

# Апато-абулический дефект личности у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте

П.О. Бомов, В.Г. Будза, И.В. Городошникова, Н.И. Можаяева,  
Т.А. Соломатова, В.И. Ряховская

## Apatho-abulitical personality defect in patients, who in for the first time ached schizophrenia in old age

P.O. Bomov, V.G. Budza, I.V. Gorodoshnikova, N.I. Mozhaeva,  
T.A. Solomatova, V.I. Ryakhovskaya

### Резюме

**Цель работы:** целью исследования явилось изучение клинико-психопатологических и социальных характеристик больных поздней шизофренией с апато-абулическим дефектом личности. Обследованы 36 больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (основная группа) и 16 пациентов с ранним началом шизофренического процесса (контрольная группа). Используются клинико-психопатологический, клинико-anamnestic, clinico-dynamic, pathopsychological and statistical methods of research. It is established, that the given type of defect is formed at continuous current of disease, duration of its current from 5 till 10 years with significant progress of process, with rather uniform defeat of all spheres of mental activity. Obtained data promote deeper understanding of structure apatho-abulitical defect at patients with a late schizophrenia and optimization of psychosocial actions to this contingent of patients.

**Ключевые слова:** шизофрения, поздний возраст, дефект.

### Summary

the aim of research was to establishment clinico-psychopathological and social characteristics in patients with a late onset of schizophrenia with apatho-abulitical defect of the person. Are surveyed 36 sick by schizophrenia with a debut at late age (the basic group) and 16 patients with the early beginning of schizophrenic process (control group). Are used clinico-psychopathological, clinico-anamnestic, clinico-dynamic, pathopsychological and statistical methods of research. It is established, that the given type of defect is formed at continuous current of disease, duration of its current from 5 till 10 years with significant progress of process, with rather uniform defeat of all spheres of mental activity. Obtained data promote deeper understanding of structure apatho-abulitical defect at patients with a late schizophrenia and optimization of psychosocial actions to this contingent of patients.

**Key Words:** schizophrenia, late age, defect.

### Введение

В связи с отчетливым демографическим сдвигом общего возрастного общемирового населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста [1,2,3,4,5,6,7,8] изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей [9,10]. Указанные общемировые тенденции создают для государства серьезные медицинские проблемы и делают актуальными изучение дебютирующих

в нетипичном (позднем) возрасте шизофренических психозов в связи с трудностями диагностики, дифференцированного подхода к лечению, реабилитации.

До недавнего времени в работах зарубежных и отечественных авторов [11,12,13,14] были описаны, главным образом, продуктивные психопатологические расстройства при поздней шизофрении, особенности их корреляции с негативными проявлениями [15] и значительно меньше внимания уделялось проблеме изучения собственно дефицитарных нарушений при этом за-

*Бомов Павел Олегович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава»;*

*Будза Владимир Георгиевич – Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «ОрГМА Росздрава»;*

*Городошникова Ирина Владимировна – врач психиатр-нарколог отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»;*

*Можаяева Наталья Ивановна – врач психиатр отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»;*

*Соломатова Татьяна Александровна – клинический психолог отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»;*

*Ряховская Влада Игоревна – врач психотерапевт отделения ГУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1».*

болезни [16,17]. Так как самым распространенным типом дефекта у больных как с ранним, так и с поздним началом шизофрении являлся апато-абулический [18,19], то социальная и трудовая дезадаптация данного контингента больных чаще отмечалась именно в связи с наличием этого вида дефектного состояния.

## Материал и методы

На базе Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1 (главный врач Прусс Г.Б.) обследовано 36 пациентов с апато-абулическим дефектом личности (28 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст  $52 \pm 5,8$  лет) с дебютом шизофренического процесса в позднем возрасте (после 45 лет), которые составили основную группу. Большинство больных основной группы характеризовались наличием приступообразно-прогредиентного (шубообразного) типа течения (61,8%), оставшиеся 38,2% – непрерывно-прогредиентного. В исследование были включены больные с параноидной (81,5%) (шифры по МКБ-10: F 20.00, F 20.01) и кататонической (18,5%) (шифры по МКБ-10: F 20.20, F 20.21) формой шизофрении. Число госпитализаций пациентов этой группы составило от 1 до 7 раз. Длительность шизофренического процесса у больных в основной группе была от 1 до 21 года (средняя продолжительность  $7,3 \pm 6,12$  лет). Пациенты в возрасте от 32 до 59 лет с началом шизофрении в 30 – 44 года составили группу контроля, обследованию подверглись 16 человек (12 женщин и 4 мужчины). Средний возраст пациентов этой группы –  $44 \pm 7,6$  лет. Так же, как и в основной группе, больные в группе контроля преимущественно были представлены параноидной формой шизофрении (81,3%) с шубообразным типом течения (68,8%). Пациенты, вошедшие в группу контроля, чаще подвергались госпитализации в психиатрический стационар от 1 до 20 раз. Продолжительность заболевания у больных в контрольной группе была сопоставима с ее длительностью у пациентов основной группы – от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность  $7,8 \pm 6,7$  лет). Пациенты основной (46,8%) и контрольной группы (44,2%) имели средние специальные образование. Таким образом, контрольная группа обследованных лиц существенно не отличалась от основной группы в отношении распределения по типу течения и форме шизофренического процесса, а также полу и образовательному уровню. Исследуемые группы достоверно различались по возрасту ( $p < 0,05$ ). Пациенты обеих групп наблюдались в течение 3-х лет и впервые подвергались обследованию лишь после купирования продуктивных психопатологи-

ческих симптомов, т.е. на этапе становления ремиссии. Как правило, первичное обследование проходило непосредственно перед выпиской из стационара, последующие динамические обследования проходили либо с кратностью 1 раз в год в амбулаторных условиях, либо при каждом последующем поступлении больного в стационар в связи с рецидивом заболевания. Используются клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-динамический, психологический и статистический методы исследования. Для статистической обработки полученных данных использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0 для Windows [20]. Оценка достоверности проводилась с помощью параметрического t-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Вилкоксона. Статистически значимыми принимались результаты на уровне  $p < 0,05$ . Все переменные представлены как среднее  $\pm$  ошибка среднего.

## Результаты и обсуждение

В данном исследовании дефицитарные расстройства больных поздней шизофренией были разделены на три ранга [21] по глубине проявлений. Первый ранг характеризовали легкие дефицитарные проявления в эмоциональной, волевой и ассоциативной сферах, затрудняющие социальное функционирование больного в обычных условиях, но не достигающие уровня дезадаптации. Второй ранг включал более выраженные расстройства в вышеуказанных сферах психической деятельности, значительно затрудняющие социальную адаптацию больных, требующие постоянной стимуляции со стороны окружения. Третий ранг дефицитарных симптомов характеризовался эмоциональным оскудением вплоть до выхолощенности, грубыми расстройствами мышления, нарушением целенаправленной волевой активности и продуктивности, что приводило к инвалидизации больных, либо требовало создания специальных условий для социального функционирования. Большинство пациентов основной группы были в возрасте 45 – 55 лет, зависимости распространенности этого типа дефекта от возраста в контрольной группе не наблюдалось. В клинической картине на первый план выступали стойкое снижение волевой активности, обеднение эмоциональной сферы с безразличием, вялостью, адинамией, а также нарушение ассоциативных процессов в виде замедления темпа мышления, снижения объема и скорости усвоения информации, тенденции к стереотипии, шаблонности. Преморбидные характеристики больных этой группы отличались разнообразием от выраженных патохарактерологических девиаций (8%) до от-

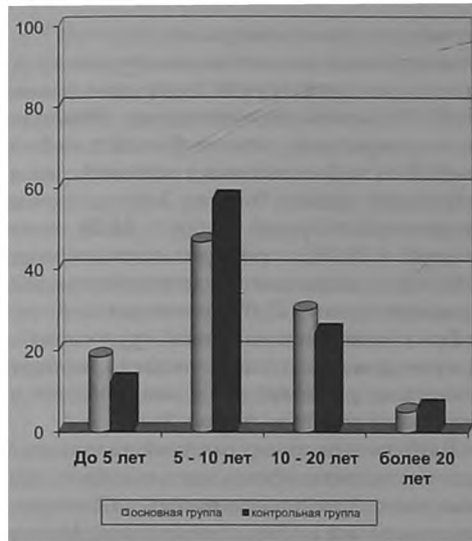


Рис. 1. Длительность эндогенного процесса у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, в %

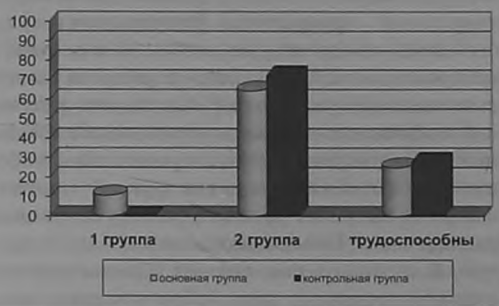


Рис. 2. Степень снижения трудоспособности у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, в %

сутствия каких-либо личностных расстройств (23%). Больные с данным типом дефекта в большинстве своем демонстрировали шизоидные, астенические нарушения личностного склада в преморбиде. Причем статистически достоверных различий между основной и контрольной группами выявлено не было. У большинства больных (69%) с ретроспективно диагностированными инициальными нарушениями инициальный период протекал с астено-аффективными расстройствами, включающими в себя снижение работоспособности, диссомнию, колебания настроения без видимых причин. Родственники указывали на замкнутость, задумчивость, некоторую отстраненность больных, их безучастность к событиям окружающей жизни, к своей собственной судьбе. Снижался интерес к работе, утрачивалось желание общаться с друзьями и близкими, появлялась дневная сонливость.

Психотическая манифестация характеризовалась медленным развитием, лишь у 18% пациентов основной и 27% больных контрольной групп отмечен острый дебют шизофрении, что не является достоверной разницей между группами. Клиническая картина психозов характеризовалась систематизированными бредовыми идеями, малой аффективной заряженностью, а также развернутыми галлюцинаторно-параноидными синдромами. При этом варианте дефекта почти не наблюдалось полных ремиссий, у больных не формировалось критики к перенесенным психозам, редко ремиссии содержали резидуальные психо-

тические проявления, не определяющие поведения больных.

Сравнительный анализ дебютов мужчин и женщин выявил, что большинство впервые заболевших шизофренией после 45 лет являются женщины, причем дебютирование процесса после 55 лет у женщин наблюдается еще чаще, чем у мужчин: в контрольной группе также достоверно чаще заболевали женщины. Данные являются статистически значимыми ( $p < 0,001$ ). Динамика заболевания в основной группе характеризовалась приступами по типу усложнения клинической картины последующих приступов по сравнению с первым – у 67,4% случаев, по типу «упрощения» приступов – у 22,6% пациентов. Отмечено, что данный тип дефекта у пациентов контрольной группы формировался довольно быстро, после 1-2 приступов, в отличие от больных поздней шизофренией, которым для появления дефекта апато-абулического типа было необходимо перенести 2-3 рецидива.

Течение заболевания у 75,9% основной группы и 63,2% контрольной было непрерывно-прогредиентным, у 24,1% поздней шизофренией и 36,8% группы контроля характеризовалось приступообразностью. Отмечено, что пациенты с длительностью заболевания до 5 лет преобладали в основной группе (ср.: 18,4% в основной группе и 12,3% в контрольной группе). Большинство больных имели продолжительность шизофренического процесса от 5 до 10 лет (46,7% пациентов основной и 57,2% больных контрольной группы) и от 10 до 20 лет (29,9% больных основной

и 24,5% пациентов контрольной группы). Самая малочисленная группа больных была с длительностью заболевания более 20 лет. Данные иллюстрирует рис. 1.

При благоприятном течении заболевания больные устраивались в более простых условиях производства без особой заинтересованности в трудовой деятельности, нередко по инициативе и под «прикрытием» родственников, чтобы «дотянуть» до пенсии (особенно женщины в позднеговзрастной выборке), формировался новый семейный уклад с формализацией отношений и обязанностей. Взамен утраченных социальных функций появлялись стереотипные, упрощенные, с отказом больных от занятий и контактов более высокого уровня. При отсутствии или распаде семьи больные не пытались создать другую, был значительно снижен уровень критики к своему внешнему виду, образу жизни, мнению о себе окружающих. Со слов родственников, дома больные большую часть времени проводили в постели, проявляя активность только для приема пищи, осуществления минимальных гигиенических процедур. Частые и продолжительные госпитализации еще более снижали способность больных к социальному функционированию, развивались вторичные нарушения

адаптации в виде госпитализма.

Анализ трудоспособности выявил следующее: в основной группе лишь трое пациентов (10,7%) имели первую группу инвалидности, в контрольной – таких больных не было; большая часть больных как в основной, так и в контрольной группах была со 2-ой группой инвалидности (в основной группе – 64,3%, в контрольной – 72,2%), примерно одинаковое число больных сохранили трудоспособность (25% в основной группе, 27,8% в контрольной группе). При сравнении показателей трудоспособности мужчин и женщин нами не было выявлено достоверных различий как в основной, так и в контрольной группах (см. рис. 2).

Глубина негативных расстройств при апато-абулическом типе дефекта как в основной, так и в контрольной группе отличалась равномерным поражением всех сфер психической деятельности. В основной группе эмоциональная сфера страдала у 89,7% пациентов, волевая – у 100% пациентов, ассоциативная – у 86,2% больных. В контрольной группе эти показатели были (хотя и статистически недостоверно) несколько хуже: нарушение эмоциональной сферы – у 94,7% пациентов, волевой и ассоциативной – у 100% больных.

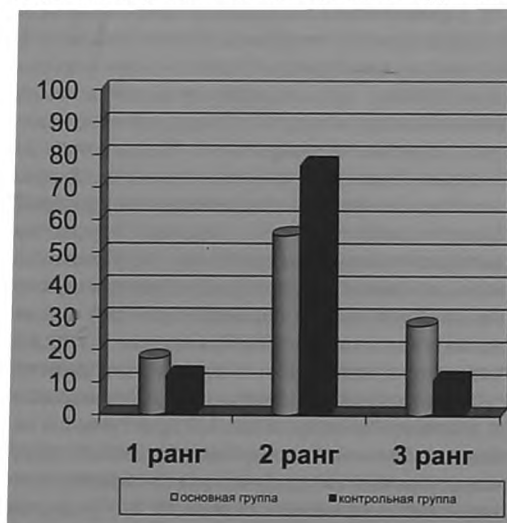


Рис. 3. Структура негативных расстройств у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, в %

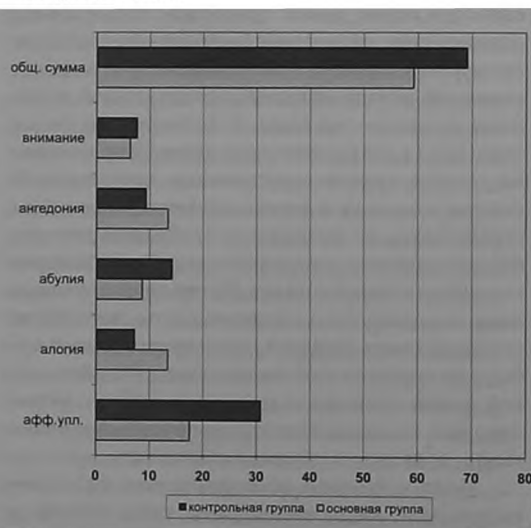


Рис. 4. Средние значения по шкалам SANS в основной и контрольной группах у больных с апато-абулическим типом дефекта, в баллах. Примечание: максимально возможные значения по шкалам: аффективное уплощение – 35 баллов, алогия – 20 баллов, абулия-апатия – 15 баллов, ангедония-асоциальность – 20 баллов, внимание – 10 баллов, общая сумма – 95 баллов.

Расстройства первого ранга при данном типе дефекта у больных поздней шизофренией выявлены лишь у 17,3% больных, второго ранга – у 55,2% пациентов, третьего ранга – у 27,5% больных. В контрольной группе нарушения первого ранга были диагностированы у 12,2% пациентов, второго ранга – у 76,8% больных, третьего ранга – у 11% пациентов. В контрольной группе заметен прирост пациентов с расстройствами второго и третьего рангов, причем увеличение пациентов с третьим рангом дефицитарных нарушений, по сравнению с основной группой, является статистически достоверным ( $p < 0,05$ ). Данные иллюстрирует рис. 3.

Для более точной количественной оценки психопатологических расстройств у больных с апато-абулическим типом дефекта мы использовали Шкалу для оценки негативных симптомов. Максимальные значения были получены по шкалам «аффективное уплощение», «алогия» и «абулия-апатия». Причем по указанным шкалам получены различия между основной и контрольной группами. Больные основной группы достоверно ( $p < 0,05$ ) были более эмоциональными, старались использовать жестикуляцию во время беседы, не избегали взгляда собеседника. В меньшей степени у больных поздней шизофренией наблюдалось количественное снижение речевой продукции, ответы были относительно развернутыми ( $p < 0,05$ ). В группе контроля пациенты демонстрировали качественные нарушения мыслительной деятельности в виде формальности ответов на вопросы, резонерства, аморфности, отличались инертностью в движениях, мало внимания уделяли своему внешнему виду, не занимались ведением домашнего хозяйства, что в значительно меньшей степени было свой-

ственно пациентам основной группы ( $p < 0,05$ ). По шкалам «ангедония-асоциальность» и «нарушение внимания» не было получено достоверных различий между двумя группами больных. Данные показаны на рис. 4.

Таким образом, апато-абулический дефект в обеих исследуемых группах отличается от носительской равномерностью поражения всех сфер психической деятельности, без достоверного преобладания нарушений какой-либо из них (эмоциональная – у 89,7% больных основной группы и у 94,7% контрольной, волевая – у 100% больных обеих групп, ассоциативная – у 86,2% больных поздней шизофренией и 100% у больных из группы контроля). Глубина негативных расстройств достигала второго (55,2% пациентов основной группы и 76,8% контрольной) и третьего (27,5% больных с поздним началом шизофрении и 11% группы контроля) рангов, что свидетельствует о довольно значительной прогрессивности шизофренического процесса. Выявлено, что апато-абулический дефект чаще формировался при непрерывном течении заболевания у больных основной и контрольной групп (75,9% и 63,2% соответственно) и длительности течения заболевания от 5 до 10 лет (46,7% и 57,2% соответственно). В структуре трудоспособности преобладала вторая группа инвалидности (64,3% больных основной группы и 72,2% контрольной). Полученные данные об особенностях клинических и социальных аспектов больных поздней шизофренией с апато-абулическим типом дефекта позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента больных, что, в свою очередь, способствуют оптимизации психосоциальной реабилитации.

## Литература:

1. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2006; 3: 5–11.
2. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. Психиатрия и психофармакотерапия. 2001; 1: 3–6.
3. Зозуля Т.В., Грачева Т.В. Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста. Ж. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 2001. 101(3): 37–41.
4. Калын Я.Б. Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук М.; 2001.
5. Baumann U., Perrez M. Klinische psychologie – psychotherapie. Verlag Hans Huber AG; 1998.
6. Comley M. Learning to listen. Counselling skills for helpers of older people. – London: HAI; 1996.
7. Lehr U. Altern in Deutschland. Trends demographischer Entwicklung. In Kruse A. (Hrsg) Psychosoziale Gerontologie. Göttingen: Hogrefe; 1998: 13–34.
8. Lehr U., Thomae H. Psychologie des Alterns. Wiesbaden: Quelle und Meyer; 2000.
9. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия. 2001; 3: 5–11.
10. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М: Медицина; 1996.
11. Кострикина И.Е. Поздняя шизофрения, протекающая с акаозмическими расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М.; 1985.
12. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. В: Снежневский А.В. (ред.) Руководство по психиатрии. М: Медицина; 1983. 373–390.
13. Sommer M. Zur Kenntniss der Spatkatatonie. Zbl. Neurol. 1910; 7 (1). 535.
14. Zweig A. Dementia praecox jenseits des 30 Lebensjahres. Arch. Psychiat. 1908. 44. 1015.
15. Шипилин М.Ю. Соотношение позитивных и негативных расстройств в динамике параноидной шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб.; 2001.
16. Воробьев В.Ю. Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 1988.