Болезненное безволие, неспособность и нежелание двигаться, действовать, принимать решения, контактировать с окружающими в психиатрии и неврологии называется Абули́я.

До настоящего времени нет единого мнения, является ли Абулия проявлением разных нарушений психики или это независимая нозологическая единица, поскольку проявления ее весьма разнообразны.

Невозможность заставить себя совершать какие-либо действия при осознании их необходимости, отсутствие побудительных мотивов и инициативы часто бывают признаками психической патологии, а не лени и слабоволия, над которыми, при желании, можно одержать победу с помощью самодисциплины и тренировок.

Абулия в комбинации со снижением или исчезновением эмоций — апато-абулический синдром (апатико-абулический), с потерей двигательной активности – это абулическо-акинетический.

Эпидемиология

Абулию не причисляют к самостоятельным заболеваниям, поэтому ее эпидемиология не описана. Однако, поскольку одним из главных факторов риска ее возникновения названа депрессия, то это состояние весьма распространенное: в государствах с более высоким уровнем жизни населения состояние депрессии не понаслышке знакомо почти трети их граждан, с низким – пятой части.



Распространенность шизофрении в мире около 1%, а инсультов – 460-560 случаев на 100 тыс. населения в год, добавив травмы головы, опухоли, инфекции и стрессы, можно сделать вывод, что встретиться с абулией есть вероятность у многих.

 [

Причины абулии

Незначительные симптомы абулии (гипобулия) нередко сопутствуют людям с уязвимой психикой и склонным к соматоформным расстройствам.

Абулия возникает в результате нарушения кровообращения в правом полушарии фронтальной зоны головного мозга вследствие заболевания либо травмы. Ее патогенез предполагается связанным с понижением по каким-либо причинам дофаминергической нейропередачи в лобных долях коры головного мозга, ответственных за целенаправленную двигательную активность, способность к проявлению инициативы, планомерным действиям, направленным на решение определенных задач и преодоление препятствий. Больные с поражениями фронтальной части мозга отличаются инертностью и бездеятельностью.



В качестве главного фактора, запускающего процесс развития абулии, большинство специалистов называют стресс.

Абулия лишает человека главного человеческого качества – он перестает быть личностью.

Это серьезное заболевание, проявляющееся исчезновением у человека мотивов, побуждающих его к действию для достижения определенной цели.

Особенно опасна абулия в детском возрасте, поскольку родители могут просто не обратить внимание на болезненное состояние ребенка, приняв его за банальную лень или слабоволие. Самая сложная – наследственная абулия, проявляющаяся уже в младенчестве. Малоподвижный, очень спокойный ребенок, не крикливый, на зависть родителям других малышей, должен вызвать у родителей не радость, а беспокойство, т.к. запоздалая диагностика приведет к осложнению заболевания.

Факторы риска

Многие психоневрологические патологии сопровождаются абулией. Основные факторы риска – постинсультные и посттравматические состояния, последствия интоксикаций, гипоксий, инфекционных заболеваний, опухоли головного мозга, болезни Паркинсона, Хаттингтона, Пика, врожденное слабоумие, депрессии, злоупотребление алкоголем и наркотиками.





Абулия – непременный спутник шизофреников, у которых со временем усугубляются изменения психики, ослабляются волевые импульсы, нарастает пассивность, нежелание выполнять даже самые простые и необходимые действия (например, связанные с самообслуживанием).

Для простой формы шизофрении характерен апато-абулический синдром, не сопровождающийся явлениями бреда и галлюцинациями. У шизофреников часто встречается парабулия – очень разнообразные поведенческие расстройства, непреодолимая страсть к совершению противоестественных поступков (эксгибиционизм, педофилия).

Временные проявления абулии могут появиться как реакция на психическую травму (психогенный ступор), длится обычно недолго и проходит при разрешении травмирующей психику ситуации; при депрессивном и апатическом ступоре; при кататоническом ступоре (гипербулия) – это состояние может продолжаться от нескольких месяцев до нескольких лет. Симптомы абулии нередко проявляются, как побочное действие продолжительного приема больших доз антипсихотических лекарственных средств.

Симптомы абулии

Психоневрологи называют абулией патологическое нежелание прилагать усилия к любым, даже необходимым действиям или ранее любимым занятиям, либо существенное снижение энергии волевых проявлений. Это заметно уже в самом начале любого процесса, поскольку индивидуума напрягает сама мысль о совершении чего-либо. Для абулии характерно отсутствие желания, а не возможности прилагать даже минимальные усилия к достижению какого-либо результата.

Психиатры описывали симптомы абулии уже в начале XIX века как поведенческие изменения, характеризующиеся потерей инициативы, воли, стремлений, заторможенностью речевой и мыслительной деятельности. Индивидуумы с абулией страдают нарушениями сна, аппетита, памяти, хронической усталостью, им сопутствует пессимистическое настроение, нежелание действовать вызывает зависимость от других людей.

Клинические проявления этого состояния:

* неряшливый, неаккуратный внешний вид;
* затрудненные нескоординированные движения;
* заторможенные эмоциональные и речевые реакции;
* нежелание контактировать с окружающими, социальная изоляция;
* оскудение речи, жестикуляции, мимики;
* отсутствие любых проявлений активности;
* невозможность принятия самостоятельных решений;
* отсутствие интереса к ранее любимым занятиям (хобби);
* продолжительное молчание перед ответом на вопрос.

Больные не переносят даже минимальных нагрузок, любое препятствие тут же вызывает отказ от задуманного, нетерпеливы, требовательны, ленивы и инертны. Попытки их расшевелить, заставить действовать вызывают сопротивление. В то же время большинство больных с удовольствием едят, позволяют себя развлекать (могут целыми днями слушать музыку или смотреть телевизор). В случаях более тяжелой степени абулии – перестают выходить из дома, вставать с постели, почти не едят, не выполняют элементарных правил гигиены.

При апатико-абулическом синдроме у человека помимо волевых проявлений, угасают эмоции – пропадают совестливость, стыдливость, способность любить, сострадание.

Часто повторяемая, знакомая до боли фраза: «я не хочу», перерастающая в: «я не могу», нередко становится первым предупреждением.



Отсутствие интереса к собственной персоне, что в первую очередь бросается в глаза – к внешнему виду (грязные волосы, ногти, нечищеные зубы, несвежая одежда) – первые признаки абулии.

Примечательны и другие характерные проявления: спонтанные непонятные движения, сложности с координацией, длительные раздумья перед ответом на заданный вопрос, может пропасть желание есть, спать, общаться с друзьями. У ребенка пропадает интерес к любимым игрушкам и играм. Пассивность и отсутствие волевого импульса – характерная черта абулии.

Абулия порождает неспособность перейти от желаемого к действительному, ощущение, что сил на реализацию задуманного не хватает – не стоит и начинать. Есть мнение, что абулия – признак расстройств шизофренического спектра, в то же время, подобные симптомы присущи и другим мозговым патологиям, не имеющим к шизофрении никакого отношения.

Все-таки, психоневрология достаточно четко дифференцирует данное расстройство психики от лени и слабоволия как следствия недостатков воспитания.

Формы

Стадии выраженности абулии могут быть как легкими (с небольшими отклонениями от нормы, сниженной мотивацией, когда больного еще можно вовлечь в какую-либо деятельность), так и тяжелыми вплоть до полного подавления волевых импульсов, нежелания производить самые простые действия (встать с постели, привести себя в порядок, поесть).

Волевая дисфункция связана со снижением инициативности индивидуума, неспособностью его к преодолению препятствий и планомерному достижению результата, отсутствием мотивации для совершения поступков и отклонениями от социальных норм поведения.

Классифицируют следующие виды волевых расстройств:

* гипербулия – ее главный симптом: гиперактивность;
* гипобулия – заметное уменьшение побудительных мотивов к действию;
* парабулия – поведенческие отклонения от общепринятых норм;
* абулия – патологическое отсутствие волевых побуждений к поступкам.

Продолжительность абулии может быть кратковременная, периодическая и постоянная.

Депрессивный и астенический синдром с элементами адинамии, неврозы, психопатические расстройства часто сопровождаются кратковременным отсутствием волевых побуждений и упадком активности.



Периодическая абулия – спутник наркоманов, алкоголиков, людей с запущенными соматоформными расстройствами, шизофреников (совпадает с периодами обострения болезни). Повторение периодов безволия характерно для клиники маниакально-депрессивного психоза.

Постоянный дефицит мотивации и волевых импульсов – симптом вероятности кататонического ступора, часто возникает при шизофренических расстройствах и тяжёлых органических поражениях головного мозга (прогрессирующие опухоли, черепно-мозговые травмы).

Абулия нередко сочетается с мутизмом – нежеланием говорить. Вербальный контакт с больными нарушается, от них нельзя добиться ответа на вопросы.

Апатия и абулия часто сочетаются, образуя апато-абулический синдром, симптоматика которого проявляется эмоциональной недостаточностью и автоматизмом движений. Больные замыкаются в себе, пытаются уклониться от общения, демонстрируя всем своим обликом безразличие к собеседнику, к близким людям, теряют интерес к любимым занятиям, развлечениям.

Абулическо-акинетический синдром – сочетание отсутствия воли с частичной или полной неподвижностью, часто сопровождается замедлением мыслительного процесса.

Заметив признаки абулии, необходимо обратиться к специалистам за профессиональной помощью. Последствия и осложнения вовремя не остановленного процесса волевой инактивации не сулят ничего хорошего не только больному, но и его ближайшему окружению. Лишение человека устремлений и целей приводит к деградации личности, поскольку именно в рассудочных действиях реализуются волевые, мыслительные и эмоциональные человеческие функции.



Диагностика абулии

На сегодняшний день статус абулии (болезнь или симптом других заболеваний) все еще дискутируется, хотя пока отдельной нозологической единицей ее не признают. Патологическое безволие нередко встречается среди совокупности симптомов, присущих ряду психических заболеваний. Диагноз определяется симптомами основной психической болезни, для диагностики которой, как правило, применяют опросы и тестирования для составления психоневрологического анамнеза больного; инструментальные методы: магниторезонансную и компьютерную томографию, ультразвуковое исследование, электроэнцефалографию головного мозга; лабораторные анализы крови.

Основной целью психоневролога дифференциация абулии (психопатологии) от лени, апатии (явлений, в целом, находящихся в пределах нормы), а также апато-абулического синдрома от сходных по симптоматике состояний (астеноанергического синдрома, астеноапатической депрессии).

В этих случаях применяется дифференциальная диагностика, симптоматика сходных состояний сравнивается по множеству критериев, сравнительные характеристики симптомов представлены в виде таблиц для удобства использования. Критерии сравнения: от жалоб больных (высказывают ли добровольно и какие), эмоций, моторики, мышления до социальных отношений и поведения с друзьями, родственниками, любимыми.



Наибольшую трудность вызывает детская диагностика. Тут сложнее разобраться. Конечно, нежелание собрать игрушки нельзя считать признаком абулии, но если ребенок часами сидит, имитируя чтение или рисование, то нужно обратиться за психиатрической помощью, т.к. сами родители не справятся с развитием патологии.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика и инструментальные методы позволяют поставить точный диагноз и назначить правильное лечение.

К кому обратиться?

Лечение абулии

Прежде всего, назначается лечение, соответствующее основному заболеванию, которое осложнилось отсутствием волевых устремлений.

Когда таким образом проявляется шизофрения, медикаментозное лечение проводят атипичными нейролептиками. При абулии на фоне депрессии применяются антидепрессанты.

Терапию проводят только по строгим назначениям и под наблюдением врача-психиатра на основании анамнеза больного и результатов диагностики.

При расстройствах шизофренического типа с апато-абулическим синдромом, с симптомами замедления психической и физической активности назначают Френолон. Этот препарат обладает психостимулирующим действием, в рекомендуемых дозировках не вызывает сонливости. Назначается индивидуально, дозирование, обусловлено степенью тяжести: минимум – 5мг дважды в день, максимум – 10мг трижды в день. Не назначается при аритмии, эндомиокардите, почечной и/или печеночной недостаточности средней и более тяжести. В результате применения могут возникнуть вегетативные нарушения, отеки на лице, тремор конечностей, координационные двигательные расстройства.

Трифтазин также рекомендован при апато-абулических состояниях у шизофреников и в преклонном возрасте, начинают принимать с 5мг от двух до трех раз в день в комбинации с пирацитамом (дважды в день одну капсулу), повышая дозировку трифтазина примерно на 5мг ежедневно, доводят до суточной дозировки 30-80мг. Рекомендуемые дозировки трифтазина не вызывают сонливости. Противопоказан при острых нарушениях сердечной деятельности (в частности, проводимости), почечной недостаточности средней и более тяжести, острых гепатитах, беременным женщинам. В результате применения могут возникнуть тремор конечностей, расстройство координации движений, аллергии, инсомния, головокружение, тошнота, изредка – токсический гепатит, нейтропения.

Солиан оказывает избирательное действие на дофаминовые рецепторы, не влияя на остальные типы рецепторов, что способствует отсутствию многих побочных эффектов других антипсихотиков. Действие препарата зависит от его дозировки – в малых дозах (50–300мг/сут) препарат убирает симптомы апатии и абулии. Согласно инструкции он не вызывает сонливости, но, судя по отзывам, способствует засыпанию, одновременное употребление со снотворными, наркотическими препаратами, средствами для местной анестезии усиливает их действие. Солиан противопоказан при гиперчувствительности к нему, пролактиноме гипофиза, злокачественных опухолях молочных желез, феохромоцитоме, беременным и кормящим женщинам, в возрасте 0–17 лет, заболеваниях почек. Схему лечения назначает и изменяет в случае необходимости только лечащий врач-психоневролог.

Сульпирид предполагает употребление в случаях подавления волевых импульсов, вызванных депрессивным синдромом, с проявлениями апатичности, медлительности, уменьшением двигательной и вербальной активности, при старческих и острых психозах со сменой возбужденного и угнетенного состояния, вызванных расстройствами шизофренического спектра и другими психическими патологиями. Средняя дозировка 0,2–0,4г в сутки, максимальная – 0,8г. Не назначается гипертоникам, в случаях феохромоцитомы и возбужденных состояний. Помимо тремора конечностей, расстройства координации движений, инсомнии, головокружения, тошноты, действует возбуждающе, повышает АД, вызывает сбои менструального цикла, галакторею за пределами периода лактации, увеличение молочных желез у пациентов мужского пола.



Для лечения абулии и профилактики ее рецидивов применяется физиотерапевтическое лечение: фототерапия, лечебное плавание, прием лечебных ванн, оксигенобаротерапия. Физиотерапия в наши дни обладает множеством методик, стимулирующих центральную нервную систему. Как правило, большей результативностью обладает их комбинация с санаторно-курортным лечением. На стабилизации состояния больных благоприятно сказывается действие минерализованных вод термальных источников, нанесение лечебных грязей на вегетативные сплетения. Больным, страдающим депрессивными расстройствами, показан отдых южнее их постоянного места жительства, а шизофреникам благоприятствует высокогорье.

Дополнительно проводятся занятия с психотерапевтом, индивидуальные и групповые. Основной целью индивидуального общения с больным является налаживание доверительных взаимоотношений. Занятия в группе, начинаясь с минимальных совместных действий, постепенно переходят к вовлечению больного в дискуссии, восстановлению способности к повседневному общению и навыков коммуникации.

В поддерживающей терапии очень важна роль семьи и каждого ее члена, их взаимоотношения. Психотерапевт проводит разъяснительную работу с близкими людьми больного, помогает разрешить внутрисемейные проблемы, конфликтные ситуации и стремиться помочь установить гармоничный микроклимат.

**Альтернативное лечение**

Психические заболевания вообще тяжело поддаются лечению, тем не менее, существует *народное лечение* депрессивных состояний и даже шизофрении.

Тибетская медицина, наиболее авторитетная среди нетрадиционных методик, рекомендует растирать шизофреника оливковым маслом. Это вполне можно осуществить в домашних условиях, даже одновременно с лекарственной терапией.

Взять литр оливкового масла (можно и подсолнечного), налить в глиняную посуду, укупорить и закопать в землю на глубину около 0,5м. Год масло должно пролежать в земле. Через год его откапывают и используют для растираний.

Массировать мягкими движениями все тело, голову – с особенной тщательностью. На плечи, шею, верхнюю часть спины масла не жалеть. Продолжительность растирания – примерно полчаса, через день в течение двух месяцев. Потом – перерыв на месяц, и курс лечения повторяют. Мыться больному можно в те дни, когда нет растираний.

Физические упражнения, в частности – йога, и холодный душ тоже положительно влияют на самочувствие шизофреников.

Вместо холодного душа можно обтираться утром соленой водой комнатной температуры: растворяют одну чайную ложку морской соли на пол-литра воды.

При этом еще надо правильно питаться. Антидепрессивная диета – вегетарианская, еще она предполагает исключение чая и кофе, алкогольных напитков и шоколадок, изделий из белой пшеничной муки и сладостей, химических добавок и острых приправ. Есть нужно три раза в день. Завтракать – фруктами, орехами, стаканом молока. Обедать – блюдами из овощей, приготовленных на пару, хлебом из цельнозерновой муки и молоком. Ужинать – салатами из овощей зеленого цвета, бобовыми, сыром, кефиром или простоквашей.



Народная медицина изобилует фитотерапевтическими рецептами, применяемыми при депрессии и нервном истощении для поднятия жизненного тонуса. Одно только лечение травами, безусловно, не поможет избавиться от абулии, все же, в комплексе лечебных мероприятий можно использовать и фитотерапию. При лечении депрессивных расстройств применяют корни и листья женьшеня, цветы астры ромашковой, корни с корневищами заманихи и дягиля, траву горца птичьего и даже обыкновенную солому. Однако, перед употреблением какого-либо лекарственного растения необходимо посоветоваться с лечащим врачом, поскольку взаимодействие с назначенными препаратами может негативно повлиять на процесс лечения.

Уже более двухсот лет существует особое направление клинической медицины – *гомеопатия,*базирующаяся на законе подобия. Подбор гомеопатических препаратов очень индивидуален, комплекс симптомов у больного тщательно изучается и назначается препарат, способный взывать подобные симптомы у здорового человека. В гомеопатической медицине нет препаратов от кашля, гипертензии или лихорадки. Гомеопатия лечит не болезнь, а человека, то есть весь комплекс симптомов, присущих данному пациенту, одним препаратом. При этом препарат назначается в сверхмалых дозах.

Правильно подобранный гомеопатический препарат помогает существенно улучшить состояние здоровья и избавиться хронических болезней. Терапевтический эффект от лечения гомеопатией наступает, как правило, в интервале от трех месяцев до двух лет.

В гомеопатии есть препараты для состояний, описание которых сходно с абулией и апато-абулическим синдромом.

Например:

* Карбо вегетабилис (Carbo vegetabilis) – глубокое ослабление, упадок жизненной силы;
* Гельземиум (Gelsemium) – чувство изнеможения и медлительность психики, все время хочется спать, псевдодеменция, тремор, слабость в мышцах;
* Глоноинум (Glonoinum) – сильное изнеможение, глубокое нежелание работать, сильная раздражительность; непереносимость пререканий, периодически кровь приливает к голове;
* Кали фосфорикум (Kali phosphoricum ) – сильное изнеможение, упадок сил, в особенности показан в молодом возрасте при перевозбуждении, озабоченности, нежелании контактировать с окружающими, состояние сильной усталости и депрессивное расстройство, любые действия кажутся очень сложными, которые невозможно выполнить, абсолютное неверие в успех всякого предприятия.

Как уже упоминалось, дозировки и схемы лечения назначаются только индивидуально, рекомендованных доз препарата, как в традиционной медицине, в классической гомеопатии нет.

Профилактика

Как предотвратить развитие абулии? Этот вопрос может возникнуть в любом возрасте.

В преклонном возрасте для человека необходима уверенность в том, что он нужен, полезен своим близким, не безразличен им. У человека появляется побуждение к действию, желание оправдать ожидания окружающих.

В профилактике абулии у подростков и людей среднего возраста важную роль играет наличие увлечений, любимых занятий, хобби.



Наиболее распространенной ошибкой родных является жалость к больному, желание оградить его от трудностей, потакание его прихотям. Это только усугубляет болезненное состояние. Помощь близкого окружения должна содержаться в попытках расшевелить больного. Организация поездок на пикник, за грибами, в другой город на экскурсию, шумных вечеринок. Необходимо привлекать больного абулией к труду, акцентируя его внимание на том, что без его помощи не справиться. Он должен чувствовать себя необходимым младшим или пожилым членам семьи, животным, о ком-то или о чем-то заботиться. Если процесс абулии только начинается, то действуя таким образом, можно успешно вывести человека из него.

Если процесс затянулся, то потребуется вмешательство специалистов и и медикаментозная терапия.

Прогноз лечения апато-абулического синдрома при шизофренических расстройствах чаще всего неблагоприятный. В практической психиатрии при продолжительном лечении патологии отмечалось только неполное исчезновение симптомов болезни, наблюдались случаи развития шизофрении с нарастанием симптоматики. Лучшими результатами был прогресс со стороны социализации, восстановление контактов с окружающими.

При лечении абулии широко используются психотерапевтические методики, особенно, в случае кратковременных, легких форм заболевания. Психотерапия при лечении отсутствия волевых импульсов при расстройствах шизофренического спектра вопрос для дискуссий.

Тем не менее, практикуется проведение гипнотических сеансов и когнитивно-поведенческой психотерапии с целью уменьшения проявлений абулического синдрома. Психотерапевтические мероприятия нацелены на восстановление социализации, коммуникационных навыков и создание волевой и мотивационной базы.