

ПСИХОТЕРАПИЯ КАРДИОГЕННОЙ ЭКЗАЦЕРБАЦИИ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНОЙ СТРУКТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия», Киев

Изучены предикторы кардиогенной эксцербации расстройств депрессивно-параноидной структуры у пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сердечно-сосудистой патологией. Разработана эффективная система психотерапии, формирующая корректный модус личностного реагирования на разноуровневые психогении, повышающая качество и увеличивающая глубину и продолжительность ремиссий.

Ключевые слова: психотерапия, пожилой и старческий возраст, психопатологические расстройства депрессивно-параноидной структуры, сердечно-сосудистая патология.

Психозы пожилого и старческого возраста традиционно рассматриваются в контексте органического регистра психопатологии, однако в каждом клиническом наблюдении в их структуре облигатно обнаруживается в той или иной мере соматогенная и психогенная семиотика.

Многофакторный патогенез психопатологических расстройств позднего возраста обуславливает формирование гетерогенного и глубоко индивидуального комплекса разнорегистровой психопатологической семиотики [1–4].

При этом психодиагностика *de facto* ограничивается клинической идентификацией основного психопатологического синдрома, что в силу ее конвенциональности зачастую приводит к постановке формального диагноза из узкого класса инволюционных/сенильных психозов и, как следствие, применению обобщенных терапевтических схем там, где необходимо воздействие на каждый конкретный радикал в комплексе семиотики, формирующей целостную картину психопатологического расстройства.

Наличие гетерогенного комплекса психоиндуктивных воздействий, включающего как интроспективные нозогенные влияния, так и социально-средовые стрессоры, в совокупности с персонологической трансформацией контингента в результате кумуляции органических стигм и естественного течения инволюционного процесса формируют высокую частоту возникновения расстройств психогенного круга. Психогенный радикал, включаясь в комплекс наличествующей психопатологической семиотики, формирует новые механизмы патогенетических взаимодействий — потенцирующих, патопластически модифицирующих и триггерных [5–8].

Необходимость воздействия на клинически выраженную семиотику и предикторы ее форми-

рования в рамках каждого психопатологического регистра детерминирована также наличием системы их взаимной модификации с формированием «порочного круга». Наиболее очевидны эти взаимоотношения в рамках органического, соматогенного и психогенного регистров.

Так, например, гипертоническая болезнь в качестве хронического [психо]соматического заболевания приводит к формированию психопатологической семиотики органического регистра, клинически характеризующейся эмоциональной лабильностью в аффективной сфере и торпидностью в сфере мышления, что создает предпосылки для развития психогенных расстройств. Последние, в свою очередь, приводят к соматоформным и вегетативным реакциям, дестабилизирующим сосудистый тонус, что в конечном итоге вызывает эксцербацию собственно гипертонической болезни и развитие в ее структуре острых состояний (гипертонические кризы, нарушения мозгового кровообращения etc.), усугубляющих психоорганические стигмы. Помимо неблагоприятных соматических последствий дестабилизации течения гипертонической болезни, существует вероятность развития соматогенных психопатологических расстройств (гипертонические психозы, острая гипертоническая энцефалопатия с психопатологическими эквивалентами, лакунарная деменция etc.), что, в свою очередь, детерминирует высокопрогредиентное увеличение «глубины» психопатологических расстройств органического регистра.

Сходные же механизмы имеют место в патогенезе наиболее распространенных форм ишемической болезни сердца, в частности нозологической группы стенокардий. Из-за кардиалгических пароксизмов в клинической структуре стенокардия имеет высокую психоиндуктивную потенцию

в отношении формирования расстройств невротического спектра. Персистенция последних в клинике стенокардии выступает фактором дестабилизации сосудистого тонуса как за счет собственной вегетативной аранжировки невроза, так и за счет вегетативного компонента психастенических состояний, являющихся следствием длительной экспозиции тревожно-ипохондрических и кардиофобических переживаний, что детерминирует учащение ангинозных приступов за счет симпатoadrenalовой коронарной вазоконстрикции и повышения потребности миокарда в метаболитах при тахикардии. Отягощение течения кардиоваскулярной патологии неизбежно детерминирует прогрессирование нарушений церебральной гемодинамики, которое, в свою очередь, клинически реализуясь посредством формирования психоорганического синдрома, потенцирует психическую реактивность, снижая порог индуктивности.

Наличие специфической персонологической predisпозиции как в виде психоорганической личностной трансформации, так и в рамках психоконституциональных особенностей, а также ятрогенного компонента в структуре психоиндуктивного комплекса способствует формированию в структуре невроза собственных пароксизмальных состояний (панических атак), имеющих не только сходные с истинными ангинозными приступами соматические проявления (сердцебиение, кардиалгии, одышка, бледность, потоотделение), но и приводящих к возникновению последних в силу тахикардии на высоте аффекта страха. Указанный модус коморбидности обуславливает диагностический диссонанс между клинически определяемой тяжестью ишемического синдрома и наличествующими морфологическими нарушениями коронарного кровотока.

Описанные на модели гипертонической болезни и стенокардии варианты взаимной модификации психопатологической семиотики иллюстрируют наличие «порочного круга» в патогенезе психопатологических и соматических расстройств у пациентов пожилого и старческого возраста, и триггерную роль психогений в их образовании. Данный факт указывает на необходимость целенаправленного психотерапевтического, а также психопрофилактического воздействия на отдельные семиотические образования с целью нивелирования ключевых звеньев патогенеза психопатологических расстройств [9–11].

Цель исследования заключается в разработке системы психотерапии, направленной на коррекцию предикторов кардиогенной экзacerbации расстройств депрессивно-параноидной структуры у пациентов пожилого и старческого возраста.

Исследование проводилось на базе отделения № 24 ТМО «Психиатрия» (г. Киев), где проходили стационарное лечение по поводу психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры 100 пациентов пожилого возраста, страдающих кардиоваскулярной патологией.

Контингент обследуемых был разделен на две группы по 50 пациентов путем механического отбора. В основной группе, включающей 50 больных, использовалась разработанная нами система психотерапии. Группу сравнения составили 50 пациентов, в отношении которых меры психотерапии были ограничены стандартным протоколом стационарного лечения.

В рамках работы оценивалась эффективность разработанной системы психотерапевтической коррекции в отношении предикторов кардиогенной экзacerbации расстройств депрессивно-параноидной структуры у пациентов пожилого и старческого возраста на протяжении периодов стационарного лечения и амбулаторного наблюдения в течение месяца после выписки из стационара.

В ходе исследования использовались методы: анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-психофеноменологический, психодиагностический, катамнестический, статистический.

С целью верификации уровня воздействия предлагаемой системы психотерапии на выявленные предикторы мы использовали методику диагностики уровня невротизации Л. И. Вассермана.

Включение в клиническую картину психопатологических расстройств семиотики невротического уровня (небредовая ипохондриа, тревожно-ипохондрические переживания кардиофобического характера etc.) с течением времени приводит к развитию нарушений патоперсонологического регистра (психопатологически отличных от органических изменений личности, равно как и от заострения преморбидных личностных черт).

Вторичным, но немаловажным фактом является существование в силу особенностей нарушения мышления в рамках психоорганического синдрома (торпидность, снижение критики etc.) предпосылок для патопластической модификации психопатологических расстройств, вплоть до психотического уровня (бредовая интерпретация соматической семиотики, параноидная аранжировка депрессивного синдрома, масштабирование депрессивно-ипохондрических идей до нигилистического бреда Котара etc.).

Описанные нарушения мышления служат также почвой для бредовой интерпретации побочных эффектов и перекрестных реакций соматотропной терапии (зачастую неизбежных, учитывая современные терапевтические протоколы,

предполагающие массивную полифармакотерапию кардиогенной патологии), что приводит к оформлению бредовой фабулы, препятствующей терапевтическому комплаенсу и, соответственно, нарушающей контроль за заболеванием, с закономерной аггравацией.

Выступая в качестве триггерного, психогенный радикал в структуре психопатологических нарушений не только патопластически модифицирует семиотические комплексы в структуре психопатологических синдромов, но и играет роль звена, соединяющего патогенетические механизмы развития нарушений различной регистровой принадлежности.

Триггерная и контаминационная функции психогений (психогенной индукции) конвергируют в характерном для пре- и сенильной психопатологии процессе *sui generis* «кардиогенной экзацербации» (которую, с точки зрения патогенеза, корректнее было бы называть «кардиоваскулогенной» либо «кардиоангиогенной») — сложном комплексе взаимодействия и взаимопотенцирования сенестоалгических, ангиодистонических, тревожно-ипохондрических, нозофобических, вегето-васкулярных, цереб्रोишемических, астено-депрессивных, пневмопатических, апноэтических, шоковых, синкопальных и даже психотических проявлений.

Процесс кардиогенной экзацербации *de facto* представляет собой переход субклинически выраженных психопатологических нарушений в их клинически выраженные формы в результате психогенной (психотравматической) индукции через опосредование соматизации в ракурсе кардиоваскулярной патологии. Указанный процесс возможно отобразить в рамках континуума: первичная психогенная индукция → активация симпатoadренальной системы → кардиоваскулярные расстройства → тревожно-фобические и ипохондрические состояния → экзацербация психопатологических нарушений.

Рассматривая указанный процесс в ракурсе геронтопсихиатрической клиники, следует учитывать наличие полиморфного комплекса психопатологических стигм соматогенного, органического и инволюционного генеза, детерминирующих свойственные пациентам пожилого и старческого возраста специфические персонологические особенности (к коим следует отнести, прежде всего, компоненты психоорганического синдрома и заострение личностных черт, а также указанные выше патоперсонологические особенности вследствие вторичной невротизации), во многом определяющие субклинический психопатологический фон и играющие двоякую роль в процессе кардиогенной экзацербации:

1) выступают базисом для формирования клинически оформленных психопатологических расстройств (детерминируя степень выраженности фоновых когнитивно-мнестических, аффективных и ассоциативно-идеаторно-атрибутивных нарушений, необходимых для развития и прогрессирования продуктивной психопатологической симптоматики);

2) выполняют роль предикторов кардиогенной экзацербации (формируя предпосылки для тревожно-ипохондрической фиксации на соматических расстройствах, амплифицируя психогенную индукцию, в том числе за счет аффектогенного снижения эффективности критических барьеров).

Исходя из этого система психотерапии кардиогенной экзацербации психопатологических расстройств у гериатрического контингента должна быть направлена на базисные психопатологические и патоперсонологические предикторы, обуславливающие и потенцирующие психогенную индукцию, а также обладать превентивным (психопрофилактическим) воздействием на потенциально прогрессивные субклинические психопатологические расстройства.

Следует также принимать во внимание социально-средовые особенности повседневной жизни лиц пожилого и старческого возраста, а именно — комплекс социогенных факторов психоиндукции, обычно выступающих в роли первичного триггера и приводящих к невысокому качеству и низкой продолжительности ремиссий и высокой частоте разнородных экзацербаций психопатологических расстройств.

Таким образом, предикторы развития разнорегистровых психопатологических нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста являются приоритетными «мишенями» психотерапевтических воздействий. Целесообразным представляется следующее их практическое разделение:

— собственно психопатологические (вследствие непосредственного нарушения психических функций);

— социально-средовые (в рамках взаимодействия индивида с социумом).

Используемые в качестве «мишеней» психотерапии предикторы и «мишени» психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике в сочетании с общими векторами и методами их коррекции (с позиций превенции их кардиогенных экзацербаций) приведены в табл. 1.

Социально-средовые предикторы и «мишени» психотерапевтических воздействий приведены в табл. 2.

Эффективность использования указанных методов психотерапевтической коррекции анализировалась по динамике уровня невротизации

Таблица 1

Предикторы и «мишени» психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике

Предиктор	Клиническое наполнение и «мишени»	Вектор психотерапии	Метод/методика психотерапии
Вязкость и инертность мышления	Ретенция психогенной индукции, снижение трудоспособности, микросоциальная дезадаптация	Формирование терапевтического альянса, обучение коррекции терапии в зависимости от интроспективной оценки переживаний Формирование навыков релаксации, переключения, формирование адаптивного модуса социального взаимодействия	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, комплайенс-ориентированные Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суппортивные методики, групповая и семейная психотерапия
Раздражительность (проявление органической эксплозивности)	Снижение порога реактивности	Формирование навыков переключения, релаксации, адаптивного модуса социального взаимодействия	Когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестивные методики, групповая терапия, методики копинга (эмоционально фокусированные)
Раздражительность (проявление дисфории)		Рационализация субъективно значимых переживаний	
Истощаемость	Снижение личностной резистентности к психогениям	Формирование дефензивных антистрессовых барьеров Психотерапевтическая поддержка	Аутогенная (психотоническая) тренировка, суггестивные методики Суппортивные методики, групповая терапия
Аффективная лабильность	Неустойчивость аффекта, повышенная интенсивность смены знаков эмоционального реагирования	Формирование навыков переключения, релаксации, аутокоррекция аффективного напряжения	Катартические методы, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, суггестивные методики, групповая терапия
Когнитивно-мнестические нарушения	Нарушение социального взаимодействия, алиенация	Социальная реабилитация, формирование адаптивного модуса социального взаимодействия	Суппортивные методики, когнитивно-бихевиоральная терапия, групповая и семейная психотерапия
Структурно-логические нарушения мышления	Формирование сверхценных и бредовых идей, нарушение социального взаимодействия	Персуазия, коррекция иррелевантных переживаний, социальная реадaptация	Суппортивные методики, групповая терапия, когнитивно-бихевиоральная терапия, аутогенная тренировка, рациональная психотерапия

www.mps.kh.ua

Таблица 2

Социально-средовые предикторы и «мишени» психотерапии психических расстройств в геронтопсихиатрической практике

Предиктор	Клиническое наполнение и «мишени»	Вектор психотерапии	Метод/методика психотерапии
Стигматизация Феномен госпитализма Чувство беспомощности Необходимость постоянного постороннего ухода	Социальная, семейная и трудовая дезадаптация, алиенация, интроспективная ауто-стигматизация	Восстановление навыков социальной адаптации, социальная реабилитация, формирование конгруэнтного модуса семейного взаимодействия	Суппортивные и директивные методики, групповая и семейная психотерапия

Таблица 3

Динамика изменения уровней невротизации в основной группе

Уровень невротизации	Периоды обследования							
	выход из психоза		постпсихотический		выписка из стационара		амбулаторное наблюдение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Высокий	34	68	27	54	14	28	16	32
Средний	12	24	15	30	12	24	11	22
Низкий	4	8	8	16	26	52	23	46

Таблица 4

Динамика изменения уровней невротизации в группе сравнения

Уровень невротизации	Периоды обследования							
	выход из психоза		постпсихотический		выписка из стационара		амбулаторное наблюдение	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Высокий	31	62	34	68	21	42	38	76
Средний	9	18	11	22	16	32	4	8
Низкий	10	20	5	10	13	26	8	16

в соответствии с методикой диагностики уровня невротизации Л. И. Вассермана в последовательных обследованиях контингента в следующих временных периодах:

1–7-е сутки после купирования продуктивной психотической симптоматики и аффективных расстройств (период выхода из психоза);

8–14-е сутки после купирования продуктивной психотической симптоматики и аффективных расстройств при условии восстановления критики (постпсихотический период);

15–21-е сутки после купирования продуктивной психотической симптоматики и аффективных расстройств при условии восстановления критики и стабильном состоянии пациента (период выписки из стационара);

1–7-е сутки после выписки из стационара (период амбулаторного наблюдения).

С целью удобства анализа полученных данных квантификация показателей, полученных при обследовании контингента, производилась с использованием качественной оценки уровня невротизации, в которой показатели 1–10 баллов соответствовали низкому уровню, 11–20 баллов — среднему, 21–40 баллов — высокому уровню невротизации. Динамика оценки невротизации в указанных периодах для пациентов основной группы отражена в табл. 3.

Динамика оценки невротизации в указанных периодах для группы сравнения приведена в табл. 4.

Компаративный анализ результатов оценки уровня невротизации указывает на следующие факты:

1) в периоде выхода из психоза различия между показателями группы обследования и сравнения незначительны в силу:

- а) наличия постпсихотической астении;
- б) наличия выраженного фармакологического фона;
- в) малой экспозиции психотерапевтической коррекции;

2) в постпсихотическом периоде динамика изменения уровня невротизации имеет разнонаправленный характер в обследуемых группах, при этом отмечается положительная динамика в основной группе и отрицательная — в группе сравнения, что можно объяснить снижением интенсивности фармакологического фона, сопровождающимся снижением степени седации, что приводит к увеличению реактивности в контрольной группе сравнения, но не в основной группе в силу наличия психотерапевтического фона;

3) в период выписки из стационара в обеих группах имеет место положительная динамика, более выраженная в основной группе, что объясняется наличием саногенного эффекта от пребывания в стационаре, потенцированного в группе исследования используемым психотерапевтическим комплексом;

4) в период амбулаторного наблюдения в основной группе отмечается незначительное увеличение числа пациентов с высоким и средним уровнями тревожности при фактически стационарном характере динамики. В группе сравнения тот же процесс приобретает критический характер, в результате чего количество пациентов с высоким

уровнем невротизації досягає 78%, що перевищує аналогічний показник в період виходу з психозу.

Указана динаміка може бути пояснена:

а) вираженим госпіталізмом в групі порівняння, компенсованим психотерапевтично в основній групі;

б) високою інтенсивністю соціально-середових психоіндуктивних факторів, частково нивелюваних в ході сімейної психотерапії в основній групі і інтактних в групі порівняння;

в) відсутністю в групі порівняння перспективних механізмів нивелювання нозогенії, досягаємих в групі дослідження в рамках використовуваної системи психотерапії.

Основною метою психотерапевтичних заходів на предиктори психічних розладів в геронтопсихіатричній практиці і зокрема процесу кардіогенної екзацерації є формування коректного модусу особистісного реагування на різноуровневі психогенії і, відповідно, підвищення якості, збільшення глибини і тривалості ремісій.

Основою для отриманих даних, можна констатувати ефективність розробленої системи психотерапії, направленої на превенцію екзацерацій психопатологічних розладів депресивно-параноїдної структури у контингенту пацієнтів похилого і старечого віку.

Список літератури

1. *Brown S.* Causes of the excess mortality of schizophrenia / S. Brown, H. Inskip, B. Barraclough // *Br. J. of Psychiatry.*— 2000.— № 177.— P. 212–217.
2. *Смулевич А. Б.* Малопрогредієнтна шизофренія і пограничні стани / А. Б. Смулевич.— М.: Медицина, 1987.— 296 с.
3. *Wagner J. A.* Psychiatric disorders are associated with hospital care utilization in persons with hypertension: results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and related conditions / J. A. Wagner, R. H. Pietrzak,

- N. M. Petry // *Social psychiatry and psychiatric epidemiology.*— 2008.— № 43 (11).— P. 878–888.
4. Pathogenesis of essential hypertension — a half of the century perspective / W. Januszewicz, M. Kabat, A. Prejbisz, A. Januszewicz // *Polski merkuriusz lekarski.*— 2014.— № 36 (211).— P. 7–10.
 5. Шизофренія і підвищений ризик серцево-судинних захворювань / С. Н. Hennekens, D. E. Casey, A. R. Hennekens, D. Hollar // *Психічні розлади в загальній медицині.*— 2008.— № 2.— С. 59–62.
 6. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia / J. A. Lieberman [et al.] // *New Engl. J. Med.*— 2005.— № 353 (12).— P. 12–23.
 7. *Гурович І. Я.* Психосоціальна терапія і психосоціальна реабілітація в психіатрії / І. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова.— М.: Медпрактика-М, 2004.— 491 с.
 8. Шизофренія, коморбидна з артеріальною гіпертензією: сучасне становище проблеми (огляд літератури) / С. Н. Подвигін, О. Ю. Ширяєв, О. Д. Алехіна, Д. Л. Шаповалов // *Науч.-мед. вестн. Центрального Чорнозем'я.*— 2009.— № 35.— С. 168–176.
 9. Increased mortality in schizophrenia due to cardiovascular disease — a non-systematic review of epidemiology, possible causes, and interventions / P. A. Ringen, J. A. Engh, A. B. Birkenaes [et al.] // *Frontiers in psychiatry.*— 2014.— № 26.— P. 137–142.
 10. *Дробіжєв М. Ю.* Нозогенії (психогенні реакції) при соматичних захворюваннях: автореф. дис. на соискання ученої ступеня д-ра мед. наук; спец. 14.00.18 «Психіатрія» / М. Ю. Дробіжєв.— М., 2000.— 19 с.
 11. *Подвигін С. Н.* Значення психосоматичних аспектів в світлі сучасних представлень об етіології і патогенезі шизофренії / С. Н. Подвигін, Д. Л. Шаповалов, А. І. Митряшин // *Актуальні питання психіатрії, наркології, психотерапії і медичинської психології: матеріали 11-ї Міжрегіональної науч.-практ. конф.*— Воронеж, 2010.— С. 202–217.

ПСИХОТЕРАПІЯ КАРДІОГЕННОЇ ЕКЗАЦЕРАЦІЇ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ ДЕПРЕСИВНО-ПАРАНОЇДНОЇ СТРУКТУРИ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

А. Г. ЛІСКОНОГ

Вивчено предиктори кардіогенної екзацерації розладів депресивно-параноїдної структури у пацієнтів похилого та старечого віку, які страждають на кардіоваскулярну патологію. Розроблено ефективну систему психотерапії, що формує коректний модус особистісного реагування на різноуровневі психогенії, підвищує якість і збільшує глибину й тривалість ремісій.

Ключові слова: психотерапія, похилий та старечий вік, психопатологічні розлади депресивно-параноїдної структури, серцево-судинна патологія.

**PSYCHOTHERAPY OF CARADIOGENIC EXACERBATIONS OF PSYCHOPATHOLOGICAL DISORDERS
OF DEPRESSIVE-PARANOID STRUCTURE IN ELDERLY AND OLD PATIENTS**

A. G. LISKONOG

Predictors of cardiogenic exacerbations of depressive-paranoid disorders were investigated in elderly and old patients with cardiovascular diseases. An effective system of psychotherapy forming the correct mode of personal response to different levels of psychogeny improving the quality, depth and duration of remission was developed.

Key words: psychotherapy, elderly and old age, psychopathological disorders of depressive-paranoid structure, cardiovascular diseases.

Поступила 24.02.2015