
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ

КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АПАТО-АБУЛИЧЕСКОГО ДЕФЕКТА У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

П.О. Бомов, В.Г. Будза

Оренбургская государственная медицинская академия, Оренбург

В связи с отчетливыми изменениями возрастного состава общего населения в сторону старших возрастных групп и, по-видимому, связанным с этим нарастанием доли психически больных пожилого и старческого возраста [5-7] изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей [4, 11]. 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 [9, 13-15] были описаны, главным образом, продуктивные психопатологические расстройства при поздней шизофрении, особенности их корреляции с негативными проявлениями [12] и значительно меньше внимания уделялось проблеме изучения собственно дефицитарных нарушений этого заболевания [3, 8]. Так как самым распространенным типом дефекта у больных как с ранним, так и с поздним началом шизофрении являлся апато-абулический [1, 2], то социальная и трудовая дезадаптация данного контингента больных чаще отмечалась именно в связи с наличием этого вида дефектного состояния.

Материалы и методы. Обследовано 36 пациентов с апато-абулическим дефектом личности (28 женщин и 8 мужчин) в возрасте от 46 до 68 лет (средний возраст $52 \pm 5,8$ года) 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: F20.00, F20.01) и кататонической (18,5%) (шифры по МКБ-10: F20.20, F20.21) 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 $7,3 \pm 6,12$ года). 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 – $44 \pm 7,6$ года. 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 её длительностью у пациентов основной группы – от 0,5 до 21 года (средняя продолжительность $7,8 \pm 6,7$ года). 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 трёх лет и впервые подвергались обследованию лишь после купирования продуктивных психопатологических 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. Использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, клиничко-динамический, патопсихологический и статистический методы исследования. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью параметрического *t*-критерия Стьюдента и непараметрического критерия Вилкоксона. Все переменные представлены как среднее и ошибка среднего.

Результаты и обсуждение. В данном исследовании апато-абулический тип дефекта встречался с наибольшей частотой как в основной, так и в контрольной группах (38,2 и 59,4% соответственно), однако статистически достоверно ($p < 0,05$) он все же чаще был диагностирован в группе контроля. 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 отсутствия каких-либо личностных расстройств (23%). Больные с данным типом дефекта в большинстве своём 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 астеноаффективными 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 психотические проявления, не определяющие поведения больных.

Сравнительный анализ дебютов мужчин и женщин выявил, что большинство впервые заболевших шизофренией после 45 лет – 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% пациентов, 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% больных поздней шизофренией и 36,8% группы контроля характеризовалось приступообразностью. Отмечено, что пациенты с длительностью заболевания до 5 лет преобладали в основной группе (18,4% в основной 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% паци-

ентов контрольной группы). Самая малочисленная группа больных была с длительностью заболевания более 20 лет (рис. 1).

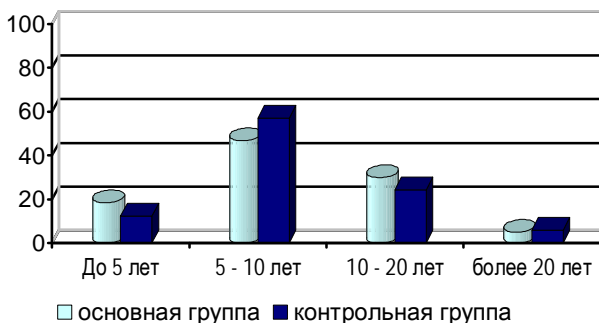


Рис. 1. Длительность эндогенного процесса у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, %

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 поздневозрастной 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 приёма пищи, осуществления минимальных гигиенических процедур. Частые и продолжительные госпитализации ещё более снижали способности 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 второй 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 группе (рис. 2).

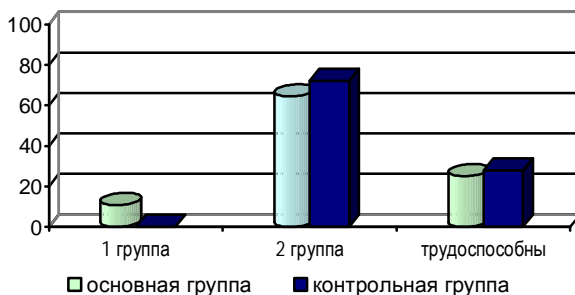


Рис. 2. Степень снижения трудоспособности у больных основной и контрольной групп с апато-абулическим типом дефекта, %

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%. В контрольной группе эти показатели были (хотя и статистически недостоверно) несколько хуже: нарушение эмоциональной сферы – у 94,7% пациентов, волевой и ассоциативной – у 100%.

Расстройства первого ранга при данном типе дефекта у больных поздней шизофренией выявлены лишь у 17,3% больных, второго ранга – у 55,2%, третьего ранга – у 27,5%. В контрольной группе нарушения первого ранга были диагностированы у 12,2% пациентов, второго ранга – у 76,8%, третьего ранга – у 11%. В контрольной группе замечен прирост пациентов с расстройствами второго и третьего рангов, причем увеличение пациентов с третьим рангом дефицитарных нарушений, по срав-

нению с основной группой, является статистически достоверным ($p < 0,05$) (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». Причём по указанным шкалам получены различия между основной и контрольной группами.



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

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

Таким образом, апато-абулический дефект в обеих исследуемых группах отличается относительной 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).

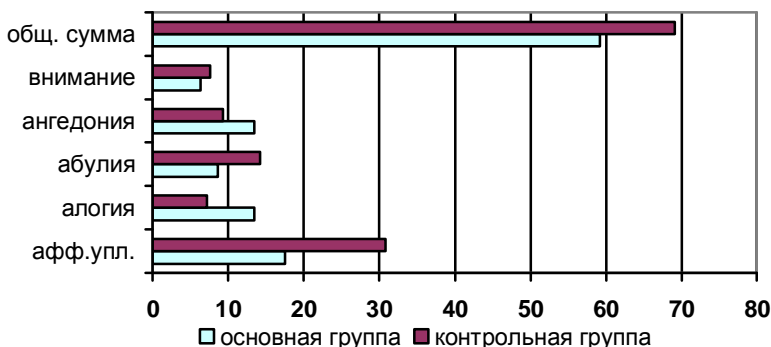


Рис. 4. Средние значения по шкалам SANS в основной и контрольной группах у больных с апато-абулическим типом дефекта, баллы

Примечание. Максимально возможные значения по шкалам, баллы: аффективное уплощение – 35, алогия – 20, абулия-апатия – 15, ангедония-асоциальность – 20, внимание – 10, общая сумма – 95

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 шизофрени-

ей с апато-абулическим типом дефекта позволяют более точно квалифицировать дефицитарные проявления данного контингента больных, что в свою очередь способствует оптимизации психосоциальной реабилитации.

Литература

1. *Акимова Е.В.* Характеристика высших психических функций и неврологических расстройств у больных с дефицитарными состояниями при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Н. Новгород, 2005. 23 с.
2. *Бомов П.О.* Дефицитарные расстройства у больных шизофренией с дебютом в позднем возрасте (клинико-нейропсихологический и реабилитационный аспекты): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2007. 24 с.
3. *Воробьев В.Ю.* Шизофренический дефект (на модели шизофрении, протекающей с преобладанием негативных расстройств): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1988. 41 с.
4. *Гаврилова С.И.* Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // Соц. и клин. психиатрия. 2006. № 3. С. 5-11.
5. *Гурович И.Я.* Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Прил. № 1. С. 3-6.
6. *Зозуля Т.В., Грачёва Т.В.* Динамика и прогноз заболеваемости психическими расстройствами лиц старшего возраста // Журн. невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2001. Т. 101. № 3. С. 37-41.
7. *Калын Я.Б.* Психическое здоровье населения пожилого и старческого возраста (клинико-эпидемиологическое исследование): автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2001. 36 с.
8. *Концевой В.А.* Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии: в 2 т.; под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. С. 488-495.
9. *Кострикина И.Е.* Поздняя шизофрения, протекающая с асоциальными расстройствами: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985. 23 с.
10. *Рёброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных: применение пакета прикладных программ Statistica. М.: Медиа Сфера, 2006. 312 с.

11. *Шахматов Н.Ф.* Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 304 с.
12. *Шипилин М.Ю.* Соотношение позитивных и негативных расстройств в динамике параноидной шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. СПб., 2001. 23 с.
13. *Штернберг Э.Я.* Шизофрения в позднем возрасте // Руководство по психиатрии; под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 373-390.
14. *Sommer M.* Zur Kenntniss der Spatkatatonie// Zbl. Neurol. 1910. Bd. 1, N 7. 535 s.
15. *Zweig A.* Dementia praecox jenseits des 30 Lebensjahres// Arch. Psychiat. 1908. Bd. 44. 1015 s.