

СТРУКТУРА И ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ИНВОЛЮЦИОННОМ ВОЗРАСТЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Шукурлаева Маишура Фарходовна

Бухарский государственный медицинский институт

В последние десятилетия подходы к оценке исхода депрессивного расстройства у лиц позднего возраста претерпели существенные изменения. Наряду с сохранением традиционной методологии в определении категорий исхода депрессии, предложенных и разделенных на благоприятную и неблагоприятную группы расширилось представление о критериях отнесения каждого конкретного варианта исхода к одной из этих категорий. Так, качество наступающей ремиссии стало оцениваться не только по выраженности и характеру остаточной симптоматики (неполная и полная ремиссия), но и по уровню социального функционирования и активности пациента после перенесенной депрессивной фазы.

В зависимости от клинических взглядов отдельных школ психиатрии, эти психозы рассматриваются либо как самостоятельные возрастные формы психических. Проведенные в этой области многочисленные клинические, катамнестические и патопсихологические исследования пока не позволяют сделать однозначного заключения относительно природы этих психозов.

Между тем проблема инволюционных параноидов имеет важное теоретическое и практическое значение, поскольку она связана с решением такого вопроса как систематика поздних функциональных психозов, а так же с развитием теоретических концепций в области этиологии и патогенеза психической патологии позднего возраста.

Общепризнано, что исследования природы психических заболеваний на современном этапе могут быть успешными только при мультидисциплинарного подхода с привлечением достижения других наук, в частности генетики. Несмотря, однако, на то, что существенная роль генетических факторов в патогенезе психических заболеваний доказана, вопрос о генетических характеристиках и взаимосвязях поздних аредовых психозов остается практически неразработанным. В отечественной литературе соответствующих исследований нет. Зарубежные работы немногочисленны и в силу методологических и концептуальных разногласия национальных психиатрических школ, их оценка и сопоставление затруднительны.

Поэтому использование современных клинико-генеалогического и генетико-математического методов может рассматриваться как перспективный подход к решению проблемы нозологической принадлежности поздних бредовых психозов, и инволюционных параноидов в частности, и определения их места в систематике психических заболеваний.

Отношение к функциональным психозам позднего возраста представителей разных психиатрических школ и направлений неоднозначно. Ряд исследователей отрицают нозологическую самостоятельность этих психозов, рассматривая их как видоизмененные старением, атипичные варианты шизофрении, маниакально-депрессивного психоза, реактивных или соматогенных психозов. Однако большинство психиатров признают существование особых



функциональных психозов позднего возраста. Сведения об эти патогенезе функциональных психозов позднего возраста являются в значительной мере гипотетическими.

Давние представления об обусловленности этих психозов наступающими в ходе старения нейроэндокринными и другими биологическими сдвигами пока не получили достоверных научных доказательств. Значение процессов старения в генезе функциональных психозов позднего возраста отчасти подтверждается клиническими связями части этих психозов с патологическим климаксом.

Наиболее распространена концепция, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста возникают в результате сочетанного действия целой группы факторов, прямо или косвенно связанных с инволюцией. К важнейшим из них относят наряду с биологическим и психологическим старением психические травмы и соматические вредности. Определенная роль в генезе этих психозов отводится неблагоприятным социально-психологическим последствиям старения: уход на пенсию, социальная изоляция, жилищно-бытовое и экономическое неблагополучие. За рубежом получила признание гипотеза, в соответствии с которой функциональные психозы позднего возраста (особенно инволюционные параноиден) рассматриваются как неосознаваемые защитные реакции личности на ситуацию старения.

Установлена предрасположенность к функциональным психозам позднего возраста лиц определенного психического склада. Многим больным инволюционной депрессией преобладают свойственные черты тревожной мнительности, гиподный эмоциональный фон. Большинство больных инволюционным параноидом изначально отличаются бескомпромиссностью, прямолинейностью, неуживчивостью, психической инертностью. Конкретные патогенетические механизмы функциональных психозов позднего возраста неизвестны.

В психиатрии относят к инволюционному возраст 45 — 60 лет, к старческому свыше 60 лет. Такое определение расходится с официальной геронтологической возрастной периодизацией, но оно оказалось практически целесообразным, поскольку соответствует срокам манифестации психических заболеваний, квалифицируемых как болезни инволюционного периода или старости. Наряду с заболеваниями, связанными с инволюцией, в геронтологическую психиатрию входят так же шизофрения, МДП, эпилепсия, симптоматические и органические психозы, если заболевание началось рано и больные дожили до пожилого возраста либо если эти болезни манифестируют в позднем возрасте. Однако при поздно манифестирующих формах «не возрастных» заболеваний, в частности при поздних эндогенных психозах, возрастной фактор, по-видимому, играет не только пат пластическую, но и патогенетическую роль. Таким образом, одна из основных дифференциально-диагностических задач повседневной геронтопсихиатрической практики состоит в необходимости сравнивать, сопоставлять и дифференцировать возрастные психозы с поздними вариантами не возрастных психозов.

Уменьшение смертности, увеличение средней продолжительности жизни привели к изменению возрастной структуры населения: увеличилось число лиц пожилого и старческого возрастов. Этим обусловлен абсолютный рост количества всех психозов позднего возраста, но удельный вес собственно возрастных психозов не увеличился. Общепринято деление психических заболеваний позднего возраста на «органические», т.е. возникающие на основе определенного морфологического, в основном деструктивного, процесса и ведущие к различным формам деменции, и «функциональные», т.е. не обладающие подобным анатомическим субстратом, обратимые и, как правило, не ведущие к грубому слабоумию. Однако клинические и морфологические исследования показали близость если не всех, то части так называемых инволюционных психозов к эндогенным. При функциональных процессах не наблюдается стойкого органического снижения уровня психической деятельности и морфологические



церебральные изменения. В психиатрической практике обозначения «органические» и «неорганические» психозы подчеркивают их существенные различия.

Инволюционные психозы объединяют группу психических заболеваний, манифестирующих в инволюционном периоде (45 — 60 лет) и в старости (поздние варианты инволюционных психозов), которые не приводят к слабоумию, т.е. являются функциональными.

Нозологическая самостоятельность инволюционных психозов остается спорной. К пресенильным психозам относят: 1) инволюционные депрессии (меланхолии), в том числе злокачественно протекающий вариант (болезнь Крепелина); 2) инволюционные бредовые психозы; 3) кататонические и галлюцинаторные психозы позднего возраста.

В связи с резким расхождением в определении и диагностике инволюционных психозов практически нет достоверных данных об их распространенности. Трудности диагностики связаны с тем, что в позднем возрасте клинические проявления многих психозов утрачивают типичность и приобретают общие (обще возрастные) черты. В частности, особые тревожно-ажитированные и тревожно-бредовые синдромы, свойственные инволюционным психозам, могут наблюдаться и при других заболеваниях, возникающих в позднем возрасте (шизофрения, МДП, атеросклеротические и иные органические психозы). Диагностика инволюционных психозов только по клинической картине оказалась во многих случаях несостоятельной. Длительные катамнестические наблюдения показали, что многие «инволюционные депрессии» в дальнейшем протекают периодически, причем повторные фазы приобретают все большее сходство с типичными депрессивными или маниакальными фазами. Изучение анамнезов выявило приступообразные формы с усложнением последующих приступов, т.е. с появлением в них типичных шизофренических расстройств, а на более поздних этапах — шизофренических изменений личности. Предманифестный период жизни таких больных и их семей также иногда имеет особенности, характерные для эндогенных психозов. В целом клинические исследования последних лет способствовали сужению понятия инволюционных психозов и позволили отнести их немалую часть к эндогенно или органически обусловленным заболеваниям.

Имеют значение преобидный склад личности (ригидность, черты тревожной мнительности и т.п.), предшествующие психозу ситуационные и психотравмирующие факторы, нетяжелые; но снижающие сопротивляемость организма соматические заболевания и др. Роль перечисленных факторов оказалась при всех психических заболеваниях позднего возраста значительнее, чем при психозах среднего возраста. Предположение о патогенетической роли связанных с инволюцией эндокринных факторов не получило подтверждения.

Список литературы:

1. Елисеев А.В., Рожков С.А., Семин И.Р. Катамнестический анализ микста шизофрении и алкоголизма (реабилитационный аспект)// Сочетанные формы психической патологии. – Барнаул, 1995, С. 9-10.
2. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. – Медицина, 1965. – С 320
3. Жислин С.Г. Течение шизофрении на патологически изменённой почве. – В кн.: Материалы Всесоюзной научно-практической конф., посвященной 100- летию со дня рождения С.С. Корсакова и актуальным вопросам психиатрии. – М. 1954. – С. 30-34.
4. Клиническое руководство по психическим расстройствам. / Под ред. Д. Барлоу / Пер. с англ. – 3-е изд., СПб.: Питер, 2008. – 912 с.
5. Каплан Г.И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия /Пер. с англ. – М.: Медицина, Т. 1, 672 с., Т.2, 528 с.



6. Классификация болезней в психиатрии и наркологии /Под. ред. М.М. Милевского. – М.: Триада-Х, 2009. – 184 с.
7. Клиническая психиатрия / Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т.Б. Дмитриева. – М., 1999. – 602 с.
8. Красик Е.Д., Елисеев А.В., Семин И.Р. Эпидемиологическая характеристика сочетающейся с алкоголизмом шизофрении // Журн. невропатологии и психиатрии. – 1988. – Вып.5 – С. 72-76.
9. Котова Л.А. Некоторые особенности клинической картины начального периода заболевания у больных шизофренией, страдающих алкоголизмом // Актуальные проблемы диагностики и лечения. – Л., 1973. – С. 51-52.
10. Красик Е.Д., Елисеев А.В., Семин И.Р. Сравнительный катамнез впервые госпитализированных больных шизофренией, сочетавшейся с алкоголизмом. – Ж. невропатол. и психиатр., 1992, С. 113-118.
11. Левина Т.М. Структура контингента госпитализированных больных шизофренией, отягощенной алкоголизмом // Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов. – М., 1988, Т.3. – С. 535-536.
12. Маслов Н.Н. Некоторые особенности хронического алкоголизма и его влияния на клинические проявления и течение простой формы шизофрении // В кн.: Вопросы социальной и клинической психоневрологии. — М., 1973, Т. 1, с. 181-182.
13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: Оверлайд, 1994. – 300 с.
14. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр (МКБ – 10) / Пер. с англ. – Женева: ВОЗ, 1995.
15. Миневич В.Б., Елисеев А.В. Алкоголизм и шизофрения: взаимные факторы развития микста (клинико-статистический аспект) // «Факторы риска» при неврологических и пограничных заболеваниях: Сб. статей Томского мед. института –Томск, 1988, вып. 3. – С. 95-101.
16. Павлова И.В. Клинические особенности шизофрении, осложнённой хроническим алкоголизмом // Вопросы клинической и организационной психиатрии. – М., 1956, С. 31-34.