

© Коллектив авторов, 2017
УДК 616.891.895.4:616-053.9
DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2017.12036>
ISSN – 2073-8137

ОСНОВЫ ПОГРАНИЧНОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Б. Д. Цыганков¹, И. В. Боев², С. С. Одарченко³

¹ Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Россия

² Ставропольский государственный медицинский университет, Россия

³ Омская областная психиатрическая больница, Россия

FUNDAMENTALS OF BOUNDARY GERONTOPSYCHIATRY

Tsygankov B. D.¹, Boev I. V.², Odarchenko S. S.³

¹ Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A. I. Evdokimov, Russia

² Stavropol State Medical University, Russia

³ Omsk Regional Psychiatric Hospital, Russia

Рассмотрены основы нового направления в психиатрии – геронтопсихиатрии. Освещаются задачи, методы научного направления, научные и клинические подходы, наиболее распространенные психические заболевания позднего возраста.

Ключевые слова: геронтопсихиатрия, пограничная психиатрия, невроз, старение, психическое здоровье

The article is devoted to the basics of a new direction in psychiatry – gerontopsychiatry. The object, methods, scientific and clinical approaches, and the most common mental illnesses in elderly are covered.

Keywords: gerontopsychiatry, boundary psychiatry, neurosis, aging, mental health

По данным эпидемиологического исследования, к середине 2003 года население мира насчитывало 6544 млн человек. При этом 1804 млн живут в странах, которые относятся к развитым (в Северной Америке, Европе, Японии, Австралии, Новой Зеландии и России). Из всего населения мира лица старше 65 лет составляют 6 %. Однако эта возрастная пропорция варьирует в зависимости от региона мира: 14 % – в Европе, 13 % – в США, 6,2 % – в России, 2 % – в странах Африки, 5 % – в странах Латинской Америки и Азии. Рост населения оценивается в 1,7 % в год, но этот показатель неоднороден и равен 0,5 % в более развитых странах и 2,1 % – в менее развитых [2].

В США по количеству самоубийств люди старше 65 лет опережают все другие возрастные группы, включая подростков. Составляя 13 % населения, в статистике самоубийств они достигают 20 %; всего по стране регистрируется 11 самоубийств на каждые 100 тысяч человек. Суицидные настроения среди пожилых и среди подростков примерно равны; группа повышенного риска – это пожилые белые мужчины (в этой группе на 100 тысяч человек 33 ежегодно кончают жизнь самоубийством). В 1998 году количество таких самоубийц составило 4655 человек.

В задачи геронтопсихиатрии входит рассмотрение особенностей поведения и психической деятельности лиц пожилого и старческого возрастов. Социальная геронтология (герогигиена) определяет влияние условий жизни и окружающей среды на

продолжительность жизни, старение индивидуума. Сфера клинической геронтопсихиатрии затрагивает проблемы клиники, динамики, терапии и профилактики. Диапазон научно-практических изысканий в этой области весьма обширен – от изучения «малых», пограничных форм нервно-психической патологии (пограничная геронтопсихиатрия) до исследования классических вариантов старческих психозов и сенильных деменций.

Существенный удельный вес в структуре болезненных расстройств составляет психическая патология: до 67 % лиц старше 60 лет имеют различные виды психических нарушений – от самых мягких, легких и курабельных до выраженных, требующих упорного лечения в стационарных условиях. Отмечается тенденция к росту распространенности цереброваскулярной патологии (церебрально-сосудистые и соматизированные расстройства, психогенные депрессии) среди пожилого населения [5]. Около 42,5 % населения старшего возраста нуждаются в поддержке специализированной службы, однако лишь четверть из них могут реально получать такую помощь. Справедливости ради следует указать, что у значительного числа пациентов патология носит стертый характер, не позволяя отличать болезненную картину от сходных состояний у других лиц пожилого возраста.

Прогрессивно увеличивающееся обращение лиц старших возрастных групп населения в лечебные учреждения и возникновение в связи с этим новых задач для практического здравоохранения привело к

выделению в ряде клинических специальностей гериатрического раздела, прежде всего в пограничной психиатрии. Оно осуществляется в трех основных направлениях: экспериментальном, клиническом и социальном.

Комплексное рассмотрение психопатологической симптоматики пожилых лиц на ранних этапах заболевания и даже на донологическом уровне позволяет выявить определенные сдвиги в состоянии психического здоровья, провести коррекцию этих нарушений, разработать реабилитационные и превентивные программы для пожилых лиц, находящихся в зонах «повышенного риска».

Решение практических вопросов положения стариков в обществе укрепляет позиции медицинской науки – социальной гериатрии. При развитии этого научного направления на первый план выходят разработки социологических, социально-экономических и этических проблем старения. На современном этапе социальная геронтопсихиатрия существенно перерастает рамки узко академических исследований, приобретая статус самостоятельной науки и учебной дисциплины, девизом которой становится лозунг: «Не только добавить годы к жизни, но и жизнь к годам». Понятие «психическое здоровье» предлагается рассматривать как «состояние динамического равновесия индивида с окружающей средой, когда все заложенные в его биологической и социальной сущности проявления наиболее полно, а все жизненно важные подсистемы функционируют с оптимальной эффективностью».

Динамика пограничных психических расстройств (прежде всего под углом анализа возрастных сдвигов) представляет собой всякое изменение – будь то кратковременное (фазовое) отклонение от первоначального статуса или же более продолжительное и устойчивое, периодически возникающее преобразование клинической картины. По В. Н. Мясищеву [3], развитие (невротическое или патохарактерологическое) претерпевает различные этапы, когда «каждый последующий вытекает из предыдущего и отличается от него не только количественно, но и качественно». Уловить переход от нормы к патологии очень сложно, особенно на завершающем этапе жизненной динамики, когда обнаруживается причудливый «переплет» различных патогенных и патопластических факторов (табл. 1).

В зависимости от генеза (преобладающая роль конституционально-биологического, психогенного, экзогенно-органического и соматогенного факторов), степени выраженности и длительности наблюдавшейся симптоматики были выделены четыре группы пограничных состояний: невротические, патохарактерологические, неврозоподобные, психопатоподобные. Каждой из них была свойственна определенная этапность формирования клинической симптоматики: начальная (преневротическая, пре-психопатическая) стадия; этап структурирования; период относительной стабилизации возникшей личностной патологии (формирование невротического, патохарактерологического, патологического развития личности).

В клиническом плане переход от нормальных к субнормальным проявлениям отличают следующие особенности: кратковременность и изолированность отдельных эмоционально-волевых симптомов, носящих как бы абортивный, рудиментарный (в виде моносимптомов и микросимптомов) и преходящий характер; четкая связь аффективных вспышек с психогенной ситуацией, их психологическая понятность,

быстрая обратимость без устойчивой личностной переработки. По мере «созревания» аномального личностного реагирования утрачивается приспособительный (адаптивный) характер поведения, происходит ломка сложившихся механизмов психологической защиты с концентрацией внимания на узком круге аффективно заряженных представлений, возрастает удельный вес разнообразных психосоматических отклонений. Пограничные психические расстройства невротического регистра (в рамках раздела V МКБ-9) были представлены тремя формами патологии – невротическими реакциями, невротическими состояниями и невротическим развитием личности.

Таблица 1
Клинико-патогенетическая систематика пограничных состояний

Этиологические факторы	Этапы динамики				
	Предболезнь	Острый	Подострый	Затяжной	Резидуальный («патос»)
Психогенный	Аномальные (недифференцированные) реакции	Невротические реакции: – у гармоничных личностей, – у акцентуированных личностей	Невротические состояния	Невротическое развитие, ситуационное конституциональное	«Крайняя» психопатия
Конституционально-биологический		Патохарактерологические реакции. Психопатоподобные реакции	Пре-психопатические и психопатоподобные состояния	Патохарактерологическое развитие. Патологическое развитие	«Ядерная» психопатия. Органическая психопатия
Экзогенно-органический, соматогенный		Неврозоподобные реакции	Неврозоподобные состояния	Патологическое развитие	Общеорганическое снижение личности

Для невротических (острых, подострых, затяжных) реакций характерны отсутствие целостной клинической картины, протекание без значительных соматовегетативных сдвигов, возникновение в непосредственной связи с неблагоприятной жизненной коллизией и полное прекращение вскоре после разрешения конфликтной ситуации. В клинической оценке реакций важен учет преморбидного характерологического фона. Наличие акцентуированных или пре-психопатических личностных качеств значительно облегчает появление и последующую фиксацию невротической симптоматики с выбором соответствующего «стереотипа болезни».

Пограничные состояния психопатического содержания охватывают патохарактерологические реакции, патохарактерологическое развитие личности и психопатию (табл. 2). Клинический опыт свидетельствует о целесообразности выделения шкалы личностных характеристик, предусматривающей постепенный переход от нормальных вариантов к состоянию субнормы (акцентуации характера), далее – к пре-психопатической (пограничная аномальная личность) и, наконец, к психопатической структуре [1].

Таблица 2

Пограничные расстройства личности

Реакции	Состояние	Развитие	Типы психопатий
Возбудимая	Эксплозивное. Эпилептоидное. Смешанное	Эксплозивное. Эпилептоидное	Возбудимый
Тормозимая	Психастеническое. Астеническое. Аванкастное	Психастеническое. Астеническое	Тормозимый
Шизоидная	Сенситивное. Экспансивное	Аутистическое	Шизоидный
Истерическая	Истеровозбудимое. Истероипохондрическое. Истеросенситивное	Истерическое. Экспрессивное. Импрессивное	Истерический. Экспрессивный. Импрессивный
Паранойяльная	Паранойяльно-ипохондрическое. Истеропаранойяльное. Паранойяльно-дистимическое	Сутяжно-паранойяльное. Паранойяльно-ипохондрическое	Паранойяльный
Малодифференцированная (аффективная)	Смешанное	Мозаичное	Мозаичный. Полиморфный

С нашей точки зрения, в систематике психопатий должны быть отражены аспекты их клинической динамики. В настоящее время наиболее распространенными ее вариантами являются компенсации-декомпенсации, реакции (психопатические, психогенные), развитие (психопатическое, патохарактерологическое, патологическое), фазы. Весьма важным следует считать учет возрастной динамики психопатий, когда в периоде биологических кризов (пубертат, инволюция) происходит утяжеление, трансформация или смягчение (вплоть до полной депсихопатизации) основной психопатической симптоматики.

Психопатоподобные расстройства экзогенно-органического, соматогенного происхождения проходят в своем развитии четыре этапа (табл. 3).

Таблица 3

Психопатоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы

Реакции	Состояние	Развитие	Типы психопатий
Астеническая	Астеническое	Астеническое	Астенический
Возбудимая	Эксплозивное	Эксплозивное	Возбудимый
Эксплозивно-дистимическая	Эпилептоидное	Эпилептоидное	Эпилептоидный
Паранойяльная	Сутяжно-кверулянтское	Паранойяльное	Паранойяльный
Истериформная	Истериформное	Истериформное	Истерический
Шизоидная	Экспансивное. Сенситивное	Шизоидное	Шизоидный
Смешанные (лигированные)	Малодифференцированное (полиморфное)	Мозаичное. Полиморфное	Мозаичный

Продолжительность первого, начального, этапа составляет 1–2 года, манифестирует астеноцефалгическими и астеноагрипническими расстройствами спустя 1–3 года после органического поражения головного мозга. На этапе структурирования аномального личностного склада развиваются преимущественно дисфорические, депрессивно-ипохондрические, астеноипохондрические нарушения. Церебрально-органические расстройства выражаются в повышенной психической истощаемости, снижении умственной продуктивности, ухудшении мнестических процессов, диэнцефальных приступах. На этапе патохарактерологического сдвига наблюдается дальнейшее прогрессирование астенических, дистимико-дисфорических и истероипохондрических расстройств; одновременно отмечаются нарастание вязкости, инертности психических процессов, снижение критики, утрата способности к пониманию тонких нюансов межличностных отношений. На заключительной стадии на первый план выступают отчетливые церебрально-органические нарушения, утрачиваются границы как между отдельными вариантами, так и между отдельными типами патологического развития личности.

Неврозоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы также характеризуются определенной этапностью формирования (табл. 4). Выделяются начальный (по типу реакции) этап, этап структурирования аномального склада личности, затем стойкого патохарактерологического сдвига, общеорганического снижения личности.

Таблица 4

Неврозоподобные расстройства экзогенно-органической и соматогенной природы

Реакции	Состояния	Развитие	Общеорганическое снижение личности
Цефалгическая Астеническая Агрипническая Обсессивно-фобическая Ипохондрическая Депрессивная Истериформная Вазовегетативная Эмотивно-лабильная	Неврастеноподобное Фобическое Ипохондрическое Депрессивное Истеродистимическое Астенодистимическое Дистимико-дисфорическое	Астеническое Ипохондрическое Истериформное Эксплозивное	Астенодинамическое Ипохондрическое Эксплозивное Эйфорическое

Обобщая результаты, следует отметить, что представленная нами клинко-патогенетическая группировка пограничных нервно-психических расстройств, безусловно, не стала окончательной и универсальной. Однако заложенный в ее основу динамический принцип определил перспективы для дифференцированного подхода к направленному предупреждению и лечению разнообразных пограничных состояний, прежде всего с учетом возрастных сдвигов [4].

Депрессия – это состояние с многогранной клинической картиной, включающей психические и соматические симптомы, среди которых основное положение занимает вегетативная дисфункция. Проявления психовегетативного синдрома (ПВС) при депрессии отличаются крайним разнообразием, определяющим качественную и количественную вариабельность составляющих его «вегетативного» и «психического»

компонентов. Например, при соматизированной депрессии вегетативные симптомы могут перекрывать по степени своей выраженности аффективные и даже скрывать их, а в других случаях – выступать в гармоничном единстве с ними. Таким образом, вегетативная дисфункция может быть одной из «масок» соматизированной депрессии.

В то же время классическая депрессия, охватывающая нарушения настроения, мыслительной и двигательной сфер, сопровождается минимальными вегетативными симптомами. Вегетативные симптомы при тревожном и депрессивном расстройстве могут быть идентичными. Отмечено, что болевые феномены чаще присутствуют среди симптомов вегетативной дисфункции при психовегетативном синдроме, обусловленном депрессией. С другой стороны, психические симптомы депрессии и тревоги также могут «перекрываться» (табл. 5).

Таблица 5

Психопатологические симптомы депрессии и тревоги при психовегетативном синдроме

Психические симптомы ПВС, свидетельствующие о депрессии	Психические симптомы ПВС, свидетельствующие о тревоге
<ul style="list-style-type: none"> • немотивированное чувство тоски, печали, горя, слезливость; • раздражительность, недовольство; • нерешительность; • утрата способности радоваться жизни; • рассеянность; • нарушение сна; • пессимизм, чувство вины; • снижение интересов, инициативы; • избегание контактов с окружающими; • быстрая утомляемость, усталость 	<ul style="list-style-type: none"> • тревожные предчувствия и опасения, необъяснимое беспокойство; • ощущение внутренней напряженности; • конкретные страхи (смерти, инфаркта, опухоли и т. д.); • раздражительность; • пугливость; • нарушение сна; • нетерпеливость; • нарушение концентрации внимания, рассеянность; • быстрая утомляемость, усталость

Литература

1. Боев, И. В. Пограничная аномальная личность / И. В. Боев. – Ставрополь, 1999. – 356 с.
2. Медков, В. М. Демография / В. М. Медков. – М.: Инфра-М, 2003. – 544 с.
3. Мясищев, В. Н. Персонология, психология и медицина / В. Н. Мясищев // Матер. симп. «Клинико-психологические исследования личности». – Ленинград, 1971. – С. 5–9.
4. Семке, В. Я. Основы пограничной геронтопсихиатрии / В. Я. Семке, Б. Д. Цыганков, С. С. Одарченко. – М.: Медицина, 2006. – 526 с.

References

1. Boev I. V. Pogranichnaya anomalnaya lichnost. Stavropol, 1999.
2. Medkov V. M. Demografiya. M.: «Infra-M», 2003.
3. Masishev V. N. Personologiya, psihologiya i meditsina. Kliniko psihologicheskie issledovaniya lichnosti. Mater. Simp. Leningrad, 1971.
4. Semke V. Ya., Tsygankov B. D., Odarchenko S. S. Osnovy pogranichnoy gerontopsihiatrii. M.: «Meditsina», 2006.

Общим для всех неврозов позднего возраста являются тревожность и поиски защиты. Тревожность – тот мотор, который запускает и поддерживает невроз.

Около трети всех самоубийств среди пожилых связывают со злоупотреблением алкоголем. Наиболее важен аспект формирования «наркоманической личности» в позднем возрасте.

Систематическое употребление алкоголя повышает вероятность возникновения недержания мочи и развития деменции у пожилых. У 10 % пациентов со старческой деменцией выявляется алкогольное поражение головного мозга. В пожилом возрасте хроническая алкогольная интоксикация ассоциируется со снижением памяти, депрессией, гипотермией, неопрятностью, миопатией, остеопорозом, гипогликемией, гастроинтестинальными расстройствами и материальными проблемами. Хроническая алкогольная интоксикация может вызывать паркинсонизм у пожилых, а алкогольный делирий в пожилом возрасте, как правило, смертелен.

В заключение следует отметить, что эволюционный (онтогенетический) подход при рассмотрении психогений позднего периода жизни предусматривает дифференцирование изучаемого контингента по двум фазам возрастной динамики – инволюционному этапу и этапу старческого регресса. Наиболее перспективным здесь следует считать развитие научных направлений, связанных с совершенствованием специализированных гериатрических подразделений, созданием медико-генетической службы для оценки статуса и соответствующей коррекции сочетанных нарушений у пожилых (в том числе пограничных и аддиктивных). Сложная психотерапевтическая работа с такими пациентами должна проводиться путем рационального разрешения специфических психологических проблем, возникающих на протяжении всех возрастных фаз и «кризисов». Наиболее актуальным разделом в этом направлении следует признать формирование новых служб психологического и психиатрического сервиса в рамках выделяемой нами пограничной гериатрической психиатрии.

5. Ястребов, В. С. Современная модель медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста / В. С. Ястребов, Т. В. Зодуля // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2001. – № 9. – С. 4–9.
6. Little, J. T. How common is resistance to treatment in recurrent nonpsychotic geriatric depression? / J. T. Little, C. F. 3rd Reynolds, E. Frank [et al.] // Am. J. Psychiatry. – 1998. – Vol. 155(8). – P. 1035–1038.

5. Yastrebov V. S., Zodulya T. V. Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova. – Journal of neurology and psychiatry. S. S. Korsakov. 2001;9:4-9.
6. Little J. T., Reynolds 3rd C. F., Frank E. Am. J. Psychiatry. 1998;155(8):1035-1038.

Сведения об авторах:

Цыганков Борис Дмитриевич, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии; тел.: 89255457673; e-mail: boristsygankov@yahoo.com

Боев Игорь Викторович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии с курсом неврологии; тел.: 89282670999; e-mail: i.boev@bk.ru

Одарченко Светлана Сергеевна, доктор медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии; тел.: 89039828892; e-mail: medomsk@list.ru