

## ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕФЕКТА ЛИЧНОСТИ АПАТО-АБУЛИЧЕСКОГО ТИПА У БОЛЬНЫХ С ДЕБЮТОМ ШИЗОФРЕНИИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

**В статье рассматриваются особенности клинических проявлений и социальных характеристик больных поздней шизофренией с апато-абулическим дефектным состоянием. Установлено, что данный тип дефекта формируется при непрерывном течении заболевания, длительности его течения от 5 до 10 лет со значительной прогрессивностью процесса, с относительно равномерным поражением всех сфер психической деятельности, данные критерии являются в свою очередь прогностическими. Они помогают более глубокому пониманию структуры апато-абулического дефекта у больных поздней шизофренией и оптимизации психосоциальных мероприятий этому контингенту пациентов.**

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

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 [1] изучение гериатрических аспектов психиатрии становится все более важной и необходимой задачей. 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 [2,3] были описаны, главным образом, продуктивные психопатологические расстройства при поздней шизофрении, особенности их корреляции с негативными проявлениями и значительно меньше внимания уделялось проблеме изучения собственно дефицитарных нарушений этого заболевания. Так как самым распространенным типом дефекта у больных как с ранним, так и с поздним началом шизофрении являлся апато-абулический, то социальная и трудовая дезадаптация данного контингента больных чаще отмечалась именно в связи с наличием этого вида дефектного состояния.

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-прогрессирующего (шубообразного) типа течения (61,8%), оставшиеся 38,2% – непрерывно-прогрессирующего. 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. 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%). 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). 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 психопатологических симптомов, т. е. на этапе становления ремиссии. Использованы клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, клинико-динамический, патопсихологический и статистический методы исследования. Для статистической обработки полученных данных использовался пакет прикладных программ Statistica 6.0 для

Windows. 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.

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 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.

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 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 шизофрении 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.

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 соци-

альных 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 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 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.

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.

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 ( $p < 0,05$ ).

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 жестикulyацию во время беседы. 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, не занимались ведением домашнего хозяйства, что в значительно меньшей степени было свойственно пациентам основной группы ( $p < 0,05$ ).

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). 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 методов психосоциальной реабилитации.

14.03.2011

**Список литературы:**

1. Гурович И.Я. Психическое здоровье населения и психиатрическая помощь в России. // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Прил. №1. – С. 3 – 6.
2. Штернберг Э.Я. Шизофрения в позднем возрасте. // Рук-во по психиатрии под ред. А.В. Снежневского. – М.: «Медицина», 1983. – Т. 1. – С. 373 – 390.
3. Sommer M. Zur Kenntniss der Spatkatatonie. // Zbl. Neurol. – 1910. – Bd. 1. – №7. – 535 s.

**Сведения об авторах:**

**Бомов Павел Олегович**, доцент кафедры психиатрии, медицинской психологии Оренбургской государственной медицинской академии, кандидат медицинских наук  
460000, г. Оренбург, ул. Советская, 6, тел. (3532) 776324, e-mail: bomoff@yandex.ru

**Алимова Лидия Викторовна**, врач психиатр Оренбургской областной клинической психиатрической больницы №1  
г. Оренбург, ул. Цвиллинга, 5, e-mail: alimovaokpb@rambler.ru

UDC 616.895.8 – 053.9

**Bomov P.O., Alimova L.V.**

Orenburg state medical academy

E-mail: bomoff@yandex.ru

**PROGNOSTIC CRITERIA FOR THE FORMATION OF APATHO-ABULITICAL PERSONALITY DEFECT ON PATIENTS WITH ONSET OF SCHIZOPHRENIA IN LATE AGE**

The article discusses the features of clinical manifestations and social characteristics of patients with late schizophrenia with apatho-abulitical defect state. Established that this type of defect is formed when a continuous course of the disease, the duration of its flow from 5 to 10 years with a considerable progression of the process, with relatively uniform involvement of all spheres of mental activity, and are in turn predictive criteria. They help a better understanding of the structure of apatite-abulicheskogo defect in patients with late schizophrenia and optimization of psychosocial interventions this patient population.

Key words: schizophrenia, personality defect, late age.

**Bibliography:**

1. Gurovich I.Ya. Mental health and psychiatric care in Russia. // Psychiatry and psycho-pharmacotherapy. – 2001. – App. №1. – S. 3 – 6.
2. Shternberg Ye.Ya. Schizophrenia in later life. // Hand of Psychiatry, ed. A.V. Snezhnevsky. – M.: Medicina, 1983. – T. 1. – S. 373 – 390.
3. Sommer M. Zur Kenntniss der Spatkatatonie. // Zbl. Neurol. – 1910. – Bd. 1. – №7. – 535 s.