

Лейдерман М.В.<sup>1</sup>, Сиденкова А.П.<sup>2</sup>

## Бредовые расстройства позднего возраста (клинико-психопатологический и нейрокогнитивный аспекты)

1-ГБУЗ СО Свердловская областная клиническая психиатрическая больница, г.Екатеринбург; 2-ФГБОУ ВО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России, г.Екатеринбург

Leyderman M. V., Sidenkova A. P.

### Delusional disorders later age (clinical-psychopathological and neurocognitive aspects)

#### Резюме

Рост числа манифестных психозов среди лиц старших возрастных групп, неоднородность их патогенетических и клинических характеристик, серьезный прогноз для общего психического и соматического функционирования, недостаточная изученность проблемы актуализируют исследование бреда в позднем возрасте. Приведены результаты обследования 75 больных стационарных отделений СОКПБ, госпитализированных с манифестным бредовым психозом в структуре различных психических расстройств. Выявлена фабульная гетерогенность, неоднородность когнитивных функций в зависимости не только от этиологии бреда, но и от его содержания.

**Ключевые слова:** психоз в позднем возрасте, бред в позднем возрасте, нарушения когнитивных функций

#### Summary

The increase the adult psychosis, the heterogeneity of their pathogenetic and clinical characteristics, serious forecast for the total mental and somatic functioning are needed for study. In this article are the results of a survey of 75 patients inpatient of the psychiatric hospital hospitalized with delusional psychosis in the structure of various mental disorders. Identified thematic heterogeneity, the heterogeneity of cognitive functions depending not only on the etiology of the delirium, but by its content.

**Key words:** psychosis in late age, delirium at a later age, cognitive impairment

#### Введение

Изучение тяжелых психических расстройств актуально на всех этапах развития психиатрической науки. Рост числа больных геронтологического возраста в психиатрических клиниках детерминирует необходимость анализа условий формирования и прогноза психотических состояний у этих пациентов, поскольку увеличение показателей болезненности психозами в популяции пожилых, ассоциировано с высокой частотой госпитализаций, затратами учреждений здравоохранения, огромной нагрузкой на родственников пациента, медицинский персонал [1-6]. Разнообразие этих расстройств по этиологии, структуре когнитивного дефекта, набору дополнительных психопатологических симптомов объясняет неоднородность их динамики, что требует ее изучения [7-9]. Разнообразие психотические расстройства у лиц позднего возраста по нозологической принадлежности, типам течения, исходам определяет достаточно широкие интервалы эпидемиологических данных [1,7,9]. Имеются работы, в которых говорится о том, распространенность психических расстройств у пожилых людей колеблется от 0,2-4,7% в общей популяции[4]. Так в позднем возрасте могут возникать так называемые инволюционные

психозы, которые, по мнению исследователей, являются расстройствами, разнородными по этиологии и патогенезу, а соответственно и по эпидемиологической оценке, их частота среди всех бредовых психозов позднего возраста составляет от 1,8 до 40% [10]. Существуют две точки зрения на инволюционные бредовые психозы. Сторонники одной не считают их самостоятельным заболеванием, а относят к органическим поражениям головного мозга [10,11] или к поздней шизофрении[12-15]. Другие исследователи относят их к пресенильным функциональным психозам, отмечая влияние психосоциальных факторов как потенциально патогенных при этих расстройствах [7,16,17]

По мнению исследователей, наблюдается ежегодное увеличение манифестных случаев тяжелых психических расстройств в популяции пожилых в сравнении с молодым и средним возрастом [1,6,9,18]. Накопление сведений о когнитивных расстройствах позднего возраста обусловило понимание их как прогностически неблагоприятных [6,17,19,20]. По мнению исследователей, наблюдается взаимосвязь между когнитивным снижением и высокими показателями смертности в течение трех лет [19,21,22,23]. Выявлено, что, пациенты с деменцией в 5

раз более склонны к развитию бреда, при этом психотическая симптоматика часто является одним из ранних проявлений развивающегося тяжелого когнитивного расстройства, еще у недементных пациентов [21,22]. Имеются литературные данные, показывающие большую частоту распространенности психотических, аффективных и поведенческих расстройств у пожилых по сравнению с людьми молодого и среднего возраста [1,5,6,18]. Показано, что бредовые расстройства выявлялись у 45,0 % больных в период постановки диагноза БА [17]. Таким образом, депрессивные симптомы развиваются до диагностики БА более чем за два года, в то время как психотические симптомы выявляются во время диагностики. Поведенческие симптомы, такие как агрессия, агитация, раздражительность, развивались в течение первого года после установления диагноза, зачастую являясь первыми маркерами болезни на ее ранних этапах [9,24]. Рост частоты психотических расстройств у лиц пожилого и старческого возраста обуславливает более высокую частоту необходимости поступления их в стационар, увеличивая нагрузку на учреждения здравоохранения, а также на осуществляющих уход членов семьи для которых психотические расстройства пациентов являются серьезным стрессом. факультативными психопатологическими симптомами, осложняют течение основного когнитивного страдания, являются частыми причинами госпитализации, дезадаптируя пациента, его окружение, требуют массивных терапевтических затрат [1,6,9]. Согласно различным данным, преобладание бредовых идей у больных болезнью Альцгеймера колебалась от 16% до 70% (медиана=36.5%) и распространенность галлюцинаций колеблется от 4% до 76% (медиана=23%) [25]. Однако имеются работы, говорящие о недостаточности исследования механизмов корреляции бреда и деменции, не выяснено соотношение бреда и слабоумия, поскольку, вероятно варианты соотношения этих расстройств: бред как маркер уязвимости к слабоумию, бред как некий провоцирующий фактор, или бред как клинический феномен, отражающий необратимое повреждение нейронов с дальнейшим слабоумием [26]. Остаются открытыми вопросы бредообразования поздних психотических расстройств, ассоциированных и неассоциированных с деменциями. Большинство авторов принимает за аксиому положение о ведущей роли мнестической дефицитарности, лежащей в основе позднего бредообразования, игнорируя разнообразие фабул и типов течения бредовых симптомов у дементных больных [27,28,29]. В то же время многие авторы так же считают, что бредовые расстройства типичны для начальных проявлений деменции и распадаются при прогрессировании заболевания [14]. Большинство исследований отмечает более высокий бал по шкале MMSE у пациентов с болезнью Альцгеймера и бредом, в сравнении с пациентами без бредовых расстройств [15]. Другие исследователи так же говорят, что у пациентов с более сложными психотическими расстройствами и менее выраженными неврологическими нарушениями выше когнитивный уровень [30]. Так же шизофрения, начавшаяся в позднем возрасте, сопровождается развитием парано-

идной бредовой симптоматики [31]. Отсутствие единого взгляда на проблему механизмов развития бредовых психозов, развившихся при психических расстройствах, начавшихся в позднем возрасте, актуализирует изучение динамики и структуры комплекса психопатологических нарушений при поздних психозах.

*Целью* настоящей работы явилось изучение особенностей формирования бреда с манифестацией в позднем возрасте.

## Материалы и методы

В основу настоящей работы положены результаты выборочного бесповторного обсервационного исследования 75 больного психиатрического стационара в возрасте от 55 до 90 лет с психотическими (бредовыми) симптомами. Средний возраст участников исследования 67,85±9,3 года. Среди участников исследования 12 мужчин (16,0%), 63 женщины (84,0%).

Применены клиничко-психопатологический, нейропсихологический, психометрический, статистический методы исследования. Инструментами исследования явились «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), «Нейропсихиатрический опросник» (NPI), ADAS-COG, кодирование и повторение цифр, скорость определения категорий, таблицы Бентона.

## Результаты и обсуждение

Изучаемая выборка представлена разнообразными психическими расстройствами, манифестировавшими в позднем возрасте (Рис.1) и неоднородна по возрастному распределению манифестации психоза, так наиболее «молодыми» оказались пациенты с эндогенными заболеваниями (средний возраст лиц с аффективными расстройствами составил 57,7 года, шизофренией – 60,9 лет), наиболее «взрослыми» оказались лица с сосудистым поражением головного мозга (средний возраст манифестации психоза 72,6 лет), при болезни телец Леви и болезни Альцгеймера возраст манифестации психотического расстройства – 77,5 лет и 66,4 года соответственно.

Выявлена фабульная гетерогенность бредовых идей у лиц, принявших участие в исследовании (Рис.2). По отдельным нозологиям выявлены следующие виды бреда: пациенты с шизофренией явились носителями бреда воздействия в 42,9% случаев, преследования в 35,7%, отношения в 14,3%, ущерба в 7,1% случаев. У лиц с аффективной патологией структуру основного синдрома усложняло наличие бреда преследования в 14,3% случаев, бреда виновности 85,7%. При органическом поражении ЦНС болезненные идеи отношения выявлялись наиболее часто (63,8%), в равных долях – бред преследования и ущерба (по 13,8%), реже высказывался бред ревности (8,3%). Пациенты с атрофическими заболеваниями ЦНС - болезнью Альцгеймера и болезнью телец Леви чаще оказывались носителями бреда преследования (56,2% - при БА, 100% - при ДТЛ), иные персекуторные идеи – отношения (31,2% при БА) и ущерба (12,5%) перживались реже.



Рисунок 1. Этиологическая принадлежность психических расстройств участников исследования

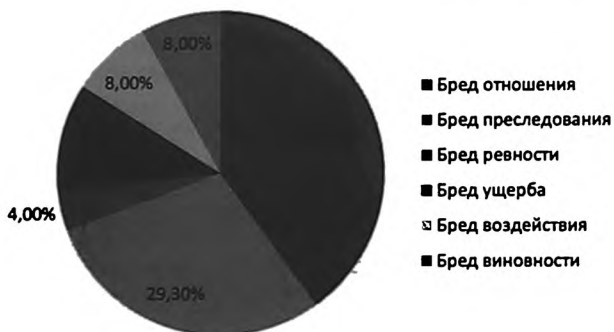


Рисунок 2. Фабульная неоднородность бредовых идей в группе исследования.

Таблица 1. Средний возраст и показатели когнитивного функционирования участников-носителей бреда

Бредовая фабула	Бред отношения	Бред преследования	Бред ущерба	Бред ревности	Бред воздействия	Бред виновности
Средний возраст больных	68,6±2,3	70±3,5	70,8±1,7	72,3±3,1	60,8±5,2	57±1,3
Средний балл по MMSE	23,6±2,6	18,2±1,4	22,4±4,1	24,3±5,1	26,8±4,5	28,5±2,7

Методологическая опора на размерный подход к изучению проблемы бреда в позднем возрасте позволил выявить средний возраст пациентов-носителей бреда и оценить состояние их когнитивных функций (оценка по шкале MMSE) (Таб.1).

Применение нейропсихологических методик позволило выявить особенности когнитивных функций у пациентов –носителей бреда (Таб.2).

Анализ полученных результатов показал, что наиболее благоприятный профиль состояния когнитивных функций выявлен у пациентов – носителей идей виновности и воздействия. Наиболее низкие показатели обнаружены при обследовании лиц с болезненными идеями преследования.

**Заключение**

Таким образом, при размерной оценке феноменов бреда у лиц старших возрастных групп выявлено отсутствие нозоспецифичности формирования бреда, что проявилось в выявлении бреда однотипного содержания

у лиц, страдающих разными психическими расстройствами. В изучаемой выборке преобладали лица-носители бреда отношения. Выявлены различия в профиле когнитивного поражения у пациентов с различной бредовой фабулой вне зависимости от нозологической специфичности.

*Лейдерман М.В., заведующий отделением №6 ГБУЗ СО СОКПБ, г. Екатеринбург; Сиденкова А.П., д.м.н., кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку: Сиденкова А.П., 620030, г. Екатеринбург, Сибирский тракт, 8 км, e-mail: sidenkovs@mail.ru*

Таблица 2. Оценка выполнения когнитивных тестов участникам исследования

Бредовая фабула	Бред отношения	Бред преследования	Бред ущерба	Бред ревности	Бред воздействия	Бред виновности
Оценка собственной речи	0,13	1,18	1	0	0,17	0
Понимание обращенной речи	0,166	1,18	0,75	0	0,17	0
Трудности в подборе слов	0,43	1,45	1	0,67	0,17	0
Воспроизведение слов	5	6,1	5,25	5,67	3,5	2,2
Называние предметов и пальцев	0,67	1,69	1,25	0	0,33	0,17
Ориентация	1,37	3,14	1,88	1,3	0	0
Выполнение 5 команд	0,53	1,64	1	0,67	0	0
Идеаторный праксис	0,53	2,27	1,25	0,67	0,17	0
Конструктивный праксис	0,6	1,55	1,38	0,33	0	0,33
Узнавание слов 1	8,7	9,95	8,13	8,3	3,3	4,5
Узнавание слов 2	6,8	9,27	6,13	8,3	2,17	3
Запоминание инструкции к тексту	0,57	2,95	1,13	0	0,5	0
Средний суммарный показатель по когнитивным шкалам	2,12±1,968	3,53±2,47	2,51±1,99	2,16±2,12	0,87±0,84	0,85±0,8

## Литература:

1. Случевская С.Ф. Клинико-эпидемиологическая характеристика и организация медико-социальной помощи психически больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. С-П., 2008. – 28 с.
2. Мишиарин В.Ю., Багаутдинова Н.А., Сиденкова А.П. Распространенность когнитивных расстройств у горожан пожилого возраста: эпидемиологические сведения, полученные при реализации программы межведомственного взаимодействия в городе Нижний Тагил // Уральский медицинский журнал. – 2014. – №07 (121). – С. 11 – 14.
3. Сиденкова А.П., Мишиарин В.Ю., Багаутдинова Н.А. Алгоритмы межведомственного взаимодействия при оказании помощи горожанам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами // Психическое здоровье. – 2016. – Т 14, №2 (117). – С. 13 – 19.
4. Zayas EM, Grossberg GT. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 1:5-10; discussion 11-2. Review.
5. Мякотных В.С., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Березина Д.А. Медицинские, психологические, социальные, гендерные аспекты старения в современной России // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. № 2. С.302-309.
6. Семке А.В., Сиденкова А.П. Анализ распространенности и последствий когнитивных расстройств у лиц старших возрастных групп в Свердловской области // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 20-24.
7. Авербух Е.С. Старение, психотические состояния в старости и старческие психозы. // Труды I Всероссийского съезда невропатологов и психиатров. – М.—1963.—т. 2.—С. 43-49.
8. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Семке А.В. Камплексная диагностика и терапия деменций с бредами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2016. № 1 (90). С. 54-58.
9. Азарков В.А. Развитие геронтологической помощи в Томской области / В.А. Азарков, Л.В. Варанкова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. -2011. - №4(67). - С. 65-68
10. Гиляровский В.А. О патологии процесса инволюции // Журнал неврологии.—1930.—139.— С. 509-546
11. Ковалевский П.И. Психиатрия. Издание 4-е, доп. и перераб.—Харьков.—1890.—432
12. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. Издательство независимой психиатрической ассоциации.—1993.—542 с.
13. Розенберг А.З. Бредовые психозы позднего возраста

- ма. Л. 1939; 149 с.
14. Bleuler M. Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. *Fortschr // Neurol. Psychiat.*—1943.—V. 15.— P. 259.
  15. Janzarik W. Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter // *Nervenarzt.*— 1957.—V. 28.—P. 535
  16. Соколова И.В., Сиденкова А.П. Структурный психопатологический профиль поздних деменций, протекающих с бредом// *Сибирский вестник психиатрии и наркологии.* 2014. № 1 (82). С. 45-49.
  17. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций: дис. На соискание уч.ст.д.м.н. 14.01.06 / Сиденкова Алена Петровна. – Тамск, 2010. – 440 с.
  18. Фёрстл Х. Деменция: Иллюстрированное руководство. – 2-е изд. / Х. Фёрстл, А. Мелике, К. Вайхель. – Москва.: МЕДпресс-информ, 2012. – 111с.
  19. Сиденкова А. П., Соколова И. В. Влияние дефицита когнитивных функций на формирование психотических симптомов при деменциях// *Медицинские науки* №7 - 2014, 781с.
  20. Jost B.C., Grossberg G.T. The evolution of psychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a natural history study // *J Am Geriatr Soc.* 1996, 44(9), 1078-1081.
  21. Lee G., Schafer A.I./ *Goldman's Cecil Medicine// Twenty-Fourth Edition.* – 2012; 27.-P 117-121
  22. Morandi A. et al. Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience// *J Psychosom Res.* 2015 Aug 8. pii: S0022-3999(15)00510-3. doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.010.
  23. Sultzer D., Brown C., Mandelkern M. Delusional Thoughts and Regional Frontal/Temporal Cortex Metabolism in Alzheimer's Disease// *American journal of psychiatry* 2003; 160: 341-349
  24. Мякотных В.С., Березина Д.А., Сиденкова А.П., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Некоторые медико-психологические особенности процесса старения женщин//*Вестник Уральской медицинской академической науки.* 2014. № 1 (47). С. 75-78.
  25. Bassiony MM, Lyketsos CG. Delusions and hallucinations in Alzheimer's disease: a review of the brain decade. *Psychosomatics.* 2003;44:388-401.
  26. Dewing, J. / Special observation and older persons with dementia/delirium: a disappointing literature review // *Int. J. Older People Nurs.*-2013.-Vol.-8(1).-P.19-28.
  27. Tsai M.C. Comparison of consecutive periods of 1-2-, and 3-year mortality of geriatric inpatients with delirium, dementia, and depression in a consultation liaison service / M.C. Tsai, S.Y. Chou, C.S. Tsai, T.H. Hung, J.A. Su // *Int J Psychiatry Med.* – 2013. – Vol. 45 (10). – P. 45-57.
  28. Marx J.A., Hockberger J.A., Marx R.S. *Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice // Eighth Edition.* - 2014. - Chapter 104. - P. 1398-1408.
  29. Vilalta-Franch J., López-Pousa S., Calvó-Perxas L., Garre-Olmo J., Psychosis of Alzheimer Disease: Prevalence Incidence, Persistence, Risk Factors, and Mortality// *American Journal of Geriatric Psychiatry.* - 2013. - Vol. 21 (11). - P 1135-1143.
  30. Almeida OP, Howard RJ, Levy R, et al. Clinical and cognitive diversity of psychotic states arising in late life (late paraphrenia) *Psychol Med.* 1995;25:699-714.
  31. Alici-Evcimen Y, Ertan T, Eker E. Case series with late-onset psychosis hospitalized in a geriatric psychiatry unit in Turkey: experience in 9 years. *Int Psychogeriatr.* 2003; 15:69-72).