

*А. Г. Лисконог*

**СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ КАРДИОГЕННЫХ ЭКЗАЦЕРБАЦИЙ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНО-ПАРАНОИДНОЙ СТРУКТУРЫ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

*Г. Г. Лисконог*

**Система психопрофілактики екзогенних екзацерацій психопатологічних розладів депресивно-параноїдної структури у пацієнтів похилого та старечого віку**

*Н. Г. Лисконог*

**Psychoprophylaxis system of cardiogenic exacerbations of depressive-paranoid structure psychopathological disorders in elderly and senile-aged patients**

С целью разработки системы психопрофилактики кардиогенных экзacerbаций психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры у пациентов пожилого и старческого возраста было проведено исследование 100 пациентов пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистой патологией и проходивших стационарное лечение по поводу психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры, при помощи анамнестического, клинико-психопатологического, психодиагностического, катамнестического, статистического методов. В результате исследования была разработана эффективная система психопрофилактических мероприятий, направленных на превенцию экзacerbаций психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры у контингента пациентов пожилого и старческого возраста.

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

З метою розроблення системи психопрофілактики кардіогенних екзацерацій психопатологічних розладів депресивно-параноїдної структури серед пацієнтів похилого та старечого віку було обстежено 100 пацієнтів похилого віку, що страждали на кардіоваскулярну патологію та проходили стаціонарне лікування з приводу психопатологічних розладів депресивно-параноїдної структури, за допомогою анамнестичного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, катамнестичного, статистичного методів. У результаті дослідження було розроблено ефективну систему психопрофілактичних заходів, спрямованих на превенцію екзацерацій депресивно-параноїдної структури у пацієнтів похилого та старечого віку.

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

In order to develop a system of psychoprophylaxis of cardiogenic exacerbations of depressive-paranoid structure psychopathological disorders in elderly and senile-aged patients study was conducted of 100 elderly patients suffering from cardiovascular disease and held stationary treatment for depressive-paranoid structure psychopathological disorders by means of anamnestic, clinical and psychopathological, clinical and psychophenomenological, psychodiagnostic, catamnestic, statistical methods. As a result, of the investigation it has developed an effective system of psychoprophylaxis measures aimed at prevention of exacerbation of depressive-paranoid structure psychopathological disorders in the cohort of elderly patients.

**Keywords:** psychoprophylaxis, elderly age, depressive-paranoid structure psychopathological disorders, cardiovascular disease

Своевременная идентификация, терапия и профилактика расстройств депрессивно-параноидного спектра у пациентов пожилого и старческого возраста, широко распространённых в геронтопсихиатрической клинике, обуславливают высокий риск реализации аутоагрессивных форм поведения при фактическом отсутствии методологии своевременной индикации, идентификации и профилактики их экзacerbаций, что обуславливает актуальность их изучения.

Одной из частых форм коморбидной сердечно-сосудистой патологии у больных эндогенными психозами пожилого и старческого возраста является артериальная гипертензия [1, 2]. По данным эпидемиологических исследований, проведенных в США, сердечно-сосудистой патологией страдают примерно 25 % населения и более 19 % больных психопатологическими расстройствами психотического уровня [3]. При этом у значительной доли больных имеют место явления дисконплаентности в приеме антипсихотиков, что определяет существование прямой корреляции с дисконплаентностью приёма соматотропной терапии, что затрудняет терапию кардиоваскулярной патологии у данного контингента пациентов.

В результате этого большинство больных психопатологическими расстройствами психотического уровня с коморбидной кардиоваскулярной патологией или

совсем не получают соматотропного лечения, или получают его эпизодически и без достижения основной цели — контроля соматического состояния [4]. Важную роль в явлении недостаточности соматологической помощи больным психопатологическими расстройствами психотического уровня играет наличие психиатрической стигмы [5], определенные психопатологические особенности, а именно «патологическое поведение в болезни» в виде паранойяльных и нозогенных реакций [6, 7], которые проявляются отказом от обращения за медицинской помощью, игнорированием врачебных рекомендаций, уменьшением значимости патологии — в рамках негативной психопатологической симптоматики, а также включением врача в фабулу бредовых переживаний [8].

Специфические характеристики контингента пациентов геронтопсихиатрической клиники определяют наличие значительных затруднений в клиническом анализе патогенетических взаимодействий в структуре комплекса психопатологических расстройств. Несмотря на наличие фасадного семиотического комплекса, включающего осевые компоненты депрессивного и параноидного спектров, структура психопатологических расстройств у контингента пациентов пожилого и старческого возраста представлена сложной констелляцией органических, соматогенных, психогенных и патоперсоналогических расстройств, определяющих наличие полиморфного психопатологического базиса и пребывающих

в симультанном процессе взаимной патопластической модификации. Сочетание онтогенетической кумуляции органических стигм, естественного течения инволюционного процесса и высокой распространенности цереброваскулярных расстройств определяет облигатный характер органического поражения ЦНС различной степени выраженности у контингента пациентов пожилого и старческого возраста.

Наличие расстройств органического спектра неизменно привносит затруднения в терапевтический процесс в виде ограничения использования психофармакологических методов терапии в силу высокой частоты побочных реакций на традиционные психофармакологические препараты, а также сложностей в достижении адекватного терапевтического альянса из-за фактически облигатного наличия когнитивно-мнестических нарушений у психогеронтологического контингента, этим определяется высокий приоритет разработки психотерапевтических методов лечения и профилактики экзацербаций расстройств депрессивно-параноидной структуры.

Цель исследования: разработка системы психопрофилактики кардиогенных экзацербаций психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры у пациентов пожилого и старческого возраста.

Исследование производилось на базе отделения № 24 ТМО «Психиатрия» (г. Киев).

Контингент исследования составили 142 пациента пожилого возраста, страдающие кардиоваскулярной патологией и проходившие стационарное лечение по поводу психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры, из указанного контингента была сформирована статистическая выборка, составляющая 100 пациентов и разделена на 2 группы по 50 пациентов путем механического отбора. В группе исследования, включающей 50 пациентов, производилось использование разработанной нами системы психопрофилактики в совокупности со стандартным протоколом стационарной терапии. Группа сравнения состояла из 50 пациентов, в отношении которых меры психопрофилактики были ограничены стандартным протоколом стационарного лечения.

В рамках работы проводилась регистрация экзацербаций психотических расстройств депрессивно-параноидной структуры у контингента пациентов на протяжении периода 6 месяцев, следующего за периодом стационарного лечения с анализом эффективности разработанной системы психопрофилактических мероприятий путем сопоставления результатов групп исследования и сравнения.

Методы исследования: анамнестический, клинико-психопатологический, клинико-психофеноменологический, психодиагностический, катамнестический, статистический.

В качестве методики верификации клинической семиотики в рамках данной работы, помимо стандартного психодиагностического инструментария, использовалась «Шкала оценки поздней депрессии» (Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева, 2012), разработанная на основе шкалы депрессии Монтгомери — Асберг. Выбор данной методики обусловлен наибольшей конгруэнтностью как в отношении исследуемого спектра расстройств, так и в отношении обследуемого контингента,

который в рамках данного исследования представлен пациентами пожилого и старческого возраста.

В ходе исследования было произведено 6-месячный проспективный анализ эффективности разработанной системы психопрофилактики в контингенте пациентов, страдающих кардиоваскулярной патологией, в периоде после лечения в психиатрическом стационаре по поводу психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры.

Разработанная нами система психопрофилактики кардиогенных экзацербаций расстройств депрессивно-параноидной структуры реализует свое действие посредством следующих векторов:

1) аутодиагностический — включающий обучение пациентов интроспективной оценке начала экзацербаций для своевременного обращения за специализированной помощью в продромальном периоде психотического эпизода;

2) комплаентный — направленный на поддержание и подкрепление терапевтического альянса с целью обеспечения корректного приема поддерживающей терапии;

3) десенсибилизирующий — включающий поддержание и подкрепление адекватного модуса личностного реагирования на психогенные факторы с целью нивелирования их триггерной функции;

4) стабилизационный — направленный на формирование конгруэнтного модуса внутрисемейных взаимодействий с целью формирования протективного микросоциального климата;

5) психогигиенический — включающий рекомендации к ограничению воздействия факторов невротизации.

Реализация аутодиагностического вектора происходила посредством обучения пациентов интроспективной регистрации психогенных триггеров кардиогенной экзацербации. На протяжении периода стационарного лечения с пациентами проводились групповые сеансы обучающей психотерапии, направленные на формирование модуса интроспективной оценки собственного состояния с целью превенции усугубления тяжести психических расстройств путем нивелирования влияния психогенного компонента, а также с целью своевременности обращения за психиатрической помощью при развитии очередного психотического эпизода.

Обучение было сфокусировано на формировании навыков интроспективной регистрации следующих предикторов экзацербации:

1) анксиозный — появление или усиление тревоги при отсутствии объективных признаков ухудшения соматического состояния;

2) обсессивный — появление навязчивых мыслей, связанных с соматическим состоянием;

3) гипотимический — снижение настроения, имеющее суточную динамику с пиком гипотимии в утренние часы и облегчением состояния вечером;

4) психоирритативный — появление раздражительности, отмечаемой самостоятельно либо регистрируемой со стороны;

5) тимолабильный — появление быстрой смены настроения, отмечаемой самостоятельно либо регистрируемой со стороны;

6) диссомнический — ухудшение качества сна, связанное с наличием тревоги и/или навязчивых мыслей, включающее раннее пробуждение, бессонницу;

7) диспраксий — ограничение выполнения действий, направленных на поддержание витальных функций, связанное с наличием тревоги и/или навязчивых мыслей.

Комплаентный вектор психопрофилактики реализовался путем комбинации рациональной, обучающей и суггестивной психотерапии, направленной на корректный прием поддерживающей терапии. В ходе периода стационарного лечения пациентам проводилась индивидуальная психотерапия, направленная на повышение комплаентности, а именно:

1) объяснение механизмов действия и точек приложения конкретных препаратов в максимально упрощенном виде;

2) рационализация переживаний по поводу побочных эффектов и негативного влияния назначенных препаратов;

3) объяснение пользы стабильного приема препаратов поддерживающей терапии с акцентом на необходимость консультации с врачом при желании самостоятельного снижения дозировок или отказа от приема препарата;

4) формирование позитивного ассоциативного паттерна между корректным приемом терапии и здоровым образом жизни, включающим соматическое и психическое благополучие;

5) обучение пациентов индивидуальным мнемоническим формулам, направленным на запоминание названий, кратности приема и дозировок препаратов, входящих в комплекс поддерживающей терапии.

Десенсибилизирующий вектор психопрофилактики реализовывался комбинацией методов рациональной, поведенческой психотерапии и аутогенной тренировки, направленной на нивелирование кардиофобических переживаний. В ходе реализации указанного вектора пациентам были объяснены различия между пароксизмальными невротическими состояниями и объективными симптомами ухудшения соматического состояния; также проводилось выявление ситуативно-средового контекста возникновения невротических явлений и пути их купирования с использованием формул аутогенной тренировки и релаксации. Важнейшей составляющей данного вектора была интроспективная дестигматизация пациента, реализованная путем рационализации представлений пациента о состоянии собственного здоровья.

Стабилизационный вектор психопрофилактики реализовывался посредством групповой и семейной психотерапии, в ходе которой производился анализ внутрисемейных взаимоотношений с их коррекцией, направленной на нивелирование существующих факторов невротизации, разрешение существующих конфликтных ситуаций, объяснение особенностей психической патологии, наличествующей у пациента, обучение тактикам корректного взаимодействия с ним, в зависимости от спектра имеющихся у него персонологических расстройств. Важнейшим аспектом данного вектора было обучение членов семьи пациента особенностям отношений с пациентом, объяснение рациональных путей коррекции патологических этиологических паттернов по типу ухода в болезнь.

Психогигиенический вектор психопрофилактики реализовывался посредством модификации образа

жизни пациента с фокусировкой на нивелирование наличествующих факторов невротизации и включал:

1) стимулирование индивидуальных видов активности, направленных на самореализацию и отвлечение от болезненных переживаний (арт-, вегето- и зоотерапия, терапия творческим самовыражением и т. д.);

2) посещение культурно-развлекательных мероприятий с целью социализации;

3) обучение методам планирования и составления распорядка дня с целью повышения уверенности в будущем, осознании собственной безопасности;

4) составление программ, направленных на нормализацию и укрепление здоровья и правильное питание.

В результате использования приведенных психопрофилактических мероприятий были выявлены следующие различия в частоте эксацербаций психопатологических расстройств депрессивно-параноидной структуры: в группе исследования в периоде 6 месяцев после стационарного лечения повторно были госпитализированы 5 пациентов (10,00 % от общего числа пациентов в группе); в группе сравнения за тот же период повторно были госпитализированы 13 пациентов (26,00 % от общего числа пациентов в группе).

На следующем этапе анализа степени глубины психопатологических расстройств у госпитализированных пациентов проводилась квантификация семиотики в течение первых суток пребывания в стационаре с использованием шкалы оценки поздней депрессии (Н. Н. Иванец, М. А. Кинкулькина, Т. И. Авдеева, 2012). В результате чего были получены данные, представленные в таблице.

**Средние оценки госпитализированных пациентов по отдельным разделам шкалы оценки поздней депрессии**

Раздел шкалы	Группа пациентов	
	подвергшихся психопрофилактике (N = 5)	не подвергшихся психопрофилактике (N = 13)
Снижение настроения	2,8	2,6
Суицидальные тенденции	2,0	3,0
Бессонница	2,4	3,4
Снижение аппетита, массы тела	2,0	2,2
Тревога	2,8	2,9
Сенесто-ипохондрические расстройства	3,4	3,8
Навязчивости, бред, галлюцинации	3,2	3,4
Психомоторная заторможенность	2,6	3,1
Эмоциональная лабильность	0	1,5
Соматоформные расстройства	2,8	3,0
Мнестико-интеллектуальное снижение	-1,4	-1,0
Падение социально-бытовой активности	0,2	-0,3
Уровень критики	3,6	4,6

В результате анализа полученных данных было доказано положительное воздействие использованной системы психопрофилактических мероприятий на глубину психопатологических нарушений по данным шкалы оценки поздней депрессии. В частности, в отношении

суїцидальних тенденцій, бессонниці, психомоторної заторможеності і рівня критики. Високий показатель в розділі емоціональної лабільності указує на преобладання дисфорического компонента в структурі негативних психопатологіческих расстройств у контингенті пацієнтів, в отношенні котрих не проводились психопрофілактическіє заходи.

Основою на отриманих даних, можна констатувати ефективність розробленої системи психопрофілактических заходів, направлених на превенцію екзацербаций психопатологіческих расстройств депресивно-параноїдної структури, у контингенті пацієнтів пожилого і старческого віку.

Ефективність розробленої системи підтверджується:

а) зниженням числа повторних госпіталізацій в психіатрический стаціонар на 16,00 % на протязі 6 місяців після виписки;

б) зниженням глибини психопатологіческих расстройств, в частині — суїцидальних тенденцій, бессонниці, психомоторної заторможеності, і підвищення рівня критики у пацієнтів, в отношенні котрих проводилась психопрофілактика в рамках розробленої системи, по даним шкали оцінки пізньої депресії при сопоставленні з групою порівняння.

#### Список літератури

1. Brown S. Causes of the excess mortality of schizophrenia / S. Brown, H. Inskip, B. Barraclough // *British Journal of Psychiatry*. — 2000. — № 177. — P. 212—217.
2. Шизофренія і підвищений ризик серцево-судинних захворювань / [С. Н. Hennekens, D. E. Casey, A. R. Hennekens, Hollar D.] // *Психіческіє расстройств в общій медицині*. — 2008. — № 2. — С. 59—62.
3. Pathogenesis of essential hypertension — a half of the century perspective / [W. Januszewicz, M. Kabat, A. Prejbisz, A. Janu-

szewicz] // *Polski merkuriusz lekarski*. — 2014. — № 36 (211). — P. 7—10.

4. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia / J. A. Lieberman, T. S. Stroup, J. P. McEvoy et al.] // *New Engl. J. Med.* — 2005. — № 353(12). — P. 12—23.

5. 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.

6. Гурович І. Я. Психосоціална терапія і психосоціална реабілітація в психіатрії / І. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М.: Медпрактика-М, 2004. — 491 с.

7. Дробижев М. Ю. Нозогенії (психогенні реакції) при соматических захворюваннях : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук : спец. 14.00.18 / М. Ю. Дробижев. — М., 2000. — 19 с.

8. Подвигин С. Н. Значення психосоматических аспектів в світлі сучасних представлєнь об етіології і патогенезі шизофренії / С. Н. Подвигин, Д. Л. Шаповалов, А. І. Митряшин // *Актуалніє запитання психіатрії, наркології, психотерапії і медическої психології* // *Матеріаліє 11-ї міжрегіональної науч.-практ. конф.* — Воронеж, 2010. — С. 202—217.

9. Шизофренія, коморбідна з артеріалною гіпертензією: сучасне становище проблеми (обзор літератури) / [С. Н. Подвигин, О. Ю. Ширяев, О. Д. Алехина, Д. Л. Шаповалов] // *Научно-медический вестник Центрального Чорнозем'я*. — 2009. — № 35. — С. 168—176.

10. Смулевич А. Б. Малопродженієтна шизофренія і пограничніє становища / А. Б. Смулевич. — М.: Медицина, 1987. — 296 с.

*Надійшла до редакції 18.02.2015 р.*

**ЛИСКОНОГ Анна Геннадьевна**, врач-психиатр отделения № 24 Территориального медицинского объединения «Психиатрия», г. Киев, соискатель кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии Запорожского государственного медицинского университета, г. Запорожье

**LISKONOG Hanna**, Physician-psychiatrist of Department № 24 of the Territorial Medical Association "Psychiatry", Kyiv, Competitor of the Department of psychiatry, psychotherapy, general and medical psychology of the Zaporizhzhia State Medical University, Zaporizhzhia