

Методика скрининговой оценки наличия госпитализма у пациентов геронтопсихиатрического стационара

Бельцева Ю.А.¹, Залуцкая Н.М.^{1,2}, Незнанов Н.Г.^{1,2}

¹ Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Резюме. Целью исследования являлось выявление нозологически неспецифичных признаков госпитализма у пациентов геронтопсихиатрического стационара и разработка на их основе методики скрининговой диагностики госпитализма.

Материалы и методы. Были обследованы 194 стационарных пациента в возрасте от 55 до 91 года, госпитализм был выявлен у 102 человек, 92 человека составили группу сравнения. Обследование проводилось на этапе подготовки к выписке в форме полуструктурированного интервью, дополненного сбором анамнестических и катamnестических данных.

Результаты. Наиболее распространенными в обследованной выборке признаками госпитализма являлись ухудшение психического и соматического состояния перед выпиской (выявлено у 78% больных с явлениями госпитализма, доверительный интервал (ДИ) 68–85%), большая продолжительность текущей госпитализации (73%, ДИ 64–82%), нарушения комплаенса (73%, ДИ 63–81%), большая длительность стационарного лечения в анамнезе 71%, ДИ 61–80%), ухудшение состояния вскоре после выписки (67%, ДИ 52–80%), большое количество госпитализаций за все время болезни (67%, ДИ 57–76%), отсутствие установки на выписку (62%, ДИ 51–72%), тенденция к увеличению продолжительности госпитализаций (54%, ДИ 43–64%), высокий уровень тревоги перед выпиской (50%, ДИ 34–66%), сокращение промежутков между госпитализациями (49%, ДИ 38–59%), $p < 0,05$. Для скрининговой диагностики методом бинарной логистической регрессии на примере первых 122 пациентов были отобраны четыре показателя — продолжительность текущей госпитализации, тенденция к учащению госпитализаций, ухудшение состояния перед выпиской и наличие либо отсутствие установки на выписку — и получено решающее правило для распределения пациентов в группу больных госпитализмом и в группу сравнения. При апробации методики на примере следующих 70 пациентов чувствительность методики составила 86,7%, доверительный интервал для данной выборки 74% — 93,5%, $p < 0,05$, специфичность — 92,5%, доверительный интервал 83% — 97,6%, $p < 0,05$.

Заключение. Предложенная методика предназначена для скрининговой оценки наличия госпитализма и выявления круга лиц, в отношении которых целесообразна углубленная оценка социально — психологической адаптации с целью предотвращения неблагоприятного воздействия пребывания в стационаре.

Ключевые слова: госпитализм; старшая возрастная группа; социально-психологическая адаптация; адаптация в стационаре; геронтопсихиатрия; продолжительность госпитализации; комплаенс.

Информация об авторах:

Бельцева Юлия Андреевна — e-mail: beltsevaju@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8897-1842>

Залуцкая Наталья Михайловна — e-mail: nzalutskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5929-1437>

Незнанов Николай Григорьевич — e-mail: spbinstb@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

Как цитировать: Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Незнанов Н.Г. Методика скрининговой оценки наличия госпитализма у пациентов геронтопсихиатрического стационара. *Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева*. 2021;55:3:73-81. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-73-81>:

Methodology for screening assessment of the presence of hospitalism in patients of gerontopsychiatric hospital

Beltceva IA¹, Zalutskaya NM^{1,2}, Neznanov NG^{1,2}

¹V. M. Bekhterev national research medical center for psychiatry and neurology, Saint Petersburg, Russia

²I.P. Pavlov First St. Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia

Summary. The aim of the study was to identify nosologically nonspecific signs of hospitalism in patients of a gerontopsychiatric hospital and to develop, on their basis, a method for screening diagnostics of hospitalism.

Materials and methods. We examined 194 inpatients aged 55 to 91 years, hospitalism was detected in 102 people, 92 people made up the comparison group. The survey was carried out at the stage of preparation for discharge in the form of a semi-structured interview, supplemented by the collection of anamnestic and follow-up data.

Results. The most common signs of hospitalism in this sample were the deterioration of the mental and somatic state before discharge (78% of the examined patients of the main group, a confidence interval (CI) of 68–85%), a long duration of the current hospitalization (73%, CI 64–82%), violations of compliance (73%, CI 63–81%), long duration of inpatient treatment in anamnesis (71%, CI 61–80%), deterioration soon after discharge (67%, CI 52–80%), a large number of hospitalizations during the entire period of illness (67%, CI 57–76%), lack of discharge intention (62%, CI 51–72%), tendency to increase the duration of hospitalizations (54%, CI 43–64%), high level of anxiety before discharge (50%, CI 34–66%), reduction in the intervals between hospitalizations (49%, CI 38–59%), $p < 0.05$.

Conclusion. The proposed methodology is intended for screening assessment of the presence of hospitalism and identification of the circle of persons for whom an in-depth assessment of social and psychological adaptation is advisable in order to prevent the adverse effects of hospitalization.

Key words: hospitalism, elderly people, socio-psychological adaptation, inpatient adaptation, gerontopsychiatry, length of hospital stay, compliance.

Information about the authors:

Iuliia A. Beltceva e-mail: beltsevaju@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-8897-1842>

Natalia M. Zalutskaya e-mail: nzalutskaya@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0001-7407-0376>

Nikolay G. Neznanov e-mail: spbinstant@bekhterev.ru; <https://orcid.org/0000-0001-5618-4206>

To cite this article: Beltceva IA, Zalutskaya NM, Neznanov NG. Methodology for screening assessment of the presence of hospitalism in patients of gerontopsychiatric hospital. *V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology*. 2021;55:3:73–81. <http://doi.org/10.31363/2313-7053-2021-55-3-73-81>.

Согласно определению М.М. Кабанова, данному в 1981 году, госпитализм — это совокупности явлений жизненной дезадаптации, связанных непосредственно с длительной изоляцией в психиатрическом стационаре [3]. Хотя госпитализм является клинической реальностью, существенно влияющей на уровень социальной адаптации больного [6], модифицирующей течение основного заболевания и снижающей эффективность терапии, в настоящее время отсутствуют общепринятые критерии для квалификации данного состояния. Нередко феномен госпитализма либо замаскирован псевдорезистентностью, вызванной нарушениями комплаенса и преувеличением побочных эффектов препаратов, либо лежит в основе недостаточной эффективности терапии, специфически проявляющейся на этапе выписки из стационара и амбулаторного лечения, либо становится одной из причин обусловленных социально-психологической дезадаптацией регоспитализаций недавно выписанных пациентов. Как в отечественной, так и в зарубежной клинической практике отсутствуют унифицированные методы выявления госпитализма, что в значительной степени осложняет выявление этого феномена у конкретных пациентов, а следова-

тельно, и научные исследования его распространенности, структуры, причин развития и возможных путей коррекции. В иностранных источниках существует тенденция рассматривать это понятие преимущественно в историческом аспекте и применительно к оказанию медицинской помощи детям [9].

Большинство российских работ, посвященных проблеме госпитализма, сосредоточено на развитии данного феномена у пациентов, страдающих шизофренией, что обусловлено длительными сроками стационарного лечения данных больных и достаточно большой долей этих пациентов среди лиц, получающих помощь в стационаре, с одной стороны, и значительной распространенностью социальной дезадаптации, связанной с характером заболевания и некоторыми вариантами фармакотерапии, с другой. Последний аспект нашел свое отражение в классификации госпитализма, которую предложили Е.Д. Красик и Г.В. Логвинович [5], включающей, наряду с синдромом патологической адаптации, фармакогенный и эндогенно-зависимый тип госпитализма, то есть классификация является специфичной для конкретной нозологии. Другая классификация, предложенная Г.Г. Путятиным [6], также ориентиро-

вана на пациентов, страдающих шизофренией, и включает синдром фармакогенного регресса личности. На классификации Г.Г. Путятина основана единственная на сегодняшний день клиническая стандартизированная шкала госпитализма, предназначенная не столько для диагностики, сколько для оценки выраженности данного явления у пациентов, страдающих шизофренией, в то время как использование ее у пациентов с другой нозологией затруднительно.

В то же время госпитализм может развиваться и у пациентов с различными психическими расстройствами, и у лиц, получающих медицинскую помощь в стационарах общесоматического профиля, и у людей, проживающих в пансионатах и интернатах. В каждом из этих случаев характер социальной дезадаптации будет несколько отличаться, что связано как с особенностями самих пациентов, так и с разнообразием условий в медицинских учреждениях разного профиля. Отсюда следует необходимость четкой демаркации проявлений феномена госпитализма от симптомов основного заболевания и поиска нозологически универсальных способов выявления данного состояния. В своей работе мы придерживались определения госпитализма как совокупности явлений жизненной дезадаптации, непосредственно связанной с длительным пребыванием в стационаре, и не обусловленной ни симптомами психического расстройства, ни сопутствующей соматической патологией [1], поэтому в исследование не включались пациенты, чья социально-психологическая неадаптированность во внебольничной среде могла быть объяснена причинами материально-бытового характера или утратой автономности вследствие инвалидности.

Материалы и методы

Целью настоящего исследования являлось выявление диагностических признаков госпитализма у пожилых пациентов психиатрического стационара и разработка скрининговой методики для выявления данного феномена.

С целью описания проявлений госпитализма были обследованы пациенты геронтопсихиатрического стационара в возрасте от 55 лет, страдающие различными психическими расстройствами. Участие в исследовании являлось добровольным с подписанием информированного согласия. Обследование проводилось однократно на этапе купирования острой симптоматики и подготовки пациента к выписке, были проанализированы социо-демографические данные, анамнестические сведения о характере психического расстройства, стационарном и амбулаторном лечении за весь период заболевания, с каждым пациентом проводилось полуструктурированное интервью, включающее обсуждение осведомленности пациента о заболевании и лечении, отношения пациента к заболеванию и различным терапевтическим и диагностическим мероприятиям, особенностей адаптации в стационаре и во внебольничной среде, се-

мейной системы и микросоциального окружения респондента.

В связи с ненормальным характером распределения многих параметров для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики: вычисление медианы и межквартильного размаха, доверительные интервалы для медианы и частоты, критерий Манна – Уитни для двух несвязанных выборок, критерий χ^2 для анализа номинальных и порядковых характеристик, бинарная логистическая регрессия (метод включения — отношение правдоподобия), определение чувствительности и специфичности диагностических методик.

В исследование включались пациенты в возрасте 55 лет и старше, проходившие стационарное лечение в отделении гериатрической психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Критерием исключения являлись отказ пациента от участия в исследовании и наличие выраженной деменции либо тяжелого соматического инвалидирующего заболевания, обуславливающего значительную социально-психологическую дезадаптацию пациента вне стационара, что делало невозможным или недостоверным полноценное обследование пациента.

В соответствии с критериями включения и исключения выборку составили 194 пациента в возрасте от 55 до 91 года (медиана 67 (60;74) (здесь и далее данные приведены в формате «медиана (нижний квартиль; верхний квартиль)»), из них 86% женщин и 14% мужчин, преобладание женщин в выборке соответствует общим демографическим тенденциям данного возраста.

Выявление у обследованных пациентов госпитализма осуществлялось на основании комплексной разносторонней клинической оценки с учетом клинических, адаптационных и социально — психологических характеристик, особенностей адаптации пациента в стационаре и вне его, субъективного восприятия болезни, лечения и факта госпитализации, а также семейной системы пациента. Все обследованные пациенты были распределены на две группы. В основную группу включались пациенты, у которых при беседе и в процессе наблюдения были выявлены, с одной стороны, характерное для госпитализма снижение адаптационного потенциала с сужением спектра используемых паттернов поведения и относительным преобладанием явлений дезадаптации на внестационарном этапе, и, с другой стороны, явное предпочтение стационарной помощи с негативным отношением к амбулаторному лечению и тенденцией решать возникающие проблемы, в том числе, и немедицинского характера, посредством госпитализации. При этом одной из задач при проведении полуструктурированного интервью являлось исключение других возможных причин данного явления, таких как невозможность получения медицинской помощи амбулаторно, рентные и манипулятивные установки в отношении госпитализации, серьезные материально-бытовые или внутрисемейные проблемы, снижение адаптацион-



ных возможностей вследствие соматической инвалидности. Больные без признаков госпитализма составили группу сравнения. Всего госпитализм был выявлен у 102 пациентов (основная группа), в группу сравнения вошли 92 пациента. При сравнении групп по социо-демографическим и клиническим характеристикам статистически значимых различий выявлено не было: группы оказались сравнимы по возрасту, половому составу, семейному и трудовому статусу, основному заболеванию и его этиологии, общей длительности заболевания. Распределение пациентов по основному диагнозу представлено на диаграмме.

Как следует из диаграммы, наиболее часто клиническая картина основного заболевания была представлена депрессивным синдромом в рамках аутохтонного или органического аффективного расстройства — 67 (56-76)% (здесь и далее — в скобках указан доверительный интервал для относительной частоты при $p < 0,05$) в основной группе и 59 (49-68)% в группе сравнения, а также тревожно-депрессивным синдромом вследствие невротического расстройства и расстройства адаптации — 12 (6-21)% в основной группе и 18 (11-27)% в группе сравнения. Галлюцинаторно-бредовой синдром встречался несколько чаще в группе сравнения — 12 (7-21)%, чем в основной — 6 (2-14)%, однако, при статистической проверке различие незначимо.

Основная и группа сравнения не различались по этиологии заболевания, характеру развития психических расстройств (острое, подострое), степени тяжести заболевания, совпадению разви-

тия заболевания или обострения с какими-либо внешними факторами (психогенная провокация, соматическая декомпенсация и т.д.), возрасту первой госпитализации, общей длительности заболевания, возрасту пациента на момент обследования, полу, соматической отягощенности, наличию коморбидного органического заболевания головного мозга. Кроме того, семейное, социальное и материальное положение, наличие родственников и жилищно-бытовые условия пациентов двух групп также оказались сходными.

Результаты

С целью выявления признаков госпитализма и определения частоты их встречаемости клинические, социальные и индивидуально-психологические показатели основной и контрольной группы сравнивались с применением методов непараметрической статистики. Все выявленные при анализе статистически значимые различия между группами анализировались с точки зрения возможного наличия причинно-следственных связей с другими важными клиническими, психологическими и социальными факторами, в частности тяжестью и характером течения заболевания, частотой и длительностью обострений, провоцирующими их событиями, наличием сопутствующей патологии и др., после статистического исключения данных связей делалось предположение о возможной этиологической связи данных явлений с наличием или отсутствием у пациента госпитализма.

При анализе количественных показателей стационарного лечения с применением критерия Манна—Уитни для двух несвязанных выборок были выявлены статистически значимые различия между группами в продолжительности стационарного лечения и количестве госпитализаций, несмотря на сходную длительность заболевания. Так, суммарная длительность стационарного лечения за все время болезни у пациентов с синдромом госпитализма превышала длительность пребывания в стационаре пациентов без него (данные приведены в формате медиана (1 квартиль; 3 квартиль) — 160 дней (85; 227) в основной группе и 49 дней (29; 97) в группе сравнения ($p < 0,05$). Продолжительность текущей госпитализации для основной группы составила 53 дня (9; 75), для группы сравнения 28 дней (21; 37), $p < 0,05$. Количество госпитализаций за время болезни для пациентов с признаками госпитализма медиана составила 4 госпитализации (2; 6), для пациентов без признаков госпитализма — 2 раза (1; 3).

Для анализа частоты встречаемости такого признака, как большая продолжительность госпитализации, пациенты были разделены на подгруппы относительно медианы, вычисленной для всех обследованных пациентов без учета наличия или отсутствия госпитализма. Поскольку для данной выборки не было получено статистически значимой разницы в продолжительности стационарного лечения в зависимости от диагноза, данный фактор также в этом случае не учитывался. В дальнейшем для каждой подгруппы вычислялся процент пациентов с госпитализмом и без него. Анализ общей продолжительности стационарного лечения и количества госпитализаций выполнен сходным образом, результаты представлены в Табл.1.

Как следует из Табл.1, у пациентов с явлениями госпитализма большая продолжительность те-

кущей госпитализации встречалась в 73% случаев, большая суммарная длительность стационарного лечения за все время болезни — в 71%, большее количество госпитализаций — в 67% случаев. Все указанные в таблице различия статистически значимы (использовался критерий χ^2) при $p < 0,05$ как при сравнении основной группы и группы сравнения (по горизонтали), так и при сравнении по вертикали — между подгруппами с большей и меньшей выраженностью признака. Для пациентов основной и группы сравнения была проанализирована частота встречаемости нежелательных явлений, так или иначе связанных с лечением в стационаре, статистически значимые различия представлены в Табл.2.

Как следует из Табл.2, чаще всего у пациентов с явлениями госпитализма выявлялись ухудшение соматического или психического состояния накануне выписки — 78%, нарушения комплаенса — 73%, ухудшение состояния вскоре после того, как пациент покинул стационар — 67%, отсутствие установки на выписку — 62% среди пациентов данной группы, все эти признаки статистически значимо чаще наблюдались в основной группе, чем в группе сравнения, $p < 0,05$.

На следующем этапе исследования была поставлена задача выделить признаки, более тесно ассоциированные с феноменом госпитализма и удобные для быстрой клинической оценки. Для этого был выбран статистический метод бинарной логистической регрессии в варианте включения признаков в анализ по принципу отношения правдоподобия. Данный метод позволяет выделить среди анализируемых переменных признаки, наиболее значимые для распределения пациента в ту или иную из двух групп, и определить удельный вес каждого фактора в формировании группы.

Таблица 1. Относительная частота встречаемости длительного стационарного лечения в группах пациентов с госпитализмом и без него
Table 1. Relative frequency of occurrence of long-term inpatient treatment in groups of patients with and without hospitalism

Текущая госпитализация, медиана для всех обследованных больных 37 дней		
	Пациенты с госпитализмом	Пациенты без госпитализма
Продолжительность текущей госпитализации больше медианы	73 (64–82)%	26 (18–36)%
Продолжительность текущей госпитализации меньше медианы	22 (15–32)%	78 (68–85)%
Общая продолжительность стационарного лечения за все время болезни, медиана для всех обследованных 91 день		
Общая продолжительность стационарного лечения больше медианы	71 (61–80) %	29 (20–39)%
Общая продолжительность стационарного лечения меньше медианы	26 (18–36) %	74 (64–82)%
Количество госпитализаций за время болезни, медиана для всех обследованных — 3		
Количество госпитализаций больше медианы	67 (57–76) %	33 (24–43) %
Количество госпитализаций меньше медианы	27 (19–37) %	73 (63–81) %

Таблица 2. Частота встречаемости клинико-динамических характеристик терапевтического процесса в группах пациентов с госпитализмом и без него, % от численности группы (в скобках указан 95% доверительный интервал)

Table 2. Frequency of occurrence of clinical and dynamic characteristics of the therapeutic process in groups of patients with and without hospitalism, % of the group size (95% confidence interval is indicated in parentheses)

Признак	Пациенты с признаками госпитализма (основная группа)	Пациенты без признаков госпитализма (группа сравнения)
Тенденция к увеличению продолжительности госпитализаций на протяжении заболевания	54 (43-64)%	29 (21-39)%
Тенденция к сокращению промежутков между госпитализациями на протяжении заболевания	49 (38-59)%	16 (9-25)%
Отсутствие установки на выписку	62 (51-72)%	2 (1-9)%
Высокий уровень тревоги в связи с выпиской	50 (34-66)%	17 (8-32) %
Ухудшение состояния перед выпиской	78 (68-85)%	12 (7-21)%
Ухудшение состояния в лечебном отпуске и вскоре после выписки	67 (52-80)%	8 (2-21)%
Нарушения комплаенса	73 (63-81)%	42 (32-52)%

Первые 122 из обследованных пациентов составили обучающую выборку: они были распределены в основную и группу сравнения на основании комплексной клинической оценки, затем методом регрессии из клинико-динамических переменных, включавших основные социодемографические параметры, основной и сопутствующий диагноз и анамнестические сведения, были выделены четыре переменные с соответствующими коэффициентами, приведенные в Табл.3. Кроме того, полученная формула содержит константу.

Таким образом, если сумма трех категориальных признаков, закодированных соответствующими коэффициентами, и количества дней госпитализации, умноженного на 0,059, для данного пациента получается больше коэффициента — 5,736, можно предположить у больного наличие госпитализма. В пределах обучающей выборки 91% пациентов былверно распределен на группы при помощи данной формулы. Все коэффициенты значимости для полученных переменных и константы менее 0,001, каждый из них повышает вероятность корректного отнесения пациента к той или иной группе и ни один из них не может быть исключен из формулы без потери точности.

На основании полученной формулы была предложена методика скрининговой оценки наличия госпитализма у пациентов.

Для проверки полученной формулы у следующих 70 пациентов, обследованных по той же схеме, оценка наличия или отсутствия госпитализма производилась двумя методами независимо:

1. методом клинической оценки на основании совокупности клинической картины, клинико — динамических показателей и характеристик адаптации в стационаре
2. с использованием скрининговой методики для прогноза риска развития госпитализ-

ма на основании формулы логистической регрессии.

Полученные результаты представлены в Табл.4.

На основании данных, приведенных в Табл.4, были вычислены чувствительность и специфичность методики.

Чувствительность диагностической методики, полученная как отношение количества пациентов с положительным результатом ее применения к количеству пациентов с признаками госпитализма на основании клинической оценки, составила 86,7%, доверительный интервал для данной выборки 74% — 93,5%, $p < 0,05$.

Специфичность методики, полученная как отношение количества пациентов с отрицательным результатом ее применения к количеству пациентов без госпитализма на основании клинической оценки, составила 92,5%, доверительный интервал 83% — 97,6%, $p < 0,05$. Доверительные интервалы для чувствительности и специфичности на включают 50%, следовательно, диагностическая методика может считаться эффективной.

Прогностическая ценность положительного результата составляет 89%, прогностическая ценность отрицательного результата 90%.

Обсуждение

В ходе данного исследования были выявлены признаки, указывающие на высокую вероятность наличия госпитализма у пожилых пациентов психиатрического стационара. Выбор когорты пожилых больных для исследования проблемы негативного влияния длительного стационарного лечения обусловлен, с одной стороны, способствующими развитию госпитализма особенностями лиц пожилого возраста, в том числе, снижением адаптационных возможностей, тревожностью и ипохондричностью [7], а с другой — боль-

Таблица 3. Результаты логистической регрессии
Table 3. Logistic Regression Results

Константа (K)	- 5,736	
Наименование переменной	Значения переменной	Коэффициенты
Продолжительность текущей госпитализации (a)	количество дней	*0,059 (ka)
Тенденция к учащению госпитализаций (b)	отсутствует	*1 (kb)
	есть	*2,776 (kb)
Ухудшение состояния перед выпиской (c)	отсутствует	*1 (kc)
	есть	*2,339 (kc)
Установка на выписку (d)	есть	*1 (kd)
	отсутствует	*2,412 (kd)
	неустойчивая или противоречивая	*3,378 (kd)

$$\rho = \frac{\exp(K+a*ka+b*kb+c*kc+d*kd)}{1+\exp(K+a*ka+b*kb+c*kc+d*kd)},$$

где ρ — показатель наличия или отсутствия госпитализма, разделяющее значение 0,5

K — константа, равная — 5,736

a — продолжительность текущей госпитализации, выраженная в днях

k_a — коэффициент a, равный 0,059

b — тенденция к учащению госпитализаций

k_b — коэффициент b, равный 1 или 2,776

c — ухудшение состояния перед выпиской

k_c — коэффициент c, равный 1 или 2,339

d — установка на выписку

k_d — коэффициент d, равный 1 или 2,412 или 3,378 соответственно в зависимости от значения показателя.

Таблица 4. Результаты оценки наличия госпитализма с использованием скрининговой методики
Table 4. The results of assessing the presence of hospitalism using a screening method

Наличие госпитализма на основании применения скрининговой методики	Наличие госпитализма на основании клинической оценки		Всего
	есть госпитализм (количество пациентов)	нет госпитализма (количество пациентов)	
результат положительный (количество пациентов)	26	3	29
результат отрицательный (количество пациентов)	4	37	41
Всего	30	40	70

шой нагрузкой на систему здравоохранения, связанной с госпитализациями пожилых больных и диспропорциональностью расходования ресурсов [8]. Пожилые пациенты чаще нуждаются в стационарном лечении, кроме того, возраст является одним из факторов, существенно влияющих на длительность госпитализации. В связи с вышеизложенным, разработка методики скрининговой оценки наличия госпитализма, ориентированной на многочисленный и уязвимый контингент пожилых людей, проходящих стационарное лечение, является важной задачей. В то же время, в пределах обследованной выборки пациентов в возрас-

те от 55 до 91 года нами не было выявлено статистически значимых различий распространенности госпитализма в зависимости от возраста. Кроме того, от возраста не зависела и точность распределения на группы с помощью предложенной нами скрининговой методики, что позволяет рекомендовать ее для применения у пациентов данной социо-демографической группы вне зависимости от биологического возраста.

В обследованную выборку вошли пациенты с психическими расстройствами различной этиологии — аутохтонными, психогенными, экзогенно-органическими, и различными ведущими син-

дромами — тревожно-депрессивным, фобическим, галлюцинаторно — бредовым, ипохондрическим, конверсионным, когнитивными нарушениями и др. Отсутствие статистически значимых различий в проявлениях госпитализма в зависимости от этиологии и симптоматики ведущего расстройства позволяет говорить о том, что госпитализм у данных больных являлся неким универсальным феноменом, не обусловленным основным психическим расстройством, но сосуществующим с ним и влияющим на состояние пациента и процесс лечения.

Описанные в данной статье признаки госпитализма нозологически неспецифичны, поскольку не включают характеристик, связанных с проявлениями конкретного заболевания, например, эмоционально-волевого дефекта при шизофрении или последствий фармакотерапии. Следует отметить, что при интерпретации полученных в результате проведенного нами исследования данных необходимо учитывать определенные лимитации, связанные с контингентом включенных в него пациентов. В частности, среди обследованных пациентов оказалось довольно мало больных, страдающих шизофренией, 4% — в основной и 2% — в группе сравнения, что обусловлено, в первую очередь, причинами организационного характера: первичные пациенты пожилого возраста, заболевшие шизофренией, встречаются в нашей клинической практике значительно реже, чем пациенты с психозами органического характера, а больные, с длительным анамнезом заболевания, как правило, в пожилом возрасте продолжают госпитализироваться в стационар по территориальному принципу. В связи с малым количеством обследованных больных с шизофренией сравнение полученных нами результатов с ранее опубликованными исследованиями, касающимися проявлений госпитализма при шизофрении [2,4,6], в значительной степени затруднено, нельзя исключить, что при данном расстройстве проявления госпитализма будут качественно и количественно отличаться от описанных в статье, что указывает на необходимость проведения дополнительных исследований в этой области.

В результате статистического анализа из всей совокупности клинико-динамических характеристик для формирования диагностической методики были выделены четыре — большая продолжительность текущей госпитализации, тенденция к учащению госпитализаций, ухудшение состояния перед выпиской и отсутствие или наличие установки на выписку. И если первые два признака мы видим среди наиболее часто встречающихся у пациентов с госпитализмом, то другие два обнаруживаются реже. Тем не менее, именно совокупность данных симптомов позволяет наиболее точно прогнозировать развитие госпитализма, включение в методику дополнительных факторов существенно не отражалось на точности прогноза. Стоит отметить, что в данной формуле неустойчивая либо неоднозначная установка на выписку имеет более высокий

коэффициент, чем ее полное отсутствие. Вероятно, данный факт отражает свойственные пациентам с госпитализмом амбивалентные тенденции в оценке стационарной медицинской помощи и наличие противоречивых установок в отношении своего заболевания.

Все четыре предлагаемых для диагностики признака тесно связаны с процессом стационарного лечения и не включают факторы, обусловленные нозологическими и демографическими характеристиками пациентов, что позволяет планировать проведение дополнительных исследований с целью адаптации полученной методики для больных иных возрастных групп и иных стационаров, в том числе для общесоматической сети. Однако, здесь стоит отметить, что в соматических стационарах действуют иные принципы, определяющие продолжительность госпитализации, данный параметр варьирует в куда более узких пределах, чем в системе психиатрической помощи. Следовательно, количественная переменная, включенная в формулу (продолжительность госпитализации), будет нуждаться в дополнительном исследовании и, возможно, будет скорректирована. Другие три признака могут быть выявлены у пациента в любом стационаре и, по всей видимости, сохраняют свою значимость.

Несколько большая специфичность метода по сравнению с чувствительностью обусловлена скрининговым характером оценки, для которой важно снизить вероятности гипердиагностики при применении в большой популяции пациентов за счет уменьшения числа ложноположительных результатов.

Выводы

Нами были выявлены следующие признаки, позволяющие заподозрить у пожилых пациентов психиатрического стационара наличие феномена госпитализма: ухудшение психического и соматического состояния перед выпиской, большая продолжительность текущей госпитализации, нарушения комплаенса, большая длительность стационарного лечения в анамнезе, ухудшение состояния вскоре после выписки, большое количество госпитализаций за все время болезни, отсутствие установки на выписку, тенденция к увеличению продолжительности госпитализаций, высокий уровень тревоги перед выпиской, сокращение промежутков между госпитализациями (перечислены в порядке убывания частоты встречаемости).

Выявленные признаки развития госпитализма нозологически неспецифичны и могут быть выявлены у пациентов с различными психическими заболеваниями любой этиологии.

Возможность регистрации таких нежелательных явлений, как ухудшение состояния перед выпиской, отсутствие установки на выписку, нарушения комплаенса, наличие тенденции к увеличению частоты и продолжительности госпитализаций, не зависит от профиля стационара и может

осуществляться не только в психиатрическом отделении, но и в общесоматической сети.

Количественные характеристики процесса стационарного лечения, описанные в статье, в первую очередь продолжительность текущей госпитализации, в полной мере применимы преимущественно для психиатрического стационара, что связано со значительно меньшей вариабельностью сроков госпитализации в общесоматической сети.

Предложенная методика предназначена для скрининговой оценки наличия госпитализма и

выявления круга лиц, в отношении которых целесообразна углубленная оценка социально — психологической адаптации с целью предотвращения неблагоприятного воздействия пребывания в стационаре.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

Литература / References

1. Бельцева Ю.А., Залуцкая Н.М., Карпова Э.Б., Петрова Е.Н., Незнанов Н.Г. Субъективная оценка семейных отношений пациентами гериатрического стационара с синдромом госпитализма. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016; 1:53-59
Beltceva IA, Zalutskaya NM, Karpova EB, Petrova EN, Neznanov NG. Subjective assessment of family relations by geriatric patients with hospitalism. *Obozrenie psikiatrii i meditsinskoj psikhologii im. V.M. Bekhtereva*. 2016; 1:53-59 (in Russ.)
2. Долгов С.А. Частые госпитализации больных шизофренией в психиатрическую больницу: контингент, клиника, эпидемиология: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 1994.
Dolgov S.A. Chastyye gospitalizatsii bol'nykh shizofreniyei v psikiatricheskuyu bol'nitsu: kontingent, klinika, epidemiologiya: Avtoref. dis. kand. med. nauk. — М., 1994. (In Russ.)
3. Кабанов М.М. Экологизация медицины и концепция реабилитации. Реабилитация больных психозами. — Л., 1981.
Kabanov M.M. Ekologizatsiya meditsiny i kontseptsiya rehabilitatsii. *Reabilitatsiya bol'nykh psikhozami*. — L., 1981.
4. Каримов А.У. Клиника и терапия психогенно обусловленных тревожно — фобических расстройств у больных шизофренией с явлениями госпитализма: Автореф. дис. канд. мед. наук. — М., 2008.
Karimov A.U. Klinika i terapiya psikhogenno obuslovlennykh trevozhno — fobicheskikh rasstroystv u bol'nykh shizofreniyei s yavleniyami gospitalizma: Avtoref. dis. kand. med. nauk. — М., 2008 (In Russ.)
5. Красик Е.Д., Логвинович Г.В. Госпитализм при шизофрении (Клинико-реабилитационный аспект). — Изд-во Том. ун-та, 1983
Krasik Ye.D., Logvinovich G.V. *Gospitalizm pri shizofrenii (Kliniko-reabilitats. aspekty)*. — Izd-vo Tom. un-ta, 1983 (In Russ.)
6. Путьтин Г.Г. Диагностические критерии и клиническая характеристика синдрома госпитализма у больных шизофренией. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2008; 3 (20):16-21.
Putatin GG. Diagnostic criteria and clinic characteristics of the hospitalism syndrome by the patients suffering from the schizofrenia. *Zhurnal psikiatrii i meditsinskoj psikhologii*. 2008; 3(20):16-21. (In Russ.)
7. Трифонов Е.Г. Клинические и социальные аспекты психической патологии позднего возраста и принципы организации геронтопсихиатрической помощи: Автореф. дис. доктора мед. наук. 1999.
Trifonov Ye.G. Klinicheskiye i sotsial'nyye aspekty psikhicheskoy patologii pozdnego vozrasta i printsiipy organizatsii gerontopsikiatricheskoy pomoshchi: Avtoref. dis. doktora med. Nauk. 1999. (In Russ.)
8. Шевченко Л.С., Ястребов В.С. Социально-экономические аспекты психического здоровья. Психическое здоровье. 2006; 3:37-41.
Shevchenko LS, Yastrebov VS. Socio-economic aspects of mental health. *Psikhicheskoye zdorov'ye*. 2006; 3:37-41. (In Russ.)
9. Rowold K. What Do Babies Need to Thrive? Changing Interpretations of 'Hospitalism' in an International Context. 1900–1945. *Soc Hist Med*. 2019; 32(4):799–818. doi: 10.1093/shm/hkx

Поступила 01.04.2021

Received 01.04.2021

Принята в печать 16.08.2021

Accepted 16.08.2021

Дата публикации 30.09.2021

Date of publication 30.09.2021