

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПОГРАНИЧНОЙ ГЕРОНТОПСИХИАТРИИ

Ю. И. Полищук

Московский НИИ психиатрии

Геронтопсихиатрия является важным, самостоятельным, развивающимся разделом мировой психиатрии. Актуальность её проблем повышается с каждым годом в связи с ростом числа пожилых и старых людей в большинстве стран мира, включая Россию. Вместе с тем, в российской психиатрии разработке многих проблем научной и практической геронтопсихиатрии, подготовке геронтопсихиатров, организации геронтопсихиатрической помощи уделяется недостаточное внимание (10). Если в материалах XIII съезда психиатров России в 2000 году по разделу геронтопсихиатрии было опубликовано 41 сообщение, то в материалах XIV съезда психиатров России в 2005 году их было вдвое меньше – всего 21 сообщение. Наряду с продуктивной разработкой разных аспектов проблемы деменции позднего возраста главным образом в Научном Центре психического здоровья РАМН, проблемам пограничных психических расстройств непсихотического уровня, имеющих гораздо большее распространение среди лиц позднего возраста по сравнению с деменциями (26, 36, 37), уделяется меньше внимания. Однако при всей важности поиска и разработки средств лечения деменций на основе изучения их этиопатогенеза, нельзя признать нерешённые проблемы психических расстройств пограничного уровня, которые негативно сказываются на качестве жизни и социальном функционировании пожилых и старых людей, менее значимыми и менее актуальными. Область пограничной, «малой» геронтопсихиатрии до настоящего времени остается недостаточно разработанной как в отношении изучения распространённости, современного клинического патоморфоза, этиопатогенеза непсихотических психических нарушений с уточнением роли и значения биологических, психологических и социальных факторов, так и в аспектах терапии, реабилитации и организации помощи таким больным.

Пограничная геронтопсихиатрия при всей условности этого термина охватывает широкий спектр психических расстройств. Она включает в себя, прежде всего, невротические, связанные со стрессом и соматоформные, в частности соматизированные, расстройства, аффективные расстройства непсихотического уровня, органические (психоорганические) психические расстройства с лёгкими и

умеренными когнитивными нарушениями, личностные расстройства. Отнесение лёгких и умеренных когнитивных расстройств, возникающих при «мягких» (начальных) формах сосудистых и атрофических деменций (7), к области пограничной геронтопсихиатрии можно признать обоснованным с учётом положения П.Б.Ганнушкина о том, что «нет ни одной душевной болезни, которая – в тот или иной период своего развития – не могла бы проявиться в такой форме и степени, благодаря которым данное болезненное состояние приходится считать находящимся на границе между здоровьем и болезнью» (11). В настоящее время лёгкие и умеренные когнитивные расстройства в позднем возрасте, как и деменции, стали предметом многочисленных исследований не только психиатров, но и неврологов (16). Преобладающее большинство больных с вышеуказанными расстройствами не попадают в поле зрения психиатров, в том числе геронтопсихиатров, не выявляются и не получают специализированной медицинской помощи (6, 8). Это способствует затягиванию и хронификации этих форм психической патологии, переходу части её в более тяжёлые формы. Такие больные, как правило, не обращаются в психоневрологические диспансеры, в которых нет геронтопсихиатрических кабинетов. Кроме того, и это важно подчеркнуть, пограничные психические расстройства, особенно аффективные, усугубляют течение и исход сопутствующих соматических заболеваний. Только с организацией немногочисленных пока геронтопсихиатрических кабинетов в общесоматических поликлиниках (8, 9) и геронтопсихиатрических служб при территориальных центрах социального обслуживания (15, 25, 26) стало возможным более полное выявление указанных психических расстройств и оказание специализированной помощи этим больным. Сбываются пророческие слова Э.Я.Штернберга, которые он высказал в 1977 году в монографии «Геронтологическая психиатрия»: «В результате создания экстрамуральной геронтологической психиатрии возникнут новые научные и практически задачи. Значительно расширится круг психических расстройств, подлежащих компетенции психиатра-гериатра. Главные усилия исследователей в будущем должны быть направлены на

область, так называемой, малой психиатрии позднего возраста» (33).

Как показали результаты недавних клиничко-эпидемиологических исследований ограниченной московской популяции лиц пожилого возраста, 86,1% больных с психическими нарушениями непсихотического уровня не были ранее выявлены и не получали адекватную лечебную помощь (15). При сравнении результатов клиничко-эпидемиологических исследований населения старших возрастных групп, проживающих на территории одного из административных округов Москвы (9), с результатами аналогичных исследований, проведенных около 10 лет назад (6), был выявлен существенный рост показателей болезненности непсихотическими формами психических расстройств церебрально-сосудистого генеза и психогенными аффективными, преимущественно депрессивными расстройствами. По данным Н.М.Михайловой, наиболее частыми у лиц позднего возраста, посещавших общесоматическую поликлинику, являются психические нарушения в форме психоорганического синдрома церебрально-сосудистого генеза с дисмнестическими и псевдоневрастическими расстройствами. Второе место по частоте встречаемости среди указанного контингента больных занимают невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. На третьем месте находятся аффективные, преимущественно субдепрессивные расстройства. Указанные три группы расстройств составляют 70% больных от общего числа пациентов, впервые обратившихся в геронтопсихиатрический кабинет поликлиники (19). Ещё более высокие показатели указанных нарушений у лиц позднего возраста, посещающих территориальную поликлинику, были установлены Т.В.Зозулей (14). При обследовании 420 лиц пожилого и старческого возраста, посещающих дневное отделение одного из московских центров социального обслуживания, расстройства депрессивного спектра непсихотического уровня периодического или постоянного характера были выявлены в 70,3%. Психоорганические расстройства, в том числе когнитивные, разной степени выраженности вследствие дисциркуляторной энцефалопатии атеросклеротического, гипертонического и смешанного генеза отмечались в 66% случаев (27). Приведенные данные свидетельствуют о большой распространенности в позднем возрасте психических расстройств непсихотического уровня. Их активное выявление, как уже было отмечено, стало возможным в результате создания и функционирования таких новых внебольничных форм геронтопсихиатрической помощи, как геронтопсихиатрические кабинеты при общесоматических поликлиниках (8, 19) и геронтопсихиатрические кабинеты при комплексных центрах социального обслуживания (25–27).

При анализе причин большого распространения за последние 15 лет невротических (тревожных, тревожно-фобических, ипохондрических) и депрес-

сивных расстройств как проявлений реакций дезадаптации у лиц позднего возраста многие исследователи в качестве основной причины называют стресс быстрых социальных и экономических изменений (1, 4, 9, 24, 27, 29, 31). Данные клиничко-эпидемиологических исследований подтвердили, что рост пограничной психической патологии у лиц позднего возраста в указанный период времени обусловлен «увеличением стрессогенной нагрузки на пожилых людей как в связи с неблагоприятными социально-экономическими условиями эпохи реформ, которые отразились в первую очередь на пожилых, так и в связи с крушением их «мировоззренческих стереотипов» (9). На основании анализа результатов эпидемиологических исследований было сделано заключение о том, что существенное ухудшение психического здоровья населения в условиях кардинального реформирования общества в значительной степени связано с ситуацией социально-экономической нестабильности и неуверенности в будущем. Радикальные перемены в обществе явились мощным социальным стрессовым фактором для наиболее уязвимой в психическом, соматическом и материальном отношении части населения позднего возраста. В указанный период времени получили распространение такие психотравмирующие факторы, приводящие к массовым расстройствам адаптации с развитием депрессивных и тревожно-депрессивных реакций, как угроза потери или потеря работы, утрата социальной защищённости, неуверенность в будущем. Более частыми стали состояния смыслоутраты как разновидности духовного кризиса личности пожилых людей с развитием депрессивных (тоскливых, апатических, дистимических) и тревожных расстройств (28). Эти состояния часто развиваются в результате увольнения пожилых людей с работы в связи с пенсионным возрастом. Они сопровождаются тягостными переживаниями своей ненужности, невостребованности при сохранении потребности в дальнейшей профессиональной и социальной самоактуализации. Вынужденный отрыв от привычного трудового коллектива при отсутствии или недостаточности семейной поддержки приводит к развитию социального и других видов одиночества (12) с развитием депрессивных расстройств. Кризисные состояния смыслоутраты в позднем возрасте нередко развиваются в связи с распадом в общественном и индивидуальном сознании прежних идеалов, убеждений, мировоззрения, которые сформировались и укоренились на протяжении прошлой жизни у людей старшего поколения, в том числе ветеранов Великой отечественной войны и тружеников тыла. Попытки умаления и принижения роли и значения их боевых и трудовых подвигов и усилий наносят им моральные травмы, оказывают психотравмирующее действие (28). Состояния смыслоутраты, приобретающие болезненный характер, возникают также после смерти близкого человека (супруга, детей) в рамках патологических реакций

горя и состояний одиночества (3, 18). Патологические реакции горя широко распространены в позднем возрасте (35, 40, 41). Они в начале проявляются как острая реакция на тяжёлый стресс. Затем принимают форму затяжных психогенных, нередко эндогенноморфных депрессий в форме тяжёлого депрессивного эпизода. В дальнейшем трансформируются в пролонгированную депрессивную реакцию в рамках расстройства адаптации, либо в характерологическую дистимию (3, 13, 22, 30, 38), а также в посттравматическое стрессовое расстройство (2). В некоторых случаях возможен исход этих состояний в депрессивное развитие личности (3, 22). Изучение психических расстройств при состояниях одиночества в позднем возрасте у лиц, посещающих комплексный центр социального обслуживания, показало их значительную распространённость (26, 27), достигающую 40%. Наряду с психологическими состояниями одиночества были выделены и изучены патологические состояния одиночества, развивающиеся после смерти одного из супругов с последующим одиноким проживанием вдовы или вдовца. Для этих затяжных (5–10 и более лет) болезненных состояний, формирующихся вслед за патологической реакцией горя, характерны определённые психопатологические проявления на идеаторном, аффективном и поведенческом уровнях (18, 27). Как было показано З.В.Летниковой, на первом этапе этих состояний идеаторные нарушения представлены сверхценными и навязчивыми мыслями, представлениями о наступившем одиночестве, покинутости, своей ненужности, стремлением к мысленному общению с образом умершего супруга, переживанием утраты смысла и цели дальнейшей жизни. На аффективном уровне помимо острого чувства одиночества развиваются тоскливые или тревожно-тоскливые психогенные депрессии нередко с антивитальными и суицидальными переживаниями, тревожными опасениями и страхами в связи с наступившим состоянием одиночества. На втором и третьем этапах патологических состояний одиночества психогенная депрессия переходит в дистимию, которая чередуется с двойными депрессиями, затем эти состояния сменяются кратковременными лёгкими депрессивными эпизодами. В некоторых случаях дистимия трансформируется в депрессивное развитие личности. На поведенческом уровне первый и второй этапы патологических состояний одиночества характеризуются частым посещением могилы умершего, общением вслух с его образом, фотографиями, вещами, ритуальным отмечанием значимых дат его жизни, формированием культа или элементов культа его личности. На заключительном, третьем этапе переживания одиночества ослабевают, возникают периодически, постепенно приобретают непатологический характер (18). Создание геронтопсихиатрических кабинетов при комплексных центрах социального обслуживания позволило геронтопсихиатрам совместно с социальными работниками

проводить психосоциальную терапию и психосоциальную реабилитацию пациентов с патологическими реакциями горя и патологическими состояниями одиночества на основе разработанных программ (3, 18). Эти виды помощи оказываются также в клубах пожилых людей при некоторых психоневрологических диспансерах (5).

К кругу пограничных психических расстройств, возникающих в позднем возрасте, Н.Ф.Шахматов относил так называемую возрастную-ситуационную депрессию, которая рассматривалась им как собственно возрастная реакция личности стареющего человека на саму ситуацию старости. Содержанием таких реакций являются переживания, отражающие неприятие собственного старения. К собственно возрастным непсихотическим реакциям в старости автор также относил ипохондрическую фиксацию на старческих физических недугах (32).

Научное и практическое значение имеет изучение особенностей психических расстройств непсихотического уровня в разные периоды позднего возраста. Н.М.Михайлова при анализе контингента больных, обращавшихся в геронтопсихиатрический кабинет общесоматической поликлиники, установила, что в пожилом возрасте первое по частоте место занимают невротические, в том числе стрессогенные и соматические расстройства (27,5%). Второе по распространённости место занимают психические нарушения церебрально-сосудистого генеза, включая случаи лёгкой и умеренной сосудистой деменции (24,2%). На третьем месте находятся аффективные нарушения (22,8%). У больных старческого возраста (от 75 до 90 лет) значительно преобладают психические нарушения, развивающиеся вследствие церебрального атеросклероза, включая случаи лёгкой и умеренной сосудистой деменции (39,7%). Невротические, включая стрессогенные и соматоформные расстройства, отмечаются в 13,4%, а аффективные нарушения – в 11,6%. Фобические расстройства и соматовегетативные депрессии наблюдаются только в пожилом возрасте, тогда как дистимические расстройства преобладают в старческом возрасте. В целом, безотносительно к возрастным периодам самыми распространёнными являются непсихотические депрессивные расстройства разного генеза: психогенного, органического, эндогенного (38%). Установлено, что в позднем возрасте число эндогенных депрессий значительно уменьшается, а число психогенных (реактивных, невротических) и соматогенных депрессий возрастает (17, 34, 38). Второе после депрессивных расстройств место занимают психоорганические расстройства (24,5%). Невротические расстройства находятся на третьем месте (18%). Синдромы мягкой и умеренной деменции отмечаются в 11,6%, расстройства личности – в 2,9%. Было обнаружено также, что основной психоорганический синдром в 59% случаев сочетается с псевдоневрастическими расстройствами и в 20% – с депрессивными расстройствами (19).

При изучении роли внешних факторов в развитии пограничных психических расстройств в позднем возрасте было установлено, что у пациентов пожилого возраста преобладают расстройства, связанные с психогениями. Они отмечаются в 6 раз чаще, чем у больных старческого возраста. Более высокая чувствительность к психотравмирующим воздействиям в пожилом возрасте может быть связана с тенденцией к усилению сенситивных и тревожных черт личности, повышением психической ранимости и обидчивости в этом периоде жизни и сглаживанию этих черт в старческом периоде (23, 39). У пожилых людей отмечается повышенная восприимчивость к моральным травмам, таким как унижение и оскорбление личного достоинства, проявления несправедливости, недобросовестности, неуважения, обмана. Моральные травмы приобретают патогенное значение при внутрисемейных конфликтах, когда роль пожилого и старого человека значительно изменилась, сместилась на задний план во взаимоотношениях с детьми и внуками, не проявляющими уважительного и тактичного отношения к старым людям. Приведенные данные свидетельствуют о том, что в пожилом возрасте возникает повышенная уязвимость к психогенным воздействиям, в то время как в старческом возрасте реагирование на психогенные воздействия снижается в силу возрастного снижения общей реактивности организма и личности, а также вследствие церебрально-органических (атеросклеротических) изменений.

Весьма значимым в развитии непсихотических психических расстройств как для лиц пожилого, так и старческого возраста, является ухудшение соматического состояния, развитие или обострение соматических заболеваний. Больше чем в половине таких случаев выявляется связь с сердечно-сосудистыми заболеваниями. При проспективном изучении динамики когнитивных расстройств в рамках сосудистого психоорганического синдрома и мягкой сосудистой деменции было установлено, что ухудшение когнитивных функций наступает в связи с обострениями ишемической болезни сердца, инфарктом миокарда, пневмонией, онкопатологией, физическими травмами, а также после смерти близких людей (19). Обострение невротических, тревожных, депрессивных расстройств часто наступает под влиянием психогенных, соматических и неврологических факторов (20).

Даже краткое рассмотрение и анализ всех приведенных данных свидетельствуют о широкой распространённости пограничных психических расстройств в позднем возрасте, их большой медико-социальной значимости. Дальнейшая активная разработка актуальных научных и практических вопросов пограничной геронтопсихиатрии и подготовка кадров геронтопсихиатров должна способствовать улучшению психического и физического здоровья пожилых и старых людей, увеличению продолжительности и улучшению качества их жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничная психиатрия и современные социальные проблемы. – Ростов-на-Дону, 1996.
2. Андрищенко А.В. Посттравматическое стрессовое расстройство при ситуациях утраты объекта экстраординарной значимости // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 104–109.
3. Баранская И.В. Патологические реакции горя в позднем возрасте (клиника, динамика, психосоциальная реабилитация). Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003.
4. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Психогенные факторы невротических расстройств в позднем возрасте // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 2005. – № 1. – С. 16–18.
5. Виноградова Р.Н., Логунова А.М., Лугинина О.В. Опыт работы клуба пожилых людей в Тверском областном психоневрологическом диспансере // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 154.
6. Гаврилова С.И. Выявляемость психических расстройств в пожилом и старческом возрасте // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 1984. – № 6. – С. 911–918.
7. Гаврилова С.И., Сударева Л.О., Калын Я.Б. К проблеме «мягкой» деменции // VIII Всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988. – Т. III. – С. 517–519.
8. Гаврилова С.И., Михайлова Н.М. Психиатрическая помощь пожилым в первичном звене здравоохранения // Лечение и реабилитация психически больных позднего возраста. – Л., 1990. – С. 87–93.
9. Гаврилова С.И., Калын Я.Б. Роль стрессогенных факторов в развитии психической патологии в пожилом возрасте // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 6. – С. 212–215.
10. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 233.
11. Ганнушкин П.Б. Постановка вопроса о границах душевного здоровья // П.Б.Ганнушкин. Избранные труды. – М., 1964. – С. 97–108.
12. Друзь В.Ф., Олейникова И.Н. Типы адаптации к одиночеству психически больных позднего возраста // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 157.
13. Дубницкая Э.Б. К вопросу адекватной терапии затяжных реактивных депрессий (введение в проблему) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2000. – Т. 2, № 4. – С. 102–104.
14. Зозуля Т.В. Эпидемиологическое исследование психически больных пожилого и старческого возраста и вопросы организации медико-социальной помощи. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1998.
15. Калын Я.Б., Соколова О.Н., Колыхалов И.В. и соавт. Лечебно-профилактическая психиатрическая помощь пожилым в муниципальном центре социальной помощи // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 3. – С. 73–77.
16. Когнитивные расстройства: современные аспекты диагностики и лечения. – М., 2005.
17. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессия и старение // Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997. – С. 114–122.
18. Летникова З.В. Психические расстройства, развивающиеся в условиях одиночества у лиц позднего возраста. Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004.
19. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты). Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1996.
20. Михайлова Н.М., Кладова А.Ю. О роли экзогенных факторов в динамике психоорганического синдрома в позднем возрасте // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 163.
21. Михайлова Н.М. Непсихотические депрессии позднего возраста в общесоматической практике // XIV съезд психиатров России. – М., 2005. – С. 236.
22. Никишова М.Б. Психопатология затяжных реакций тяжёлой утраты // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. – 2002. – № 10. – С. 24–29.
23. Полищук Ю.И. Старение личности // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, № 3. – С. 108–115.
24. Полищук Ю.И. Социально-стрессовые расстройства у людей пожилого возраста // Материалы международной конференции психиатров. – М., 1998. – С. 94–95.

25. Полищук Ю.И. Опыт работы геронтопсихиатрического кабинета при территориальном центре социального обслуживания «Сокольники» // Организация геронтопсихиатрической помощи гражданам пожилого возраста в учреждениях системы социальной защиты населения Москвы. – М., 2003. – С. 28–31.
26. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И., Гурвич В.Б., Колпаков А.В. Анализ некоторых показателей состояния психического здоровья пенсионеров, посещающих территориальный центр социального обслуживания // Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – Т. 7, № 3. – С. 25–30.
27. Полищук Ю.И., Голубцова Л.И. Состояние психического здоровья пожилых и старых людей в условиях социально-экономического и духовного кризиса // Клиническая геронтология. – 1999. – № 4. – С. 85–87.
28. Полищук Ю.И., Баранская И.В., Летникова З.В. Состояния смыслоутраты в позднем возрасте и их роль в формировании затяжных депрессивных реакций и дистимий // Социальная и клиническая психиатрия. – 2002. – Т. 12, № 4. – С. 10–13.
29. Положий Б.С. Стрессы социальных изменений и расстройства психического здоровья // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. – 1996. – № 2. – С. 136–143.
30. Савкуева Т.А. Дистимические расстройства с поздним началом // XIII съезд психиатров России. – М., 2000. – С. 165–166.
31. Семке В.Я. Превентивная психиатрия. – Томск, 1999.
32. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. – М., 1996.
33. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. – М., 1977.
34. Blazer D., Hughes D., George L. The epidemiology of depression in an elderly community population // Gerontologist. – 1987. – Vol. 27. – P. 281–287.
35. Brown Y.T., Stoudemire G.A. Normal and pathological grief // J. Am. Med. Ass. – 1983. – Vol. 250. – P. 378–382.
36. Burns A., Bergmann K., Lindessay J. Neurosis and personality disorder in old age // Int. J. Geriatr. Psychiatry. – 1998. – Vol. 13, N 4. – P. 199–202.
37. Flint A.J. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in the elderly // Am. J. Psychiatry. – 1994. – Vol. 151. – P. 640–649.
38. Kivela S., Pakkala K. Dysthymic disorders in the aged in the community // Soc. Psychiatry Epidemiology. – 1998. – Vol. 24. – P. 77–83.
39. Findesay J. Phobic disorder in the elderly // Br. J. Psychiatry. – 1991. – Vol. 159. – P. 531–541.
40. Parkes C.M. Bereavement studies of grief in adult life. – New York, 1979.
41. Prigerson H.G., Shear M.K., Jacobs S.C. et al. Consensus criteria for traumatic grief // Br. J. Psychiatry. – 1999. – Vol. 174. – P. 67–73.

CURRENT ISSUES OF BORDERLINE GERONTOPSYCHIATRY

Yu. I. Polischuk

The article discusses a number of current issues of modern borderline gerontopsychiatry. It presents the results of recent research concerning prevalence of borderline non-psychotic disorders in old age. The author includes in borderline gerontopsychiatry mild and moderate cognitive disorders and explains his position. The paper also shows the

role of macro- and micro factors as well as the circumstances of growing old in the development of wide-scale mental disorders of borderline level. It emphasizes the importance of new extramural forms of gerontopsychiatric care arranged by general policlinics and in social care centers.