

© Н.А. Тювина, Л.С. Тутер, 2011
УДК 616.89-008.42-008.452(045)

Для корреспонденции

Тутер Людмила Сергеевна – врач-психиатр клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Адрес: 119435, г. Москва, ул. Россолимо, д. 11, стр. 9
Телефон: (499) 255-30-81
E-mail: ludaimila@mail.ru

Н.А. Тювина¹, Л.С. Тутер²

Клинические особенности бредовых и галлюцинаторно-бредовых инволюционных психозов

Clinical features of delusional and hallucinatory-delusional involutional psychoses

N.A. Tyuvina¹, L.S. Tuter²

The paper reviews senile functional psychoses in terms of premorbid personality features of patients, family history, the impact of various psychosocial factors on the emergence and progression of disease as well as specific features of their clinical presentation, course, therapy and prognosis. The patients were divided into two groups according to clinical features of psychosis. Patients assigned to the first group were suffering from psychoses with only delusional symptoms. The second group comprised patients with a combination of hallucinatory and delusional disturbances. It was found that in order to bring delusional symptoms under control it is expedient to use atypical neuroleptics in conjunction with new-generation antidepressant medications that fail to cause inversion of affect and exacerbation of psychotic symptoms. Psychoses with hallucinatory-delusional symptoms are best treated with a combination of both typical and atypical antipsychotics and tranquilizers.

Key words: senile psychoses, delusion, hallucinations, premorbid state, heredity

¹ ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

² Клиника психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

¹ I.M. Sechenov First Moscow Medical University

² S.S. Korsakov Clinic of Psychiatry at the University Clinical Hospital N 3 of I.M. Sechenov First Moscow Medical University

В статье рассмотрены функциональные психозы позднего возраста с точки зрения преморбидных особенностей личности пациентов, семейного анамнеза, влияния различных психосоциальных факторов на возникновение и течение заболевания, а также особенности их клинической картины, течения, терапии и прогноза. Больные разделялись по клиническим особенностям психоза на 2 группы. К 1-й группе были отнесены пациенты, страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во 2-ю группу вошли пациенты с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. Установлено, что для купирования бредового психоза целесообразно применять атипичные нейролептики в сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящими к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики. Для лечения психоза с галлюцинаторно-бредовой симптоматикой эффективно использование как типичных, так и атипичных нейролептиков в сочетании с транквилизаторами.

Ключевые слова: психозы позднего возраста, бред, галлюцинации, преморбид, наследственность

Функциональные психозы позднего возраста – психические заболевания, возникновение которых связано с процессами старения, характеризуются манифестацией в позднем возрастном периоде и отсутствием тенденции к развитию органической деменции даже при длительном течении. В зависимости от преобладания тех или иных психопатологических расстройств различают аффективные (инволюционная депрессия) и бредовые формы (инволюционный параноид) инволюционных психозов.

В связи с расхождениями взглядов по вопросу объема и границ инволюционных параноидов, а следовательно, и на их диагностику, достоверных данных об их распространенности нет. Доля инволюционных параноидов среди всех бредовых психозов позднего возраста колеблется в широких пределах – от 1,8 до 40% [1].

Особенности бредовых и галлюцинаторных психозов пожилого возраста были отмечены еще психиатрами XIX [4, 13] и XX вв. [2, 3, 5, 7, 12]. Однако в процессе изучения объем и границы этих психозов то максимально расширялись, то значительно сужались. И до настоящего времени существуют диаметрально противоположные точки зрения на правомерность их выделения.

В мире существовало две точки зрения на психозы, дебютирующие в пожилом возрасте. Сторонники одной не считали инволюционные бредовые психозы самостоятельным заболеванием, а связывали их с иными патологическими процессами (гормональными изменениями в климактерии [7, 11, 12], органическим заболеванием головного мозга [3, 4], поздней шизофренией [8, 9, 13]). Сторонники другой считали их самостоятельным заболеванием переходного (инволюционного) периода от зрелости к старости [1, 7, 10]. В МКБ-9 такие состояния были отнесены к отдельной группе «Инволюционное параноидное состояние: 297.21 Инволюционный параноид, 297.29 Поздняя (старческая) парафрения».

В современной Международной классификации болезней (МКБ-10) такие состояния квалифицируются, как: F22.0 (бредовое расстройство как вариант хронического бредового расстройства) – в тех случаях, когда клиническая картина проявляется систематизированными бредовыми расстройствами обыденного содержания, в том числе в сочетании с элементарными слуховыми или зрительными галлюцинациями; F22.8 (другие хронические бредовые расстройства) – в случае наличия вербального галлюциноза некомментирующего характера, в том числе F22.81 (инволюционный параноид); F23 (острые и преходящие психотические расстройства) – при остром начале (2 нед и менее) психотических симптомов, таких, как бред и галлюцинации, и тяжелом нарушении обычного поведения.

Однако, несмотря на наличие специфических, присущих только психозам позднего возраста критериев выделения и большое число публикаций, ряд аспектов проблемы остается недостаточно изученным. Очевидна необходимость более широкого и углубленного исследования таких вопросов, как преморбидные особенности личности, семейный анамнез, влияние различных психосоциальных и биологических факторов на возникновение и течение заболевания, особенности клиники, течения, терапии и прогноза инволюционных бредовых психозов.

Целью настоящего исследования является изучение клинической картины, течения и прогноза галлюцинаторно-бредового и бредового психоза у пациентов пожилого возраста.

Материал и методы

В исследовании использовались клинический и клинико-катамнестический методы. Была разработана специальная карта обследования, в которую вошли подробные данные анамнеза жизни пациента, его заболевания, психического состояния в динамике на протяжении всей болезни, в том числе на фоне проводимой терапии. Результаты лечения оценивались по шкале общего клинического впечатления в начале курса и в конечной точке.

Для исключения соматической и неврологической патологии больные осматривались терапевтом и неврологом, проводились необходимые дополнительные методы обследования (анализы крови, ЭЭГ, ЭКГ, КТ, МРТ). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ Statistica 6.0.

В исследование включали пациентов с галлюцинаторно-бредовым и бредовым психозами, возникшими в возрасте после 50 лет. Необходимым условием также являлось отсутствие клинически очерченных психических расстройств в анамнезе. Не включались пациенты с установленным диагнозом шизофрении и пациенты, начало заболевания у которых имело отчетливую связь с органическим поражением головного мозга, таким, как объемные образования, последствия черепно-мозговых травм, инсульты.

Материал исследования составили 83 человека, из них 30 мужчин и 53 женщины. Изначально больные разделялись по клиническим особенностям психоза на 2 группы. К 1-й группе были отнесены пациенты (46 человек), страдающие психозами только с бредовой симптоматикой. Во 2-ю группу вошли 37 пациентов с сочетанием галлюцинаторных и бредовых нарушений. В 1-й группе женщины составили 70% (32 человека) и мужчины 30% (14 человек). Во 2-й группе женщины также преобладали, но незначительно (57%).

Обследованные больные 1-й и 2-й групп достоверно не отличались по среднему возрасту начала заболевания (в 1-й группе – $56,4 \pm 2,3$ года, во 2-й – $58,7 \pm 3,5$ года) и среднему возрасту на момент обращения к врачу ($60,6 \pm 3,3$ и $59,9 \pm 3,4$ года соответственно), хотя у большинства пациентов 1-й группы заболевание начиналось несколько раньше, а обращались они за помощью соответственно позднее, чем во 2-й группе. В связи с этим средняя длительность временного периода от начала заболевания до поступления в стационар в 1-й группе достоверно больше ($4,4 \pm 0,3$ года), чем во 2-й ($1,2 \pm 0,2$ года), что можно объяснить различной остротой начала заболевания и разной тяжестью симптоматики.

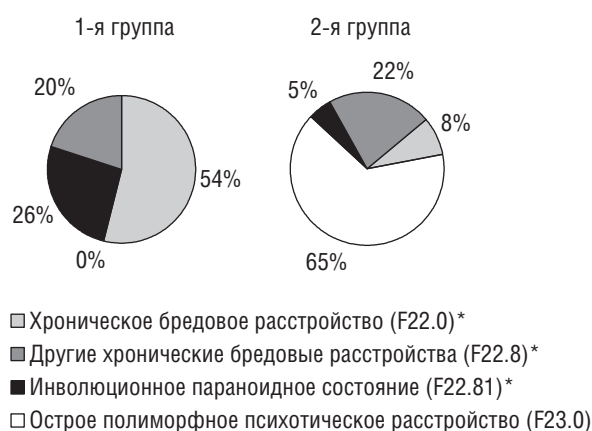


Рис. 1. Характеристика групп по диагнозам МКБ-10

* – здесь и на рис. 2–8 $p < 0,05$.

Диагноз у всех больных был установлен до начала исследования врачами-психиатрами клиники им. С.С. Корсакова или других психиатрических учреждений в соответствии с критериями МКБ-10.

По нозологической принадлежности изученные состояния в группах распределились следующим образом: F22.0 – хроническое бредовое расстройство (54 и 8% соответственно), F22.8 – другие хронические бредовые расстройства (не встречались в 1-й группе, но 65% во 2-й), F22.81 – инволюционное параноидное состояние (26 и 5% соответственно), F23.0 – острое полиморфное психотическое расстройство (20 и 22%) (рис. 1).

Обращает на себя внимание тот факт, что в 1-й группе преобладали больные с диагнозами «хроническое бредовое расстройство» и «инволюционный параноид», в то время как во 2-й группе более половины больных оказались с нечетким диагнозом «другие хронические бредовые расстройства».

Обследованные группы больных отличались также по наследственной отягощенности психическими заболеваниями. У большинства пациентов 1-й группы (69%) наследственность была отягощена психическим заболеванием, причем у 39% преобладала аффективная патология. Во 2-й группе, напротив,

у 76% больных не было выявлено наследственной отягощенности, а оставшиеся 24% распределились следующим образом: 13% – личностные особенности (замкнутость и эмоциональная холодность), 5% – шизофрения, 3% – алкоголизм и 3% – аффективные нарушения (рис. 2).

В преморбиде у 73% пациентов 1-й группы отмечались стенические черты характера: социальная активность, общительность, бескомпромиссность, прямолинейность, правдолюбие, ригидность, аккуратность, пунктуальность, исполнительность и излишняя требовательность к себе и окружающим. Во 2-й группе больных с галлюцинаторно-бредовым синдромом у 35% обследованных особенностей характера выявлено не было, у 27% в преморбиде встречались шизоидные черты характера, такие как замкнутость, отгороженность, чуждаковость, в 22% случаев наблюдались стенические черты и в 16% – тревожно-мнительные.

Обследованные группы отличались также по уровню образования. В 1-й группе достоверно выше уровень образования. Пациенты имели высшее (77%) и среднее (23%) образование, тогда как во 2-й группе большое количество пациентов было с незаконченным высшим (35%) и средним (24%) образованием.

В социальном плане более адаптированными до начала заболевания были пациенты 1-й группы: 47% занимались квалифицированной работой, несмотря на пенсионный возраст. Во 2-й группе неработающие составили 78% в силу утраты трудоспособности. Процент инвалидизированных пациентов достоверно не отличался (24 и 11%) в силу того, что многие не оформляли инвалидность в связи с получением пенсии по возрасту (рис. 3).

Более адаптированными в семейном плане также были пациенты с бредовыми расстройствами. На момент обследования 57% состояли в браке, в то время как во 2-й группе 53% были разведены (рис. 4). Никогда не состояла в браке только одна пациентка 2-й группы, что выгодно отличает обследованных больных от больных шизофренией, где, по данным литературы [6], около 50% больных вообще не вступают в брак и не живут половой жизнью.

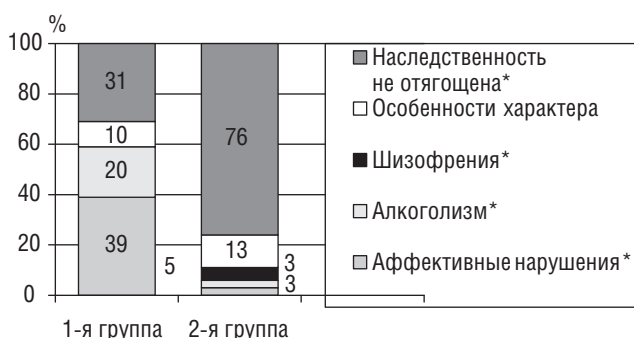


Рис. 2. Характеристика групп по отягощенной наследственности



Рис. 3. Характеристика групп по социальному положению

У большинства больных 2-й группы (65%) и у 44% больных в 1-й не было выявлено никаких психических расстройств в анамнезе. А из выявленных нарушений 1-ю группу пациентов отличало наличие преимущественно психогенных реакций – у 48% пациентов, 2-ю – ипохондрическая симптоматика (22%). Однако по поводу этих нарушений больные не обращались к психиатру; если принимали психотропные препараты, то только по назначению врачей общесоматической практики или по совету родственников.

При анализе факторов, предшествующих началу заболевания, было установлено, что во 2-й группе болезнь в 70% случаев начиналась спонтанно, без соответствующих триггерных факторов. В 1-й группе у 63% больных выявлено наличие психотравмирующих ситуаций, провоцировавших начало заболевания: судебные процессы (22%), смерть или болезнь близких (17%), выход на пенсию (13%), развод или семейные конфликты (11%). Характерным являлось наличие многочисленных судебных разбирательств и семейных конфликтов, связанных с решением квартирных вопросов, которые впоследствии отражались в клинической картине самого заболевания (рис. 5).

Несмотря на наличие бредовой симптоматики у пациентов обеих групп, распределение по фабулам бреда было неодинаковым. В группе больных с бредовым синдромом большую часть (59%) составил бред ущерба и связанные с ним идеи отравления и преследования. В группе с галлюцинаторно-бредовым синдромом 46% занимал бред колдовства и порчи. Среди обманов восприятия в основном присутствовали вкусовые (30%) и обонятельные (27%) галлюцинации, несколько меньше тактильные (22%), в отличие от шизофрении, где преобладают вербальные обманы восприятия, реже – зрительные (рис. 6).

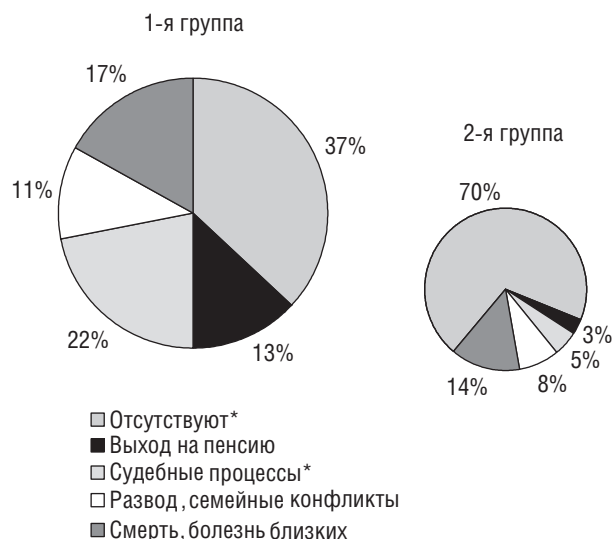


Рис. 5. Характеристика групп по триггерным факторам

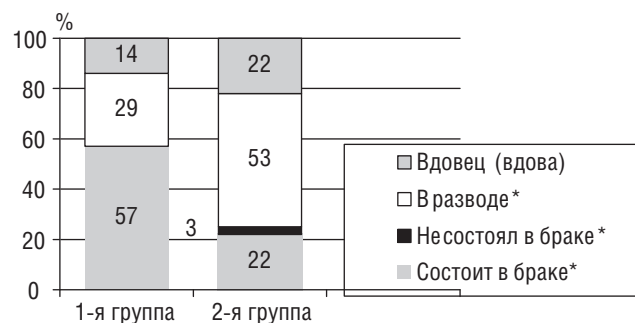


Рис. 4. Характеристика групп по семейному статусу

Особенностью современных бредовых фабул являются идеи, связанные с оформлением собственности, в том числе квартир, в сочетании с бредом преследования лицами других национальностей. Расширилась тематика бреда, связанного с магией, порчей, колдовством, что в принципе актуально для всего общества.

Лечение больным назначалось в соответствии с общепринятыми подходами в зависимости от ведущего синдрома и тяжести заболевания. Были установлены наиболее часто и эффективно применяемые препараты. Наиболее эффективным для больных 1-й группы оказалось лечение атипичными

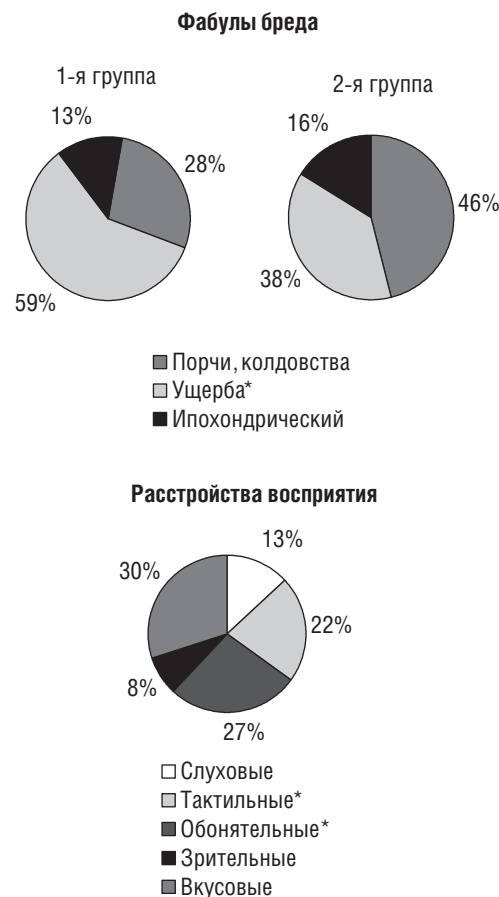


Рис. 6. Характеристика групп по клинической картине

нейролептиками (рисперидон) в малых и средних дозах в сочетании с антидепрессантами последних поколений (азафен, тианептин). Во 2-й группе чаще применялись типичные нейролептики (галоперидол, клозапин), особенно для купирования острых состояний. Значительно чаще использовались транквилизаторы (диазепам, феназепам) либо в качестве снотворного препарата, либо для усиления действия атипичных нейролептиков. Антидепрессанты использовались редко, в основном трициклические, с седативным эффектом (рис. 7).

Эффективность лечения оценивалась клинически, путем сравнения состояния больных на исходном этапе и при выписке из стационара – с помощью шкалы общего клинического впечатления. На исходном этапе можно видеть различия между 1-й и 2-й группами в тяжести состояния – во 2-й группе 78% пациентов было с выраженной степенью тяжести (в 1-й соответственно – 30%). Однако обращает на себя внимание, что результат лечения во 2-й группе лучше – 32% выздоровевших, больше больных с полной ремиссией, тогда как при бредовом синдроме в 80% случаев остается бредовая

настороженность, отсутствует критика к перенесенному состоянию и существует большая вероятность развития рецидивов (рис. 8).

Результаты и обсуждение

В процессе исследования психозов инволюционного периода были выявлены две группы расстройств: первая характеризовалась преимущественно бредовой симптоматикой, вторая – сочетанием галлюцинаций и бреда. Для того и другого варианта характерно начало заболевания в позднем возрасте при отсутствии в преморбиде выраженных психических нарушений. Больные до заболевания были достаточно адаптированы в социальном и семейном плане, сохраняли трудоспособность.

Клиническая картина заболевания характеризовалась бредом малого размаха, отличающимся конкретным обыденным содержанием, отсутствовали элементы синдрома Кандинского–Клерамбо и негативная симптоматика.

Помимо общих признаков каждая из выделенных групп имела свои клинические особенности. Бредовый психоз в большей степени напоминает классический инволюционный параноид и отличается характерным преморбидом со стеническими чертами, большим уровнем социальной и семейной адаптации, наличием в преморбиде преимущественно кратковременных депрессивных реакций и эпизодов. Заболевание чаще развивается постепенно, с длительным инициальным периодом и типичной клинической картиной с бредом малого размаха, преимущественно ущерба в сочетании с идеями преследования и отравления. Бредовый психоз характеризуется более длительным течением, формированием неполной ремиссии с отсутствием критики к перенесенному состоянию и возможностью актуализации бреда при наличии соответствующей ситуации.

Для галлюцинаторно-бредового психоза свойственно отсутствие в большинстве случаев характерных преморбидных особенностей, наличие в преморбиде психопатологических нарушений ипохондрического плана, более низкого уровня социальной и семейной адаптации. Заболевание чаще начинается спонтанно, остро и проявляется сочетанием галлюцинаций (обонятельных, вкусовых, тактильных, зрительных и слуховых) и бредовых идей (порча, колдовство).

Течение галлюцинаторно-бредового психоза отличается большей остротой, довольно четкой очерченностью приступов, формированием достаточно качественной ремиссии, в том числе полной. Возможны повторные психотические эпизоды, возникающие чаще спонтанно.

Для купирования бредового психоза целесообразно применение атипичных нейролептиков в

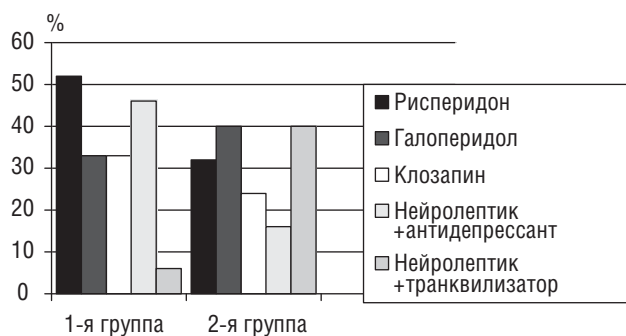


Рис. 7. Лечение



Рис. 8. Категории шкалы CGI-S на исходном этапе и в конечной точке



Н.А. Тювина, Л.С. Тютер

сочетании с антидепрессантами последних поколений, не приводящими к инверсии аффекта и обострению психотической симптоматики. При лечении психоза с галлюцинаторно-бредовой симп-

томатикой в зависимости от тяжести состояния эффективно использование как типичных, так и атипичных нейролептиков в сочетании с транквилизаторами.

Сведения об авторах

Тювина Нина Аркадьевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии и медицинской психологии ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»
Тютер Людмила Сергеевна – врач-психиатр Клиники психиатрии им. С.С. Корсакова Университетской клинической больницы № 3 ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова»

E-mail: ludaimila@mail.ru

Литература

1. *Авербух Е.С.* Старение, психотические состояния в старости и старческие психозы. // Труды I Всерос. съезда невропатологов и психиатров. – М., 1963. – Т. 2. – С. 43–49.
2. *Ганнушкин П.Б.* Острая паранойя. Клиническая сторона вопроса: Дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1904. – 250 с.
3. *Гиляровский В.А.* О патологии процесса инволюции // Журн. неврологии. – 1930. – Т. 139. – С. 509–546.
4. *Ковалевский П.И.* Психиатрия: 4-е изд., доп. и перераб. – Харьков, 1890. – 432 с.
5. *Снежневский А.В.* О злокачественной форме пресенильных психозов // Труды ЦИП. – М., 1941. – С. 223–254.
6. *Тювина Н.А.* Клинические особенности предменструального синдрома при основных психических заболеваниях: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1983. – 231 с.
7. *Albrecht P.* Die funktionellen Psychosen des Rückbildungsalters // Z. Neurol. Psychiatr. – 1914. – Bd. 22. – S. 306.
8. *Bleuler M.* Die spatschizophrenen Krankheitsbilder // Fortschr. Neurol. Psychiatr. – 1943. – Bd. 15. – S. 259.
9. *Janzarik W.* Zur Problematik schizophrener Psychosen im höheren Lebensalter // Nervenarzt. – 1957. – Bd. 28. – S. 535.
10. *Gruhle H.W.Z.* Der Einfluss des Alters auf den Aufbau seelischer Störungen // Zschr. Alternsforsch. – 1939. – Bd. 3. – S. 209.
11. *Kehrer F.* Die krankhaften psychischen Störungen der Rückbildungssjahre vom klinischen Standpunkt // Z. Neurol. Psychiatr. – 1939. – Bd. 167. – S. 35.
12. *Kleist K.* Berichte über endogene Verblodungen // Allg. Z. Psychiatr. – 1919. – Bd. 75. – S. 242.
13. *Seglas J.* Les psychoses seniles et tardives // Progr. Med. – 1888. – Vol. VIII. – P. 43.

