

УДК 616.89–008.484

**ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ АПАТОАБУЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА  
С ПОЗИЦИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ ПОДХОДОВ ДИАГНОСТИКИ, ТЕРАПИИ  
И ОПТИМИЗАЦИИ ПРОГРАММ РЕАБИЛИТАЦИИ**

*А.С. Ким, А.А. Ботбаев, И.К. Карнова*

Рассмотрены общая напряженность психологических защит, тип личности и доминирующие аффективные расстройства и их взаимосвязь между собой как один из основополагающих факторов развития апатоабулического синдрома у лиц, страдающих шизофренией.

*Ключевые слова:* шизофрения; апатоабулический синдром; реабилитация; тревога; депрессия; экстраверсия; интроверсия; общая напряженность защит.

---

**THE STUDY OF STRUCTURE OF APATHY-ABULIA SYNDROME FROM THE POSITION  
OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC, THERAPY AND OPTIMIZATION OF PROGRAMS OF  
REHABILITATION**

*A.S. Kim, A.A. Botbaev, I.K. Karpova*

It is considered the general intensity of psychological defenses, personality type and the dominant mood disorders and their relationship to each other as one of the underlying factors of the development of apathyabulia syndrome in patients with schizophrenia

*Key words:* schizophrenia; apathyabulia syndrome; rehabilitation; anxiety; depression; extroversion; introversion; the total voltage protection.

**Актуальность** исследования обусловлена распространенностью шизофрении в популяции, отсутствием однозначного мнения и его влияния на процессы адаптации у лиц, страдающих шизофренией, и связанными с этим экономическими потерями государств [1–3]. Стоит также учитывать, что на сегодняшний день реабилитационные программы пациентов с шизофренией построены по принципу эмпирического подбора метода реабилитации [4].

У пациентов обнаруживаются большие трудности в овладении произвольными формами регуляции поведения, прежде всего предполагающими опору на социальные факторы. Однако парадокс заключается в том, что эти формы волевой регуляции наряду с ее интеллектуальными компонентами должны являться главной опорой в процессе реабилитации этих пациентов, в коррекционной работе с ними.

Цель исследования – изучить структуру апатоабулического синдрома как системообразующего

фактора, обуславливающего дифференцированность подходов в системе психосоциальной реабилитации.

Задачи исследования:

1. Верификация диапазона общей напряженности защит (ОНЗ) при апатоабулическом синдроме, обуславливающей динамику процесса личностной направленности.

2. Изучение доминирующих аффективных расстройств, обуславливающих типологию психической адаптации в структуре апатоабулического синдрома.

3. Оптимизация экспериментально-психологических моделей, дифференцированных подходов диагностики, терапии, реабилитации применительно к апатоабулическому синдрому.

**Материалом исследования** послужили 52 пациента с обострением основного заболевания, проходящие стационарное лечение на базе РЦПЗ г. Бишкек. Когорту, составленную из всех респондентов, наблюдали на протяжении ближайших

трех недель после повторной госпитализации в связи с обострением основного расстройства.

*Критерии включения больных в исследование:*

- наличие диагностических критериев шизофрении по международной классификации болезней десятого пересмотра (далее в тексте МКБ-10) в рамках непрерывного течения – F20.00;
- период ремиссии составлял ≤ одного года как на фоне адекватной поддерживающей психофармакологической терапии, так и без таковой;
- возраст пациентов 30–50 лет;
- длительность течения заболевания у всех респондентов более 5 лет;
- период повторного стационарного лечения составлял 3 недели и более;
- все респонденты имеют 2-ю группу инвалидности;
- все респонденты имеют среднеспециальное или высшее образование и до развития психического расстройства были трудоустроены.

*Критерии исключения респондентов из исследования:*

- наличие диагностированных форм шизофрении, не подходящих под критерии диагноза шизофрении непрерывного типа течения согласно МКБ-10;
- заключение о нетрудоспособности, определенное МСЭК (медико-социальная экспертная комиссия), было установлено не по причине того, что пациент страдает шизофренией;
- коморбидность с тяжелыми соматическими заболеваниями.

Все пациенты, включенные в когорту, прошли клинико-психопатологическое обследование в ста-

ционарных условиях. Кроме того, они тщательно обследованы соматоневрологически.

**Методы исследования.** При обследовании пациентов были использовали:

1. Опросник индекса жизненного стиля Келлермана – Плутчика – Конте.
2. Стандартизированную шкалу Айзенка.
3. Стандартизированную шкалу оценки уровня тревоги Спилбергера – Ханина.
4. Стандартизированную шкалу оценки уровня депрессии Цунга.
5. Программу по статистической обработке данных SPSS Statistics, в которую вошли:
  - тест Колмогорова – Смирнова для ответа на вопрос подчиняется ли выборка закону Гаусса; расчет описательных статистик;
  - тест Стьюдента для несвязанных выборок;
  - расчет коэффициента корреляции Крамера.

**Результаты исследования.** С учетом проведенных исследований получили следующие результаты (таблицы 1–5).

Общая напряженность зашит у женщин (63,73 %) преобладает над ОНЗ у мужчин (48,21 %).

ОНЗ экстравертов (64,27 %) преобладает над ОНЗ у интровертов (41,20 %).

При исследовании выраженности уровня тревоги по Спилбергеру – Ханину у большинства пациентов (88 %) отмечался высокий уровень тревоги.

При исследовании пациентов наблюдается высокий уровень выраженной депрессии у экстравертов (61 %) и высокий уровень легкой депрессии у интровертов (73 %).

Распределение результатов на проявление аффективных расстройств показало, что тревожный

Таблица 1 – ОНЗ с учетом гендерных различий

Пол	ОНЗ, М±σ	Достоверность (P)
Женщины	62,65±11,63	P = 0,005
Мужчины	47,90±11,85	

Таблица 2 – ОНЗ с учетом типа личности

Тип личности	ОНЗ, М±σ	Достоверность (P)
Экстраверт	64,27±7,00	P = 0,000
Интроверт	41,00±8,19	

Таблица 3 – Распределение пациентов по выраженности уровня тревоги по шкале Спилбергера – Ханина

Уровень тревоги	Кол-во пациентов, n	Кол-во пациентов, %
Низкий	–	–
Средний	6	12
Высокий	46	88

Таблица 4 – Распределение пациентов по выраженности уровня депрессии по шкале Цунга с учетом типа личности

Выраженность депрессии	Интроверт, количество пациентов, %	Экстраверт, количество пациентов, %
Легкая	73	12
Умеренная	19	27
Выраженная	8	61

Таблица 5 – Проявление аффективных расстройств у различных типов личности

Тип личности	Тревожный аффект, М±σ	Депрессивный аффект, М±σ
Экстраверт	48,12±2,05	71,23±5,87
Интроверт	50,34±4,24	56,13±4,67

аффект у экстравертов (48,12 %) и интровертов (50,34 %) высокий, тогда как депрессивный аффект у экстравертов (71,23 %) высокий, а у интровертов – (56,13 %) низкий.

Из полученных нами результатов следует, что ОНЗ у женщин (62,65 %) выше, чем у мужчин (47,90 %). Исходя из этого, можно отметить умеренную связь между полом и ОНЗ ( $P = 0,005$ ,  $r = 0,559$ ).

После распределения пациентов по типу личности обнаружили, что ОНЗ у экстравертов (64,27 %) заметно выше, чем у интровертов (41,00 %), полученные различия достоверны ( $P = 0,000$ ).

Также выявлено, что у интровертов с длительностью течения заболевания свыше 5 лет на фоне высокого уровня тревоги (50,34 %) проявляется сниженное значение ОНЗ (41,00 %). Также у них преобладает низкий уровень депрессии (56,13 %), ведущий к адаптации интровертов на интрапсихическом уровне.

У экстравертов с длительностью течения заболевания свыше 5 лет на фоне высокого уровня тревоги (48,12 %) преобладает высокий уровень депрессии (71,23 %), приводящий к срыву адаптации на социальном уровне и, соответственно, у них высокий уровень ОНЗ (64,27 %).

В связи с вышеизложенным можно сделать следующие выводы:

1. Высокий уровень депрессии у экстравертированной личности (71,23 %) обуславливает срыв адаптации на социальном уровне в сочетании с относительно высокой ОНЗ (64,27 %).
2. Низкий уровень депрессии у интровертированной личности (56,13 %) обуславливает

адаптацию на интрапсихическом уровне в сочетании с относительно низкой ОНЗ (41,00 %).

3. Интенсивность тревожного аффекта является одной из неотъемлемых характеристик в активизации механизмов психической адаптации и их эффективности.
4. Апатобулический синдром является системообразующей структурой, обуславливающей оптимизацию диагностических и терапевтических реабилитационных мероприятий.
5. Гендерные различия клинико-психологических и психопатологических сдвигов являются одним из важнейших механизмов в формировании апатобулического синдрома.
6. Дифференцированный подход является наиболее целесообразным в оценке тяжести и интенсивности апатобулического синдрома.

#### Литература

1. *Викторов И.Т.* Труды ЛНИПИ им. В.М. Бехтерева / И.Т. Викторов. Л., 1963. Т. 29. С. 345.
2. *Критская В.П.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков. М.: МГУ им. Ломоносова, 1991. 256 с.
3. *Хмельницкая Е.А.* Фармакоэкономический анализ эффективности применения рисперидона и традиционных нейролептиков для лечения шизофрении / Е.А. Хмельницкая, Н.С. Болбат, Н.И. Буйская. Минск, Минский ГПНД, 2004.
4. *Tansella M.* Utilisation of psychiatric services. In *Fast Facts - Psychiatry Highlights 2001–2002* (ed. M. Lader). Pp. 7–13.