

Лейдерман М.В.¹, Сиденкова А.П.²

Когнитивный профиль бредовых психозов позднего возраста

1 - Психиатрическое отделение № 6 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург; 2 - Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральского Государственного Медицинского Университета, г. Екатеринбург

Leyderman M.V., Sidenkova A.P.

Cognitive profile of delusional psychosis later age

Резюме

Актуальность поздних психозов определяется их высокой распространенностью в популяции старших возрастных групп, выраженным дезадаптирующим эффектом на самого пациента и все его окружение, длительным пролонгированным течением, нозологической гетерогенностью, неоднородность психических нарушений, в том числе когнитивных. Проведено бесповторное обсервационное исследование пациентов психиатрического стационара старше 55 лет, причиной госпитализации которых явилось стойкое бредовое состояние. Выявлена нозологическая неоднородность группы исследования, различная чувствительность примененных когнитивных тестов в отношении построения прогноза дальнейшего формирования тяжелой когнитивной болезни.

Ключевые слова: когнитивные особенности психозов позднего возраста, речь, память, гнозис, праксис при поздних психозах, бред в позднем возрасте

Summary

Frequent occurrence in the population later psychoses, inappropriate pronounced effect on the patient and everyone around him for a long, heterogeneity, heterogeneity of mental disorders, including cognitive, explain the relevance of the study of this problem. Conducted an observational survey of repetition-free patients of a psychiatric hospital over 55 years, which was the cause of hospitalization persistent delirium. The results showed heterogeneity of the study group. Revealed different sensitivities applied cognitive tests in relation to the construction of the forecast of the further formation of severe cognitive disease.

Keywords: cognitive features of late-onset psychosis, speech, memory, gnosis, praxis in advanced psychosis, delirium in the elderly

Введение

Высокая встречаемость в общей популяции возраст-специфической психической патологии обусловлена постепенным и неуклонным сдвигом в демографической структуре общества, большим разнообразием психопатологических расстройств, свойственных лицам старших возрастных групп, специфическими факторами риска, способствующими выраженной дезадаптации болеющих.

Среди пациентов пожилого возраста психопатологическая симптоматика наблюдается при многих состояниях [1, 2]. Причины и клинические проявления обычно варьируются в зависимости от основного заболевания. Психопатологическая симптоматика с острым началом, как правило, наблюдается при делирии, обусловленном соматическим заболеванием, при злоупотреблении психоактивными веществами и психозе, вызванном лекарственными препаратами. Хронические и стойкие

психопатологические симптомы являются основным психопатологическим расстройством при шизофрении с поздним началом, составляют ядро синдрома при поздних бредовых и аффективных расстройствах, либо обогащают структуру когнитивных заболеваний, включаясь в нее дополнительными факультативными симптомами [3].

Показатели распространенности психотической симптоматики среди пожилых людей в популяционных выборках колеблются от 0,2 до 4,7% [1]. По литературным данным, встречаемость этих расстройств в особых популяциях (дома престарелых) от 10 до 63% [1]. Отечественные авторы, опираясь на формы статистической отчетности, считают, что 2/3 пациентов старше 60 лет, наблюдающихся в психоневрологических диспансерах, страдают поздними (с началом после 45 лет) бредовыми психозами [2, 4]. Результаты трехлетнего катamnестического исследования психопатологических симптомов в популяционной выборке лиц престарелого возраста

(старше 85 лет) без деменции выявили размах их распространенности в 7,1–13,7% [1].

Отечественные и зарубежные исследователи, изучая проблемы поздних психозов, отмечают многообразие факторов риска их формирования. Высказано предположение о том, что коморбидность патогенных моментов, свойственная позднему возрасту усиливает феноменологическую реализацию этих факторов, осложняя ведение этих пациентов [5]. В перечне причин повышенного риска развития психоза у лиц пожилого возраста указывают возрастное повреждение лобной и височной коры, нейрохимические изменения, связанные со старением, социальную изоляцию, недостаточность органов чувств, к особенности когнитивного функционирования, возрастные фармакокинетические и фармакодинамические изменения, полипрагмазию [1, 6, 7, 8]. Психотическая симптоматика ассоциируется с агрессивным или с дезорганизованным поведением и часто является источником дистресса у лиц, осуществляющих уход за больными [9], может приводить к игнорированию пациентов пожилого возраста и жестокому обращению с ними [10], стойкие симптомы часто приводят к институционализации, которая определяет тяжесть финансового бремени [11].

Психотическая симптоматика, по мнению ряда авторов, часто коррелирует с иными психопатологическими симптомами, с иными медицинскими состояниями, выраженной дезадаптацией пациентов [9,10]. Поэтапный логистический регрессионный анализ показал, что галлюцинации коррелировали с большим депрессивным синдромом, со снижением продуктивности в повседневной жизни и ухудшением зрения. Бредовые идеи коррелировали со снижением продуктивности в повседневной жизни, параноидные идеи — с ухудшением зрения и инфарктом миокарда [12]. Галлюцинации, бредовые идеи и параноидные идеи коррелировали (каждый признак самостоятельно) с увеличением количества новых случаев деменции, возникавшей в возрасте от 85 до 88 лет [12].

Выявлено, что галлюцинации и параноидные идеи коррелировали с повышенной заболеваемостью деменцией и смертностью в течение трех лет недементных пациентов (в течение трех лет) среди женщин, но не среди мужчин [12].

Отдельные исследователи указывают на то, что психотические симптомы в пожилом возрасте могут недооцениваться в традиционных эпидемиологических исследованиях [13]. При этом существует противоположная точка зрения, что уровень идентификации психотических симптомов значительно превышает «узнавание» когнитивных расстройств и часто служит самостоятельной причиной обращения за медицинской помощью [13]. При высоком уровне распространения деменции в популяции и доказанной встречаемости поведенческих и психотических расстройств при этих заболеваниях особое значение приобретает изучение особенностей психоза как потенциально фасадного синдрома деменций.

Исходя из выше указанного важно определить возможные предикторы тяжелой когнитивной болезни или иной нозоспецифичности для разработки стратегического плана ведения каждого отдельного пациента.

В настоящей статье приводятся результаты исследования, целью проведения которого явилось изучение когнитивной структуры бредовых психозов, манифестировавших в позднем возрасте.

Материалы и методы

В настоящее время в ГБУЗ СО «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница» проводится наблюдательное бесповторное выборочное исследование пациентов старших возрастных групп с психозами. В настоящей статье представлены результаты обследования 37 пациентов (35 женщин и 1 мужчины) в возрасте 55-91 год. Критериями включения в изучаемую группу являлось наличие бредовых расстройств. Настоящее исследование проведено с использованием клинического, клинико – психопатологического, психометрического, нейропсихологического, методов. В качестве инструментов исследования применялась «Карта больного с бредовым расстройством», разработанная в соответствии с целью исследования, в структуру которой включены валидизированные нейропсихологические шкалы: «Краткая шкала оценки психического статуса» (MMSE), ADAS-Cog, тест зрительной памяти Бентона, методика кодирования WAIS.

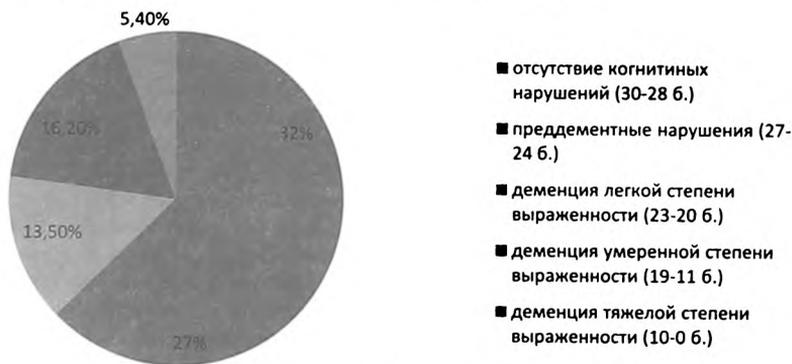


Рисунок 1. Уровень когнитивного функционирования участников исследования.

Результаты и обсуждение

Изучение нозологической принадлежности изучаемых психозов, показало, что в 13,5% случаев (5 чел.) страдали болезнью Альцгеймера, в 5,4% случаев (2 чел.) выявлялась болезнь тельца Леви. У 20 пациентов (54%) подтверждено органическое заболевание головного мозга сосудистого генеза. Шизофрения верифицирована в 18,9% случаях (7 чел.), инволюционная депрессия и рекуррентное депрессивное расстройство с бредовой фабулой конгруэнтной аффекту диагностирована у 3 больных (8,1%).

Распределение пациентов-участников исследования по когнитивному статусу представлено графически (Рис.1)

Сопоставление уровня когнитивного функционирования с нозологической природой расстройства показало, что в средний показатель MMSE у пациентов, страдающих болезнью Альцгеймера, в среднем по группе составил 14 баллов с колебаниями от умеренной до тяжелой деменции. Средние показатели интеллектуального функционирования среди лиц с болезнью тельца Леви оценены в 17 баллов (от легкой до умеренной деменции). При сосудисто-органическом поражении головного мозга средний балл MMSE составил 24, при этом в группу исследования вошли пациенты как в отсутствии когнитивного снижения, так и разной выраженностью деменции – до умеренной степени включительно. У пациентов с шизофренией показатели когнитивных функций находились в диапазоне от предметных нарушений до нормального функционирования и составили в среднем 27 баллов по шкале MMSE. Лица, страдавшие аффективными расстройствами, демонстрировали отсутствие тяжелых когнитивных расстройств, средний балл в данной подгруппе 27.

Изучение зрительной ретенции и качества пространственного восприятия проводилось с использованием теста Бентона, являющегося экспериментальной методикой исследования памяти по репродукции предъявляемых больному геометрических фигур. Выявлено, что худшие показатели по этой методике получены у больных альцгеймеровской деменцией, высказывавших бредовые идеи (4,2 б.), пациенты, страдавшие болезнью тельца Леви, в среднем набрали 5 баллов по данной методике, в подгруппе лиц с сосудисто-органическим поражением головного мозга средний балл составил 7,9, при инволюционной депрессии и рекуррентном депрессивном расстройстве 9,6 баллов, при поздней шизофрении 10,8 баллов, при этом средние возрастные нормы при выполнении данной методике д.б. в диапазоне 12-15 б..

Исследование внимания и зрительного гнозиса проводилось с помощью методики «Кодирования WAIS (Wechsler Adult Intelligence Scale)», в процессе выполнения теста испытуемым предлагалась замена цифрового ряда символами. Результаты, представленные в порядке нарастания качества ответов: худшие результаты показаны носителями болезненных идей с ДТЛ (5,5 б.), с альцгеймеровской деменцией (8,4 б.), сосудисто-органическим заболеванием головного мозга (17,4 б.), инволюционной

депрессией и рекуррентным депрессивным расстройством (30,6 б.), шизофренией (38 б.).

Номинативная функция речи пациентов с бредовыми расстройствами изучалась в структуре батареи тестов методики ADAS-Cog, наибольшие нарушения выявлены у пациентов подгруппы альцгеймеровской деменции (2,8 б.) и деменции с тельцами Леви (2 б.), при сосудисто-органическом заболевании головного мозга показатель составил 0,47 баллов, при инволюционных и рекуррентных депрессиях 0,33 балла, при шизофрении 0,28 баллов.

Исследование качества кратковременной вербальной памяти показало большее поражение этой функции в подгруппе больных с альцгеймеровской деменцией (7,3 б.), при ДТЛ – 6,3 балла, при сосудисто-органическом заболевании ЦНС – 4,9 баллов, шизофрении – 3,4 балла, при инволюционной депрессии и рекуррентном аффективном расстройстве – 3,33 балла.

Понимание речи собеседника и предлагаемых инструкций выявило отсутствие патологических изменений у пациентов с шизофренией, инволюционной депрессией и аффективным расстройством, пациенты с болезнью Альцгеймера (2,4 б.), деменцией с тельцами Леви (2,5 б.), сосудисто-органическим поражением ЦНС (0,3 б.) показали значительные отклонения от нормы при выполнении этого теста.

Анализ качества выполнения проб на изучение идеаторного и конструктивного праксиса, выявил наибольшее страдание данных функций у пациентов с альцгеймеровской деменцией (2,8/2,6.) и ДТЛ (2,5/2 б.), при сосудисто-органическом заболевании ЦНС соответствующие показатели составили 0,4/0,65 баллов, при аффективных расстройствах – 0/0,66 баллов. У пациентов с шизофренией нарушений праксиса не выявлено.

Выполнение задания на узнавания слов показало худшие результаты у лиц, страдающих ДТЛ (12 б.), при болезни Альцгеймера средний балл в подгруппе составил 11,1, при сосудисто-органическом поражении ЦНС – 5,9 баллов, при инволюционной депрессии и аффективном рекуррентном расстройстве – 4 баллов, при шизофрении 2,3 балла.

Соотношение показателей по различным нозологиям при выполнении указанных заданий представлено в таблице 1.

При условии, что результат выполнения любого теста, выполненного пациентом с болезнью Альцгеймера принят за условную 1, то соотношение «другая нозология/болезнь Альцгеймера» представлено в соответствующих ячейках таблицы 1. С 3-ей строки чем меньше показатель в ячейке, тем качество выполнения тестов выше, то есть соответствующая функция менее поражена.

Значимые различия получены между полярными результатами при выполнении методик «Кодирование по WAIS», «Называние предметов и пальцев», «Идеаторный праксис», «Конструктивный праксис», «Узнавание слов» пациентами с различной нозологией в подгруппах с деменцией и ее отсутствием, что позволяет сделать предварительное предположение о возможной чувствительности этих методик на раннем додементном этапе

Таблица 1. Соотношение результатов нейропсихологических тестов у пациентов с разной нозологической принадлежностью поздних бредовых психозов.

| Наименование теста | Болезнь Альцгеймера | Деменция с тельцами Леви | Сосудисто-органическое поражение ЦНС | Шизофрения | Инволюционные депрессии и рекуррентное аффективное расстройство |
|--|---------------------|--------------------------|--------------------------------------|------------|---|
| MMSE | 1 | 1,2 | 1,7 | 1,95 | 1,98 |
| Кодирование по WAIS | 1 | 0,65 | 2,06 | 4,5 | 3,6 |
| Тест зрительной памяти Бентона | 1 | 1,19 | 1,9 | 2,5 | 2,28 |
| Называние предметов и пальцев | 1 | 0,71 | 0,17 | 0,1 | 0,12 |
| Запоминание и воспроизведение слов | 1 | 0,86 | 0,675 | 0,476 | 0,457 |
| Выполнение команд (оценка понимания обращенной речи) | 1 | 1,04 | 0,125 | 0 | 0 |
| Идеаторный праксис | 1 | 0,89 | 0,14 | 0 | 0 |
| Конструктивный праксис | 1 | 0,77 | 0,25 | 0 | 0,256 |
| Узнавание слов | 1 | 1,08 | 0,55 | 0,2 | 0,36 |

диагностики и прогнозировать формирование тяжелого когнитивного снижения при формально сохранных показателях скрининговых когнитивных шкал.

Заключение

Таким образом, проведенное исследование показало неоднородность нозологической принадлежности группы пациентов старших возрастных групп, объединенных по дименциональному признаку – хронические бредовые идеи. Подтверждены ожидаемые различия в когнитивном функционировании пациентов с поздними хроническими бредовыми психозами, сформированными при разных психиатрических состояниях. Предварительные результаты сравнительного анализа отдельных когнитивных

функций позволяют прогнозировать особую чувствительность отдельных методов нейрокогнитивного исследования для нозологической верификации додементных форм тяжелых когнитивных расстройств. ■

Лейдерман М.В., ведущий психиатрическим отделением № 6 Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Свердловской области «Свердловская областная клиническая психиатрическая больница», г. Екатеринбург; Сиденкова А.П., доцент кафедры психиатрии, наркологии и психотерапии ФПК и ПП Уральского Государственного Медицинского Университета, г. Екатеринбург; Автор, ответственный за переписку – Сиденкова А.П., sidenkovs@mail.ru

Литература:

1. Tariot, P.N., Salzman, C., Yeung, P.P. Long-term use of quetiapine in elderly patients with psychotic disorders// *Clinical Therapeutics*, 2012, 1068–1084.
2. Гаврилова С.И. Руководство по гериатрической психиатрии. М.: Пульс, 2014.-384с.
3. Svantner I., Skoog R. Psychotic Symptoms and Paranoid Ideation in a Nondemented Population-Based Sample of the Very Old// *Archives of General Psychiatry* 2002; 59:53–59
4. Тутер Л.С. Бредовые и галлюциаторно-бредовые психозы у пациентов пожилого возраста (особенности клиники и лечения): автореферат дис. – к.м.н. – Москва, 2012.- 22 с.
5. Twamley E., Doshi R., Nayak M. Generalized Cognitive Impairments, Ability to Perform Everyday Tasks, and Level of Independence in Community Living Situations of Older Patients With Psychosis// *American Journal of Psychiatry* 2009; 176: 389–395
6. Gupta S., Steinmeyer C., Frank B., Lentz B., Schultz K. Older Patients With Schizophrenia: Nature of Dwelling Status and Symptom Severity// *American Journal of Psychiatry* 2003; 160: 383–388
7. Сиденкова А.П. Когнитивные расстройства позднего возраста – актуальная медицинская, социальная, психологическая проблема современности// *Уральский медицинский журнал* 2010. ч. 9. С. 6-9.
8. Susan A. Ropacki, Ph.D.; Dilip V. Jeste, M.D. Epidemiology of and Risk Factors for Psychosis of Alzheimer's Disease: A Review of 55 Studies Published From 1990 to 2003// *American Journal of Psychiatry* 2005; 162: 2025–2030
9. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций/ автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук Томск, 2010
10. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста// *Российский психиатрический журнал*-2009.- ч.1. С.44-49.
11. Казаковцев Б.А., Поташева А.П., Сиденкова А.П. Бригадные формы оказания психиатрической помощи в Российской Федерации// *Психическое здоровье*. 2006. ч. 1. С. 15.
12. 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
13. Сиденкова А.П. Психосоциальная модель поздних деменций/ Дис.на соискание учстд.м.н. Томск, 2010.