

УДК 616.895.8:612.176:616.89-(055.2)

© Л.Н. Гуменюк, Е.Н. Примышева, 2010.

## ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ ДЕФЕКТНОГО СОСТОЯНИЯ ПСИХИКИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ, АССОЦИИРОВАННОЙ СО СТРЕССОМ

Л.Н. Гуменюк, Е.Н. Примышева

*Кафедра психиатрии, психотерапии, наркологии с курсом общей и медицинской психологии, Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь*

### PECULIARITIES OF DYNAMIC OF DEVELOPMENT DEFECTIVE PSYCHIC STATE AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA ASSOCIATED WITH STRESS

L.N. Gumenyuk, H.N. Primysheva

#### SUMMARY

Article is devoted to study of peculiarities of dynamic of development defective psychic state at patients with schizophrenia associated with stress.

### ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ РОЗВИТКУ ДЕФЕКТНОГО СТАНУ ПСИХІКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, ЩО АСОЦІЮЄТЬСЯ ЗІ СТРЕСОМ

Л.М. Гуменюк, О.М. Прімишева

#### РЕЗЮМЕ

У статті наведено особливості динаміки розвитку дефектного стану психіки у хворих на шизофренію, що асоціюється зі стресом.

**Ключевые слова:** шизофрения, ассоциированная со стрессом, дефектное состояние психики.

Шизофрения по своим многообразным последствиям является одним из самых тяжелых и разорительных психических заболеваний [1]. По данным ВОЗ 45 млн. человек во всем мире (0,8% населения планеты) страдают этим расстройством. Число новых случаев в год составляет 4,5 млн. Для 1/3 пациентов лечение психотропными средствами является не эффективным [2-4]. В первые пять лет болезни «выздоровливает» не более 25% больных, остальные испытывают негативные последствия в результате рецидивирования и хронификации заболевания; в 40% случаев больные получают группу инвалидности [5]. Шизофрения занимает 26 место в перечне болезней, приводящих к длительной нетрудоспособности. По данным исследований, к 2020 году она займет 20 позицию и прогнозируемое увеличение составит 17 млн. лет, прожитых в нетрудоспособном состоянии, т.е. 1,25% общего ущерба [6].

Многофакторному генезу шизофрении должна соответствовать многосторонняя терапия, основная задача которой – профилактика заболевания, снижение рецидивирования, максимально возможная редукция патологических симптомов, реабилитация

больных с целью восстановления их социального статуса и качества жизни [7].

В свете вышеизложенного целью исследования являлось изучение особенностей динамики развития дефектного состояния психики у больных шизофренией, ассоциированной со стрессом.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

С помощью клинико-психопатологического, клинико-анамнестического и статистического методов проанализированы данные исследования 80 женщин в возрасте от 30 до 50 лет, с диагнозом «параноидная форма шизофрении, ассоциированная со стрессом», находившихся на стационарном лечении в КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1».

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Средний возраст пациентов составил 40,9±7,2 года. Длительность заболевания на момент обследования - 12,6±6,3 года. Наибольшее количество больных на момент возникновения первого психотического эпизода (ППЭ) находились в возрастном диапазоне от 21 до 29 лет. Период между воздействием психотравмирующих событий (стрессов) и появлением

начальных симптомов заболевания -  $3,7 \pm 0,3$  месяцев. При этом у 80,0% обследованных они возникли сразу после воздействия стрессов, у 20,0% - через  $19,3 \pm 2,0$  месяцев. Структура манифестного психотического эпизода была представлена галлюцинаторно-параноидным ( $77,5 \pm 1,1$ ), параноидным ( $15,0 \pm 1,3$ ), галлюцинаторным ( $5,0 \pm 1,1$ ), депрессивным ( $2,5 \pm 1,3$ ) синдромами.

При первой госпитализации ППЭ согласно диагностическим критериям МКБ-10 были представлены острым шизофреноподобным психотическим расстройством (F23.2) – у  $43,8 \pm 2,3$ , другими острыми, преимущественно бредовыми, психотическими расстройствами (F23.3) – у  $21,2 \pm 2,2$  исследованных, острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении с ассоциированным острым стрессом (F23.11) у  $13,8 \pm 1,1$ . Диагноз «параноидная шизофрения» (F20.0) был установлен через  $48,5 \pm 4,9$  месяцев от начала заболевания. У  $67,5 \pm 1,1\%$  пациенток отмечалось непрерывное течение, у  $32,5 \pm 1,2\%$  - эпизодическое со стабильным дефектом.

Анализ особенностей динамики развития дефектного состояния психики у исследованных позволил выявить следующее: появление начальных проявлений дефектного состояния наблюдалось через  $4,1 \pm 0,4$  лет от начала заболевания, выраженные - через  $9,8 \pm 1,8$  лет. Преобладающим типом дефекта у обследованных был смешанный апато-абулический и психопатоподобный ( $53,8 \pm 0,9\%$ ); апато-абулический – регистрировался у  $35,0 \pm 0,8\%$  обследованных; смешанный апато-абулический, психопатоподобный, параноидный – у  $12,5 \pm 0,9\%$ ; смешанный апато-абулический и параноидный дефект психики отмечался

у  $3,7 \pm 0,9\%$ ; психопатоподобный – у  $1,3 \pm 0,7\%$  пациентов; смешанный психопатоподобный и параноидный -  $1,3 \pm 0,7\%$  и отсутствовало выраженное дефектное состояние у  $10,0 \pm 0,9\%$ .

Группа больных с апато-абулическим дефектом психики (в зависимости от последовательности его развития) была разделена нами на три подгруппы: в первой ( $82,8\%$  обследованных) - развитие апато-абулического компонента предшествовало появлению психопатоподобного (наблюдался через  $7,7 \pm 1,1$  лет от начала заболевания). Пациенты данной подгруппы характеризовались эмоциональной неадекватностью, облегченностью, холодностью, выхолащенностью, неряшливостью, снижением энергетического потенциала, нарастанием аутизации, монотонностью, манерностью, загадочностью, демонстративностью, вычурностью, нелепым поведением. Во второй подгруппе ( $13,8\%$  пациентов) развитие психопатоподобного компонента предшествовало появлению апато-абулического (отмечался через  $3,8 \pm 1,3$  лет от начала заболевания). У больных данной группы наблюдалась дурашливость, демонстративность, конфликтность, облегченность, вычурность, неопрятность, вульгарность, эмоциональная холодность, манерность, нарастание аутизации, злоупотребление психоактивными веществами. Для третьей подгруппы исследованных ( $3,4\%$ ) характерным являлось одновременное появление апато-абулического и психопатоподобного компонентов в виде эмоционально-волевого снижения, склонности к аффективным реакциям, конфликтам.

Особенности динамики развития смешанного апато-абулического и психопатоподобного дефекта психики у исследованных представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Особенности динамики развития смешанного апато-абулического и психопатоподобного дефекта психики у исследованных**

Подгруппа	Динамика развития дефекта (продолжительность этапа, в годах)		
	начальные проявления дефектного состояния	этап нарастания дефекта психики	стабилизация дефекта
I	$2,9 \pm 0,1$	$6,6 \pm 0,6$	$10,5 \pm 1,6$
II	$1,1 \pm 0,1$	$5,3 \pm 0,5$	$6,2 \pm 0,8$
III	$14,42 \pm 0,1$	$15 \pm 0,7$	-

Начальный период развития апато-абулического дефекта определялся эмоционально-волевым снижением, неадекватностью, манерностью, вычурностью, холодностью, уплощенностью, однообразием, монотонностью, нарастающей аутизацией, астеническими проявлениями. Этап нарастания дефектного состояния характеризовался отчётливым эмоционально-волевым снижением, пассивностью, бездеятельностью, равнодушием, снижением энергетического потенциала, ограничением круга интересов. Этап стабилизации проявлялся более выраженными

апато-абулическими расстройствами, личностными изменениями (равнодушие к дальнейшей судьбе, отсутствие желаний, побуждений, снижение морально-этических качеств, неряшливость). Особенности динамики развития данного дефектного состояния у исследованных представлены в табл. 2. При развитии смешанного апато-абулического, психопатоподобного, параноидного дефекта психики обнаруживалась следующая последовательность возникновения каждого из компонентов данного типа дефекта: в  $50,0 \pm 2,2\%$  случаев - апато-абулический (через  $2,0 \pm 0,2$

года), затем психопатоподобный (через  $5,5 \pm 0,2$  года) и параноидный (через  $6,46 \pm 0,97$  лет от начала заболевания); в  $30,0 \pm 2,2\%$  - апато-абулический, параноид-

ный, психопатоподобный; в  $20,0 \pm 2,0\%$  случаев - психопатоподобный, апато-абулический и параноидный компоненты.

Таблица 2

**Особенности динамики развития апато-абулического дефекта психики у исследованных**

Динамика развития дефекта (продолжительность этапа, в годах)	Группа исследованных
начальные проявления дефектного состояния	$3,1 \pm 0,2$
этап нарастания дефекта психики	$7,6 \pm 2,0$
Стабилизация дефекта	$11,7 \pm 2,3$

Начальный период развития данного типа дефекта психики определялся апато-абулической, элементами психопатоподобной симптоматики, эмоциональной неадекватностью, манерностью, холодностью, вычурностью, асоциальным образом жизни, аутизацией. Этап нарастания дефектного состояния характеризовался усилением психопатоподобных,

параноидных, апато-абулических проявлений, появлением (нарастанием) вычурности, неряшливости, аутизации, эмоциональной тупости, выхолащенности, холодности. Этап стабилизации состояния дефекта определялся выраженными дефицитарными расстройствами, изменениями личности, эмоциональной выхолащенностью (табл. 3.).

Таблица 3.

**Особенности динамики развития смешанного апато-абулического, психопатоподобного и параноидного дефекта психики у исследованных**

Динамика развития дефекта (продолжительность этапа, в годах)	Группа исследованных
начальные проявления дефектного состояния	$2,1 \pm 0,2$
этап нарастания дефекта психики	$4,3 \pm 0,2$
стабилизация дефекта	$7,8 \pm 2,4$

Начальный период развития смешанного апато-абулического (через  $10,06 \pm 4,26$  лет от начала заболевания) и параноидного дефекта психики (через  $9,39 \pm 3,93$  года) определялся эмоциональным снижением, апато-абулической, параноидной симптоматикой, неадекватностью, манерностью, вычурностью.

Этап нарастания дефектного состояния характеризовался усилением изменений в эмоционально-волевой сфере: эмоциональной холодностью, заторможенностью, неопрятностью, выхолащенностью. Особенности динамики дефектного состояния у исследованных отражены в табл. 4.

Таблица 4

**Особенности динамики развития смешанного апато-абулического и параноидного дефекта психики у исследованных**

Динамика развития дефекта (продолжительность этапа, в годах)	Группа исследованных
начальные проявления дефектного состояния	$8,9 \pm 2,2$
этап нарастания дефекта психики	$10,6 \pm 4,8$
стабилизация дефекта	$13,0 \pm 1,1$

Начальные проявления психопатоподобного дефекта психики характеризовались демонстративностью, эмоциональной холодностью, огрубленностью, раздражительностью, конфликтностью и наблюдались (через 1 месяц). Нарастающий дефект проявлялся дальнейшим усилением поведенческих нарушений (через 1 год).

Развитие выраженного дефекта психики, когнитивного дефицита отмечено через 2,5 года от начала заболевания. Выраженной дефицитарной симптома-

тики не наблюдалось. Начальные проявления психопатоподобного и параноидного компонентов дефекта развивались одновременно через 2 года от начала заболевания. Нарастающие проявления дефектного состояния наблюдались через 20 лет.

Отсутствие выраженного дефекта психики было обусловлено незначительной продолжительностью болезни ( $8,0 \pm 3,2$  года (в целом по группе —  $12,6 \pm 6,4$  лет) либо благоприятным течением заболевания (число госпитализаций —  $4,0 \pm 0,6$  (в целом по группе —

9,3±4,0 года; продолжительность госпитализаций составила 36,7±10,7, в целом по группе – 69,3±18,4 койко-дней). Невыраженные расстройства, преобладающие в эмоциональной сфере, проявлялись эмоционально-волевым снижением, уплощённостью, замкнутостью, астеническими проявлениями, манерностью, склонностью к резонёрству, развились через 4,1±1,0 лет от начала заболевания.

#### ВЫВОДЫ

1. В ходе проведенного исследования установлено, что начальные проявления дефектного состояния у пациентов с диагнозом «шизофрения, ассоциированная со стрессом» наблюдались через 4,4±0,4 года от начала заболевания, выраженные – через 9,8±1,8 лет.

2. Преобладающим типом дефекта у исследованных являлся смешанный апато-абулический и психопатоподобный (53,8±0,9%).

3. При разработке психосоциальных мероприятий для данного контингента необходимо учитывать особенности динамики развития дефектного состояния психики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамов В. А. Основы качественной психиатрической практики / В. А. Абрамов, С. И. Табачников, В. С. Подкорытов. – Донецк : Каштан, 2004. – 247 с.
2. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України / С. І. Табачников // Міжнар. психіатр., психотерапевт. та психоаналіт. журнал. – 2007. – Т.1, № 1. – С. 5–7.
3. Состояние психиатрической и психотерапевтической помощи в Украине / С. И. Табачников, А. К. Напреенко, В. В. Домбровская [и др.] // Психиатрия и общество : материалы конф., посвящ. 80-летию гос. науч. центра соц. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского, 5-7 дек. 2001 г. – М., 2001. – С. 184–188.
4. Абрамов В. А. Хронические психические расстройства и социальная реинтеграция пациентов / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, В. С. Подкорытов. – Донецк : Лебедь, 2002. – 279 с.
5. Марценковский И. А. Программно-целевое обслуживание пациентов с психозами / И. А. Марценковский, В. Я. Пишель, Я. Б. Бикшаева. – К., 2005. – 32 с.
6. Пишель В. Я. Клинико-социальные и организационные аспекты помощи больным с первым психотическим эпизодом / В. Я. Пишель, М. Ю. Полювяная, К.В. Гузенко // Тавр. журн. психиатрии. – 2007. – №3. – С. 81–85.
7. Подкорытов В. С. Социально-психологическая реабилитация психически больных в условиях стационара / В. С. Подкорытов, Е. В. Петрович // Укр. вісн. психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 : дод. – С. 225.