
Тревожный	54,27±1,1	0,82 ($p < 0,01$)
Депрессивный	43,59±0,98	0,12 ($p > 0,05$)

Таблица 7 – Феномен регоспитализаций в структуре апато-абулического синдрома

Аффект	Среднее значение	Корреляция
Тревожный	48,27±2,47	0,51 ($p > 0,05$)
Депрессивный	52,82±0,5	0,87 ($p < 0,01$)

Таблица 8 – Феномен регоспитализаций в структуре тревожно-депрессивного синдрома

Аффект	Среднее значение	Корреляция
Тревожный	58,33±2,36	0,86 ($p < 0,01$)
Депрессивный	54,56±2,17	0,84 ($p < 0,01$)

между преобладанием этой группы пациентов и проявлением феномена регоспитализаций не обнаружено. Имеется достоверная связь между выраженностью апато-абулического синдрома в структуре параноидной шизофрении и частотой госпитализаций 0,53 ($p < 0,01$).

Независимо от преобладающего синдрома для всех пациентов с проявлениями феномена регоспитализаций характерна система когнитивных схем с негативной окраской ожиданий относительно ближайшего и отдаленного будущего.

Аффективный компонент играет одну из решающих ролей в формировании феномена регоспитализаций у пациентов с параноидной шизофренией и зависит от преобладающего синдрома (см. таблицы 6–8).

Взаимообусловленность аффективных компонентов и уровня ОНЗ в структуре стиля “выученной беспомощности” позволяет предположить наличие их роли в специфичности синдромообразования в рамках параноидной шизофрении.

Литература

1. *Гурович И.Я.* Фармакоэпидемиология и фармако-экономика в психиатрии / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов. М.: Медпрактика, 2003. 264 с.
2. *Кабанов М.М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия / М.М. Кабанов. СПб.: Изд-во НИИ им. В.М. Бехтерева, 1998. 256 с.
3. *Красик Е.Д.* Госпитализм при шизофрении / Е.Д. Красик, Г.В. Логвинович. М., 1963.
4. *Долгов С.А.* Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология: автореф. дис. ... канд. мед. наук / С.А. Долгов. М., 1994. 22 с.
5. *Абрамов В.А.* Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В.А. Абрамов, И.В. Жигулина, В.С. Подкорытов. Донецк: ООО “Лебедь”, 2002. 279 с.
6. *Чуркин А.А.* Социальные факторы и инвалидность вследствие психических заболеваний: руководство по социальной психиатрии / А.А. Чуркин; под ред. Т.Б. Дмитриевой. М.: Медицина, 2001. С. 296–314.