

# КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

В.М. Вяткина

10.7256/2070-8955.2013.01.10

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКАЯ СТРУКТУРА МАНИФЕСТНЫХ ЭНДОГЕННЫХ ПРИСТУПОВ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

**Аннотация:** Целью данной работы стало изучение психопатологических особенностей эндогенных психозов, манифестировавших после 45 лет, у 75 больных. Предметом исследования стала группа пациентов (75 человек) с наличием эндогенных психозов, манифестировавших после 45 лет.

В качестве результатов статьи в ней были выделены и проанализированы 3 основных синдрома поздних манифестных психозов: аффективно-бредовой, галлюцинаторно-бредовой, бредовой. Полученные данные совпадают с выводами Н.Г. Романовой, Т.И. Ростовцевой при изучении поздней шизофрении о том, что основным клиническим расстройством галлюцинаторно-бредового синдрома является вербальный галлюциноз.

Рассмотренные картины вариантов развития психопатологических синдромов различаются не только по механизму бредообразования, но и отражают различный уровень расстройств в психозе.

Единая фабула бредовых переживаний для всех синдромов свидетельствует в пользу возрастной закономерности, которая заключается в ценности для больных позднего возраста сохранения достигнутого ими благополучия, соматического состояния.

Практическая ценность данной статьи заключается в том, что практическим путем был подтвержден факт значимого влияния возрастных сосудисто-атрофических процессов головного мозга на провокацию манифестации эндогенного процесса для формирования всех синдромокомплексов. Также отсутствие зависимости вариантов развития синдромов от возраста больных к моменту манифестации психоза даёт основание утверждать о значимости, прежде всего, преморбидных особенностей пациентов для проявления синдрома.

**Ключевые слова:** психиатрия, психоз, синдром, паранойя, галлюциноз, невроз, инволюция, аффект, параноид, суб-ступор.

### Введение

В силу возрастного фактора, случаи манифестных эндогенных психозов старости почти до второй половины XX века были немногочисленны. Тем не менее, уже в конце XIX в. французские авторы (М. Seglas, 1888, V. Magnan, 1893) отмечали возможность развития в инволюционном возрасте различных форм помешательства, встречающихся и в молодом возрасте. В 1873 г. Wille выделял аффективные, бредовые и галлюцинаторные психозы, впервые возникающие в пожилом возрасте, но протекающие без интеллектуального дефицита. В 1889 г. E. Furstner ввёл в классификацию психических заболеваний позднего возраста понятие «функциональные психозы», тем самым, отграничив их от дементных форм психозов старости. E. Kraepelin, в процессе формирования нозологической концепции эндогенных

психозов, сопоставил психозы, впервые возникающие в старости, с явлениями возрастной инволюции<sup>1</sup>.

С увеличением продолжительности жизни населения возросло количество случаев манифестных эндоформных психозов позднего возраста. При их изучении были отмечены характерные особенности клинической картины, которые проявляются в малом размахе бредовых идей с конкретностью и правдоподобностью содержания, преобладанием тем ущерба и их привязанности к месту жительства и ближайшему окружению больного, сочетание идей персикаторно-го содержания с эротическими. Выявлено преоблада-

<sup>1</sup> См.: Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. Т. 1. М., 1910. С. 218-219; Крепелин Э. Клиническая психиатрия. Учебник для врачей и студентов. Т. 2. М., 1912. С. 399-400; Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Т. 1. М., 1923. С. 80-81.

ние истинных вербальных, зрительных и тактильных галлюцинаций над псевдогаллюцинациями, большая представленность тревожно-ипохондрических переживаний, часто утяжеляющихся в своём развитии до синдрома Катара, фрагментарность и незавершённость синдрома Кандинского-Клерамбо и кататонических расстройств. Характерно отсутствие явного шизофренического и органического дефекта психики<sup>2</sup>.

Психопатологическое разнообразие проявлений манифестных эндогенных психозов возраста обратного развития послужило основой для различного подхода их нозологической оценки.

Выделяя функциональные психозы позднего возраста с позиций самостоятельных поздних параноидов, описано три их психопатологических варианта: интерпретативный (бредовой), галлюцинаторный (галлюцинаторно-бредовой), бредовой с идеями физического воздействия (близок к картине галлюцинаторного варианта). А.В. Снежневский поздние параноиды, отражающие влияние инволюционного возраста, рассматривал как крайние варианты шизофрении<sup>3</sup>.

В независимости от нозологической оценки манифестных эндогенных психозов позднего возраста очевидно, что различная степень «вклада» преморбидных особенностей личности пациентов, а так же процессы старения в виде сосудистых и атрофических изменений головного мозга у этих больных и обуславливают психопатологическое разнообразие этих психозов, что, в свою очередь, и определяет диагностические трудности нозологической позиции.

Исследования манифестных эндогенных психозов позднего возраста проводились преимущественно в 60-70 годы прошлого века и ограничивались рамками одной нозологической позиции: поздним параноидом или, в большей степени, поздней шизофренией. Единый подход к изучению эндогенных манифестных психозов позднего возраста ранее не проводился.

Сохраняющиеся различия во взглядах на природу манифестных эндогенных психозов возраста инволюции наряду с ростом числа пожилых и старых людей в большинстве стран мира, ограниченность этих исследований в прошлом анализом каждой из нозоло-

гических позиций отдельно с преимущественным изучением в рамках поздней шизофрении и определяют необходимость дальнейших исследований в этом направлении.

Руководствуясь вышесказанным, в нашем исследовании проведён анализ психопатологической структуры манифестных эндогенных психозов позднего возраста без подразделения их на нозологические формы.

### *Материалы и методы исследования*

В обследование были включены пациенты, у которых острое психотическое состояние эндогенного генеза дебютировало в возрасте 45 лет и старше, с формированием возрастных групп: 45-59 лет, 60-74 лет, 75 лет и старше. Не включались в исследование пациенты с признаками выраженного сосудисто-органического слабоумия, а так же с реактивными, соматогенными и другими психозами.

Всего было обследовано 75 пациентов (11 мужчин и 64 женщины) в возрасте от 47 до 81 года.

Работа выполнена клинико-психопатологическим методом. С учётом возрастных особенностей, все пациенты были обследованы терапевтом, неврологом, окулистом. Проводились параклинические исследования, включая КТ головного мозга. Данные клинического обследования дополнялись сведениями из амбулаторных карт, объективными сведениями со стороны родственников.

Предварительный анализ психопатологической структуры исследованного клинического материала позволил выделить три основных синдромальных варианта поздних психозов:

- А) аффективно-бредовые
- Б) галлюцинаторно-бредовые
- В) бредовые

Начало развития аффективно-бредового синдрома характеризовалось возникновением стойкого снижения настроения, после чего уже присоединялись бредовые расстройства, как интерпретативного, так и чувственного характера, по содержанию конгруэнтные аффекту.

Развитие галлюцинаторно-бредового симптомокомплекса начиналось либо с возникновения истинного вербального галлюциноза неприятного содержания, либо — интерпретативного бреда ущербного содержания, после чего в обоих случаях происходило снижение аффекта. При первом варианте развития синдрома, к истинному вербальному галлюцинозу присоединялся интерпретативный бред, соответствующий содержанию галлюциноза. Во втором варианте,

<sup>2</sup> Романова Н.Г. К клинике поздней шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1964; Медведев А.В. Галлюцинаторные расстройства при поздних психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 9. С. 62-66; Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977. С. 99-102; Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. С. 162-166.

<sup>3</sup> Снежневский А.В. Мультидисциплинарное исследование. Шизофрения. М., 1972. С. 107-115.

вслед за интерпретативным бредом возникал вербальный псевдогаллюциноз и чувственные виды бреда.

Бредовой синдром определялся возникновением интерпретативного бреда ущербного содержания, вслед за которым снижался аффект, и отсутствием вербального галлюциноза.

### *Результаты исследования и их обсуждение*

А) Психозы аффективно-бредовой структуры.

В группу психозов аффективно-бредовой структуры вошло 32 больных (27 женщин и 5 мужчин) в возрасте от 47 до 81 года. У 13 человек манифестный психоз развился в возрасте от 47 до 57 лет (1 мужчина и 12 женщин), у 18 — от 60 до 73 лет (3 мужчины и 15 женщин) и у 1 человека (мужчина) — в 81 год.

Инициальный период развития психозов определялся аффективными нарушениями, полюс которых во всех случаях был депрессивным.

У 15 пациентов снижение настроения возникло в психологической связи с психотравмирующей ситуацией и т.п. Среди этой почти половины пациентов 10 были в возрастной группе от 45 до 59 лет, и только 5 — от 60 до 75 лет. Снижение настроения у этих 15 больных носило психологически понятный характер, как для них, так и для их ближнего окружения и придавало состоянию сниженного настроения реактивную окраску.

У больных почти отсутствовала речедвигательная заторможенность. Идеи самообвинения, самоуничтожения на этом периоде развития психоза почти не встречались. Характерной была оценка больными их «неприятностей» как неза заслуженное несчастье, трагический контраст с обстоятельствами прошлой жизни. Суточные колебания настроения либо отсутствовали, либо отмечалось ухудшение настроения к вечеру с усилением тревоги. Большинству пациентов было свойственно наличие соматических жалоб: на головные боли, неприятные ощущения в области сердца, чувство нехватки воздуха, боли в животе с фиксацией на работе кишечника, на чувство першения в горле, что у всех больных сопровождалось тревогой. Тревога носила характер конкретных сверхценных опасений за своё здоровье и здоровье своих близких, либо за материальное благополучие. В ряде случаев можно было говорить о тревожном характере тоскливого настроения или о сочетании тревоги с астено-динамическими расстройствами. В 4-х случаях на первый план сниженного настроения выступало чувство тоски в сочетании с апатией. Астено-динамические расстройства в структуре сниженного настроения, чувство апатии также трактовались

больными как признак их соматического неблагополучия. Это сопровождалось усилением раздражительности, ухудшением ночного сна, снижением аппетита. Пациенты обращались к врачам различных специальностей, проходили всестороннее обследование. Отсутствие при обследовании значимой патологии внутренних органов, способной объяснить самочувствие пациентов, трактовалось ими как доказательство тяжести их «заболевания». Длительность этого периода была от 2-3 мес. до нескольких лет.

Дальнейшее усиление аффекта сопровождалось присоединением расстройств бредового регистра.

У 5 больных (2 мужчин и 3 женщины) собственно аффективно-бредовой синдром определялся преимущественно интерпретативным характером бредовых идей, которые сохраняли отчётливую связь с депрессивным аффектом. Из них два пациента были младшей возрастной группы (48 и 52 лет), три — средней (60, 62 и 73 лет). У 2-х больных болезненное состояние усложнилось акаозмами, истинными обонятельными и вербальными галлюцинациями, алгическими сенестопатиями в виде чувства жжения за грудиной, болей в животе, которые возникали ближе к вечеру и соответствовали суточным колебаниям аффекта с усилением тревоги и страха в вечернее и ночное время. Фабула бредовых переживаний определялась идеями морального и материального ущерба с конкретностью и правдоподобностью содержания на начальных этапах их развития. Это были идеи ревности, притеснений на работе со стороны сослуживцев, идеи отношений с соседями с чертами квартирного параноида, ипохондрические переживания, которые, по мере дальнейшего нарастания тревоги, приобретали персикаторную трактовку. Царапины на мебели, «пропажа» мелких вещей трактовалась пациентами, как доказательство проникновения «вредителей» в квартиру. Шумы в телефоне, помехи при работе любой бытовой техники интерпретировались, как свидетельство наблюдения за ними. Больные начинали считать, что их хотят извести, отравить, умертвить. Происходило расширение круга лиц, включённых в болезненные переживания. Возникал страх, что и их членам семьи угрожает опасность. На высоте развития психоза идеи преследования приобретали черты неотступности, что выглядело нелепым по отношению к реальным обстоятельствам жизни больного, его убеждению о цели преследования и придавало болезненным переживаниям характер фантастичности. Ипохондрический бред достигал степени нигилистического варианта синдрома Котара, в остальных же случаях возникал бред инсценировки. Больные активно искали защиты, соглашались на госпитализацию в психиатрическую клинику.

У 27 больных собственно аффективно — бредовой синдром определялся преимущественно чувственным характером бредовых переживаний (11 больных в возрасте от 47 до 57 лет, 16 больных — от 60 до 74 лет и старше).

Из них у 23 пациентов сначала был период бредовых переживаний интерпретативного характера, после чего уже возникали чувственные виды бреда. Часто при переходе от интерпретативного к чувственному характеру бредовых расстройств возникали идеи самообвинения религиозно-мистического содержания, ретроспективной направленности, которые, по мере углубления депрессивного аффекта, достигали степени мегаломеланхолии. Больные образно представляли себе свои грехи, интерпретировали события прошлых лет в плане бредовой фабулы. Одновременно с этим, развивались отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо в виде идеаторных, сенестопатических, кинестетических автоматизмов, чувства открытости с бредом воздействия и преследования, инсценировки, антагонистическим бредом, кататоническими расстройствами в виде импульсивности, негативизма. Пациенты «ощущали» на себе воздействие особой энергией вредителями из ближнего окружения, что бы навести на них порчу с целью их наказания, завладения их имуществом. Замечали за собой слежку на улице, «понимали», что вокруг них разыгрывается спектакль. Затем у пациентов возникало чувство, что они находятся в центре борьбы добра и зла, противодействия положительной и отрицательной энергии. Масштабность преследования и воздействия контрастировала с обыденностью реальных обстоятельств жизни больных.

Из описания видно, что чувственный характер бредовых переживаний по содержанию отражал тему морального и материального ущерба в виде идей порчи, слеза, квартирного параноида и сохранял связь с депрессивным аффектом. На высоте психоза пациенты, погружённые в свои болезненные переживания, находились в состоянии депрессивного субступора, что контрастировало с аффективной насыщенностью психотических расстройств. В таком состоянии, после уговоров родственников, больные соглашались на госпитализацию в психиатрическую больницу.

У 4 больных из 27 аффективно — бредовой синдром сразу определялся преимущественно чувственным характером бредовых расстройств. В этом случае бредовых переживаний неизменно оставалась их депрессивная фабула, соответствующая идеям вины, самообвинения и/или греховности, достигающих в течение нескольких дней степени мегаломеланхолии с нарастанием тревоги, ажитации.

Идеи самообвинения преимущественно были ретроспективной направленности. Пациенты «вдруг понимали» и образно представляли, что из-за их мнимых грехов в прошлом в мире происходят авиакатастрофы, теракты и т.п. Больные понимали это по особым знакам. Всё это воспринималось ими, как наказание Бога, Космоса. Эта картина депрессивно-парафренного состояния усложнялась идеаторными, кинестетическими автоматизмами, чувством открытости с бредом воздействия и преследования, антагонистическим бредом. При этом пациенты соглашались с фактом преследования и неотвратимостью наказания. В таком состоянии они, после уговоров родственников, поступали на лечение в психиатрическую клинику.

Во всех случаях развития синдрома, при выходе из острого психотического состояния в первую неделю от начала терапии отмечалась редукция страха, тревоги, нормализация ночного сна с улучшением аппетита, после чего уже обратному развитию в течение 1-2 месяцев подвергались бредовые расстройства. Вместе с тем, у больных сохранялся несколько сниженный фон настроения тревожного характера, убеждённость в реальности преследования в прошлом, часто с ипохондрической трактовкой больными их состояния, послужившего причиной госпитализации в психиатрическую клинику.

Наши наблюдения подтверждают данные Э.Я. Штернберга, М.Л. Рохлиной, О.П. Вертоградовой, D. Blazer и др. о количественном преобладании депрессивного полюса тревожного регистра среди психозов аффективно-бредовой структуры с манифестацией в возрасте инволюции. Сложная структура сниженного настроения с преобладанием тревожного регистра, отражающего готовность больного к возникновению расстройств персикуторного характера, большая представленность ипохондрических переживаний свидетельствует в пользу прогрессивного развития процесса<sup>4</sup>.

Результаты нашего исследования совпадают с мнением многих авторов о значимости психотравмирующих моментов, характерных именно для возраста инволюции, в развитии болезненного снижения настроения (Kretschmer, Т.А. Гейер, В.А. Гиляровский, Р.Е. Люстерник, Bumke, С.Г. Жислин и др.).

Е. Краепелін придавал большое значение эмоциональному фактору в развитии бредовых идей. Он считал, что колебания в эмоциональной сфере дают толчок для образования бреда, превращая дремлющие опасения в представления воображения, кото-

<sup>4</sup> Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. М., 2002.

рые только вследствие потери способности к критике становятся бредом и приобретают силу, против которой бессильна явная очевидность<sup>5</sup>. По наблюдениям Р.А. Наджарова, Э.Я. Штернберга, М.Ш. Вроно, удельный вес всех аффективно-бредовых приступов нарастает параллельно с увеличением возраста до 70 лет, после чего их частота заметно снижается. В нашем исследовании психогенная провокация при развитии болезненного состояния была наиболее значима для больных в возрасте 45-59 лет, тогда как большинство случаев манифестных психозов аффективно-бредовой структуры были среди больных возрастной группы от 60-74 лет.

Эти факты, возможно, являются аргументами в пользу значимого влияния сосудисто-атрофических процессов головного мозга на провокацию манифестации эндогенного процесса.

Б) Психозы галлюцинаторно-бредовой структуры.

Пациенты с галлюцинаторно-бредовой структурой манифестных психозов по численности оказались на втором месте среди всех психопатологических групп. В эту группу вошло 23 больных (22 женщины и 1 мужчина) в возрасте от 49 до 76 лет. У 5 человек (женщины) манифестный психоз развился в возрасте от 49 до 58 лет, у 16 (1 мужчина и 15 женщин) — в возрасте от 62 до 74 лет, у 2 человек (женщины) — в 75 лет и старше.

У 8 из 23 пациентов галлюцинаторно-бредовой синдром определялся преобладанием интерпретативного характера бредовых переживаний. Среди них 2-е (ж.) были в возрастной группе от 45 до 59 лет, 5 пациентов (4ж. и 1м.) — от 60 до 74 лет, и 1 пациентка 76 лет (ж.) вошла в возрастную группу от 75 лет и старше. Почти у трети из этих 8 пациентов — 3-х больных в возрастной группе от 60 до 74 лет — развитию психотических расстройств предшествовали болезненные изменения привычного уклада жизни, что сопровождалось появлением чувства незащищенности, заострением ранее свойственных больным подозрительности с чувством внутреннего напряжения. Почти во всех случаях с преобладанием интерпретативного характера бредовых переживаний галлюцинаторно-бредового синдрома, первоначально возникали элементарные расстройства восприятия — акоазмы. Это были шум льющейся воды, работающей дрели, различные стуки и т.п. Они возникали, как правило, ближе к вечеру и усиливались в ночное время. В начале, их появление сопровождалось чувством раздражения на соседей, нарушением ночного сна и появлением жа-

лоб на ухудшение соматического самочувствия в виде головокружений, головных болей, чувства разбитости и общего недомогания. Настроение становилось подавленным с брюзжанием, злобно-напряженным оттенком. На данном периоде развития психоза, изменения психического состояния больных ограничивалось их фиксацией на своём плохом самочувствии. Затем картина психоза усложнялась присоединением истинных обонятельных, вкусовых галлюцинаций. Это были запахи различных трав, пыли, продуктов, ощущение изменённого вкуса с тенденцией их усиления к вечеру и в ночное время. Одновременно с этим или несколько позже возникал стойкий истинный вербальный галлюцинациоз, так же с обострением в ночное время, комментирующего и/или угрожающего содержания. Больные «слышали», как соседи комментируют их действия в квартире, ругают их, а в последующем и обсуждают способы расправы с ними. Этот период усложнения болезненных переживаний сопровождался возникновением бредовых расстройств. Фабула бредовых переживаний соответствовала содержанию вербальных галлюцинаций и определялась идеями морального и материального ущерба. Это были идеи угрозы, ущерба здоровью вследствие «невыносимых» условий жизни, которые сразу же или вскоре приобретали персикурторный характер с чертами квартирного параноида. Возникали сенестопатические автоматизмы ипохондрического содержания, идеаторные автоматизмы в виде возникающих перед внутренним взором зрительных представлений о «творящихся безобразиях в квартирах соседей», часто устрашающего характера. На высоте психоза у больных появлялись интерпретативные идеи наблюдения за ними, распространение бредовых переживаний за пределы квартиры и вовлечение в болезненные переживания новых действующих лиц. Преследование приобретало черты неотступности и масштабности, что контрастировало с обыденностью, по мнению больного, цели преследования, реальными обстоятельствами его жизни. Пациенты начинали активно искать защиты, что становилось причиной их согласия на госпитализацию в психиатрическую больницу.

У 15 человек галлюцинаторно-бредовой синдром определялся преимущественно чувственным характером бредовых переживаний. Среди них 3-и пациента (ж.) были в возрастной группе от 45-59 лет, 12 (ж.) — в возрастной группе от 60 до 74 лет. У двух больных средней группы в инициальном периоде развития психоза в течение 4-6 месяцев отмечалось состояние растерянности с периодами его усиления. Этот псевдодементный статус пациентов воспринимался их родными, как признак их мнестико-интеллектуально-

<sup>5</sup> Крепелин Э. Клиническая психиатрия. Учебник для врачей и студентов. Т. 2. М., 1912. С. 399-400.

го снижения вследствие возрастных изменений головного мозга.

Лишь у одной пациентки (68 лет) из этих 15 пациентов за состоянием растерянности сразу возник вербальный псевдогаллюциноз. Во всех остальных случаях галлюцинаторно-бредовой симптомокомплекс с преобладанием чувственного характера бредовых переживаний начинался с периода интерпретативного характера бредовых идей, фабула которых определялась различными идеями ущерба обыденного содержания. Характерным для бредовых переживаний являлась их привязанность к ближайшему окружению больного, правдивость и правдоподобность их в начале развития психоза. Это были идеи ревности, материального ущерба малого размаха, прослушивания телефона, идеи отношений с соседями. Пациентки понимали по интонации голоса другой женщины, отдельным высказываниям, что их мужья изменяют им. Шумы в телефоне воспринимали доказательством прослушивания их разговоров.

Настроение больных становилось раздражённо-неприятным, угрюмо-мрачным. Нарушался ночной сон. Разворачивались чувственные виды бреда. Больным возрастной группы от 45 до 59 лет казалось, что члены их семьи, соседи, сослуживцы разыгрывают вокруг них непонятный им спектакль, по-особому смотрят друг на друга. Затем появлялся вербальный псевдогаллюциноз, комментирующего содержания с бредом воздействия. На высоте психотического состояния у двух из трёх пациенток этой возрастной группы разворачивался антагонистический бред религиозного содержания с кататоническими расстройствами в виде негативизма, сменяющих друг друга периодов застывания и возбуждения.

Почти у всех пациентов возрастной группы от 60 до 74 лет при переходе от интерпретативного характера бредовых расстройств к чувственным видам бреда структура болезненного состояния усложнялась возникновением акаозмов, истинных обонятельных, вкусовых, а затем и истинных вербальных галлюцинаций. Истинный вербальный галлюциноз ограничивался пределами квартиры. Больные «слышали», как соседи, реже — третьи лица, комментируют и осуждают их поведение, обсуждают способы расправы с ними. В соответствии с содержанием истинного вербального галлюциноза, вкусовыми и обонятельными галлюцинациями у больных возникали персикоторные идеи отравления, сглаза, порчи. Затем присоединялся вербальный псевдогаллюциноз, комментирующего и угрожающего содержания. Это сопровождалось распространением болезненных переживаний за пределы квартиры, вовлечением новых действующих лиц

в болезненные переживания. Одновременно с этим, истинные галлюцинаторные расстройства убывали, но не в полной мере. Появлялось чувство открытости. Клиническая картина психоза усложнялась присоединением сенестопатических автоматизмов в виде чувства жжения за грудиной, различных ощущений покаявания, зуда с их ипохондрической трактовкой. Возникали идеи наблюдения, воздействия на них лазером со стороны соседей через особые аппараты. Возникали идеи, что над ними проводят эксперимент. При этом пациенты не всегда могли сказать, кто, по их мнению, это делает, либо винили в этом ближнее окружение. У трёх больных состояние психоза утяжелилось возникновением соматического неблагополучия (пневмония, обострение ИБС, урологической инфекции с ухудшением течения дисциркуляторной энцефалопатии), на фоне чего отмечалось улучшение психического состояния с редукцией галлюцинаторно-бредовых переживаний. Последующее улучшение соматического состояния пациентов, в свою очередь, сопровождалось экзацербацией психоза с утяжелением глубины психотических переживаний в виде появления острого чувственного бреда инсценировки, антагонистического бреда с идеями овладения, онейроидно-кататоническими включениями примитивно-сказочного содержания, которые вначале расценивались окружающими как признак соматического неблагополучия.

Для всех случаев развития галлюцинаторно-бредового синдрома с преобладанием чувственных видов бреда неизменной оставалась ущербная тематика болезненных переживаний в виде идей квартирного параноида, вреда здоровью. На высоте психоза все пациенты испытывали чувство страха, их поведение грубо нарушалось. Под влиянием членов семьи больные соглашались на госпитализацию в психиатрическую больницу.

При выходе из психоза, в первые две недели терапии улучшался ночной сон, уменьшалось чувство внутреннего напряжения. Затем в течение одного-трёх месяцев значительно редуцировались галлюцинаторные расстройства, чувственные виды бреда, и в последнюю очередь редукции подвергался бред интерпретативного характера. У пациентов оставался резидуальный бред в виде их убеждённости в реальности болезненных переживаний, послуживших причиной их госпитализации в больницу, преимущественно с ипохондрической трактовкой последних.

В нашем исследовании группа психозов с превашированием интерпретативного характера бреда малочисленна. Интерпретативный бред в этих случаях отражает содержание истинного вербального галлю-

циноза и по описанию соответствует галлюцинаторному варианту позднего параноида.

В группе галлюцинаторно-бредовых психозов с превалированием чувственных видов бреда при данном исследовании выявлена обязательность трансформации истинного вербального галлюциноза в псевдогаллюциноз.

В) Психозы бредовой структуры.

В группу психозов бредовой структуры вошло 20 больных (17 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 49 до 78 лет. У 7 пациентов (ж.) психоз развился в возрасте от 49 до 59 лет, у 9 больных (8ж. и 1м.) — в возрасте от 60 до 73 лет и у 4 пациентов (3ж. и 1м.) — в возрасте от 75 до 78 лет.

У 16 больных бредовые расстройства были преимущественно интерпретативного характера. У 5 пациентов психоз развился в возрасте от 49 до 59 лет, у 7 — от 60 до 74 лет и у 4 — в возрасте от 75 до 78 лет. У 9 из 16 пациентов развитию психоза предшествовали изменения привычного уклада жизни в виде появления новых соседей, проведения ремонта у соседей, выхода пациента на пенсию. Из этих 9 пациентов один был из возрастной группы от 49 до 59 лет, 4 — из возрастной группы от 60 до 74 лет и 4 пациента — из возрастной группы от 75 лет и старше.

Во всех случаях бредового синдрома с преобладанием интерпретативного характера бредовых расстройств, развитие психоза происходило с возникновения интерпретативного бреда ущербного содержания, направленного против лиц ближнего окружения: соседей, родственников. В начальном периоде развития болезненных расстройств, бредовые идеи были обыденного и правдоподобного содержания. Происходила интерпретация различных реальных событий. Это были бредовые идеи ущерба, как морального, так и материального, идеи разоблачения, как результат трактовки известных пациентам отдельных обстоятельств жизни соседей, а так же интерпретация их слов, интонаций голоса, различных звуков, доносящихся из-за стен соседей. Пациенты «замечали» следы проникновения в их квартиру, пропажу мелких вещей. Настроение становилось угрюмо-раздражительным со злобностью. Пациенты начинали прислушиваться к своим ощущениям. Ухудшался ночной сон. В ряде случаев клиническая картина психоза усложнялась появлением акаозмов, истинных обонятельных и вкусовых обманов восприятия. Такое состояние пациентов длилось от 6 месяцев до года. На этом периоде развития психоза, изменения в состоянии больных расценивались их родственниками, как ухудшение характера в силу усиления возрастных изменений, ухудшения со-

матического состояния. В дальнейшем у пациентов нарастала подозрительность, внутренняя напряжённость. Возникали интерпретативные идеи преследования, которые вначале ограничивались идеями наблюдения за больными, а затем модифицировались в идеи воздействия, сглаза, порчи. Идеи физического воздействия были рудиментарными и реализовывались через интерпретацию в квартире множества различных проводов, а так же через идеи отравления, порчи, сглаза, ущерба здоровью. Реальные изменения в соматическом состоянии (подъёмы АД, боли в пояснице, нарушения стула со склонностью) трактовались ими как действие яда, различных аппаратов, действие сглаза. У больных возникали идеи, что они тяжело заболели. Они обращались к врачам с целью подтвердить свою убеждённость в этом. Выявленные при обследовании изменения в состоянии здоровья пациентов являлись для них неоспоримым подтверждением их болезненных убеждений. Возникали идеи, что соседи, родственники создают им невыносимые условия жизни, хотят довести до сердечного приступа, что бы избавиться от них и завладеть их квартирой. В ряде случаев у возникали бредовые идеи эротического содержания, которые сочетались с идеями мести, ущерба. Пациенты считали, что их доброе имя хотят опорочить с целью их «нейтрализации», как свидетелей «тайны» соседей, и, конечно, завладеть их квартирой. На высоте психоза происходило расширение круга лиц включённых в бредовые переживания, возникали элементы бредовой инсценировки. Возникал страх и за здоровье родных. Поведение больных нарушалось, что обращало на себя внимание родственников пациентов, под влиянием которых последние соглашались на госпитализацию в психиатрическую больницу.

У четырёх пациентов бредовые расстройства носили преимущественно чувственный характер. Все 4 пациента были женского пола. У двух пациенток психоз развился в возрасте 54 и 58 лет, ещё у двух — в 61 и 64 года.

У пациенток 54 и 58 лет развитие психоза началось с возникновения сенестопатических автоматизмов, чувственного бреда воздействия, но без персикаторной трактовки. Это были идеи воздействия на организм радиацией, исходящей от бытовых приборов — компьютера, телевизора. Пациентки чувствовали, как под воздействием излучения от бытовых приборов у них натягивается кожа, возникают ощущения покалывания по всему телу, появляются ощущения перекачивающихся волн по телу. Это сопровождалось ухудшением ночного сна. Одна из этих двух больных считала, что это воздействие приводит к омолаживанию орга-

низма. Однако, обе они расценивали это воздействие как негативное, были навязчивы к родным с жалобами на своё самочувствие, искали помощи. Жалобы на необычные ощущения пациенток трактовались соматическими врачами, как признаки вегетативной нестабильности на фоне начальных проявлений атеросклеротической энцефалопатии. Сами пациентки оставались убеждёнными в реальности своих болезненных переживаний, требовали близких не включать компьютер, телевизор. Настроение у них становилось угрюмым, злобным. Спустя несколько месяцев психотическое состояние больных усложнилось появлением истинных обонятельных, вкусовых галлюцинаций, акоазмов. На высоте психоза возникали персекуторные идеи отравления, воздействия на их мысли, поступки со стороны кого-то из ближнего окружения. Фабула бредовых переживаний определялась идеями ущерба здоровью, принесения им моральных страданий. Поведение пациенток нарушалось. Под предлогом всестороннего обследования, определения тяжести поражения здоровья родственникам пациенток удавалось склонить их к госпитализации в психиатрическую больницу.

У пациенток 61 года и 64 лет развитию чувственных видов бреда предшествовал период бредовых переживаний интерпретативного характера. Это были идеи порчи, сглаза, как интерпретация своего соматического неблагополучия. Виновниками своих страданий пациентки считали своих подруг, соседей. Период интерпретативного характера бредовых расстройств продолжался до 6-8 месяцев. Затем картина болезненных переживаний усложнялась возникновением истинных обонятельных, вкусовых галлюцинаций, акоазмов. У больных нарушался ночной сон, нарастало чувство внутреннего напряжения, настроение становилось угрюмо-злобным. Возникали чувственные виды бреда. Им казалось, что вокруг них разыгрывается спектакль, все события вокруг них спланированы какими-то людьми с целью наказать их, унижить. На их внутренние органы воздействуют лазером, что они ощущали в виде чувства жжения. Идеи воздействия отличались незавершённой бредовой разработкой. Больные не могли определить, кто это делает. Вербальные псевдогаллюцинации были примитивными в виде периодически возникающего свиста, шума в ушах. По содержанию болезненные переживания отражали возрастные идеи ущерба, квартирного параноиды.

На высоте психоза возникали идеи транзитивизма негативного воздействия на близких людей, страх за здоровье близких. Поведение больных становилось нелепым. Под влиянием родственников,

что бы отвести угрозу от родных людей, они соглашались на госпитализацию в психиатрическую больницу. При выходе из психоза, спустя две — три недели от начала терапии, уменьшалось чувство внутреннего напряжения, улучшался ночной сон, почти полностью редуцировались чувственные виды бреда. Затем в течение месяца-двух дезактуализировались интерпретативные бредовые переживания, но без формирования к ним критического отношения. У больных сохранялась убеждённость в реальности болезненных переживаний в прошлом. Отмечалась ипохондрическая трактовка больными состояния, послужившего причиной их госпитализации в больницу.

Е. Краепелин определял понятие паранойи как длительно протекающий процесс развития непоколебимой бредовой системы, проистекающей из внутренних причин. Он отмечал, что эта бредовая система развивается при полном сохранении ясности и упорядоченности мышления, воли и действий. Благоприятный прогноз при паранойе послужил для него причиной её отграничения от шизофрении<sup>6</sup>. Последующие исследования привели ко всё больше утверждающейся тенденции отрицания нозологической самостоятельности паранойи и её рассмотрению как стадии шизофрении.

Полученные нами данные при описании психопатологических особенностей бредового синдрома свидетельствуют о превалировании интерпретативного характера бредовых расстройств. Таким образом, можно говорить о развитии паранойальных психозов, фабула которых отражает возрастной фактор.

Наличие в этой группе психозов с преобладанием чувственных видов бреда свидетельствуют в пользу значимости преморбидных особенностей пациентов.

### Выводы:

1. Исследование психопатологической структуры клинического материала с выделением трёх основных синдромов поздних манифестных психозов совпадает с результатами исследования, проведённого Т.И. Ростовцевой, но в рамках изучения поздней шизофрении.
2. Данное описание аффективно-бредового синдрома позднего манифестного психоза совпадает с клиническими характеристиками бреда воображения второго типа, выделенного М.В. Варавиковой при изучении приступообразной шизофре-

<sup>6</sup> Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. Т. 1. М., 1910. С. 218-219.



нии с преобладанием бреда воображения, но с его возрастной модификацией в виде большой представленности идей преследования, ущерба.

3. Полученные данные совпадают с выводами Н.Г. Романовой, Т.И. Ростовцевой<sup>7</sup> при изучении поздней шизофрении о том, что основным клиническим расстройством галлюцинаторно-бредового синдрома является вербальный галлюциноз.
4. Сложная структура сниженного настроения аффективно-бредового синдрома с преобладанием тревожного регистра, ипохондрических опасений, расширение бредовых расстройств и лиц, включённых в болезненные переживания при всех синдромах, масштабность и неотвратимость преследования на высоте психоза, сообщающая болезненным переживаниям характер фантастичности, свидетельствуют в пользу прогрессивности развития болезненного процесса.
5. В силу частой психологизации больными и их родственниками сниженного настроения, обыденности и понятности содержания бредовых переживаний, ипохондрической трактовкой пациентами их болезненного состояния, соматического подхода врачей к больным возраста инволюции, на начальном периоде развития психозов пациенты не попадают в поле зрения психиатров.
6. Приведённые картины вариантов развития психопатологических синдромов различаются не только по механизму бредообразования, но и отражают различный уровень расстройств в психозе.
7. Единая фабула бредовых переживаний для всех синдромов свидетельствует в пользу возрастной закономерности, которая заключается в ценности для больных позднего возраста сохранения достигнутого ими благополучия, соматического состояния.
8. При всех синдромах, большинство случаев манифестных эндогенных психозов отмечено среди больных возрастной группы от 60-74 лет. Это свидетельствует в пользу значимого влияния возрастных сосудисто-атрофических процессов головного мозга на провокацию манифестации эндогенного процесса для формирования всех синдромокомплексов.
9. Отсутствие зависимости вариантов развития синдромов от возраста больных к моменту манифестации психоза даёт основание утверждать о значимости, прежде всего, преморбидных особенностей пациентов для проявления синдрома.

### Список литературы:

1. Блейер Э. Аффективность, внушение, паранойя. 4. Понятие о паранойе [электронный ресурс] // [http://www.psychiary.ru/book\\_show.php?booknumber=79&article\\_id=4](http://www.psychiary.ru/book_show.php?booknumber=79&article_id=4).
2. Варавикова М.В. Приступообразная шизофрения с преобладанием бреда воображения (психопатология, клиника, лечение, прогноз): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1994.
3. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965.
4. Концевой В.А., Медведев А.В. Психиатрия. М., 2004. Вып. 4.
5. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. Т. 1. М., 1923.
6. Крепелин Э. Клиническая психиатрия. Учебник для врачей и студентов. Т. 2. М., 1912.
7. Крепелин Э. Учебник психиатрии для врачей и студентов. Т. 1. М., 1910.
8. Медведев А.В. Галлюцинаторные расстройства при поздних психозах, протекающих с картиной «параноида жилья» // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1990. Вып. 9. С. 62-66.
9. Морозов Г.В. Руководство по психиатрии. Т. 1. М., 1988.
10. Романова Н.Г. К клинике поздней шизофрении: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1964.
11. Ростовцева Т.И. Особенности клиники и течения шизофрении, манифестирующей в старости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973.
12. Снежневский А.В. Мультидисциплинарное исследование. Шизофрения. М., 1972.
13. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии. Т. 1. М., 1999.
14. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: Медицина, 1977.

<sup>7</sup> См.: Ростовцева Т.И. Особенности клиники и течения шизофрении, манифестирующей в старости: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1973; Романова Н.Г. К клинике поздней шизофрении: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1964.

### References (transliteration):

1. Bleyer E. Affektivnost', vnushenie, paranoyya. 4. Ponyatie o paranoye // [http://www.psychiary.ru/book\\_show.php?booknumber=79&article\\_id=4](http://www.psychiary.ru/book_show.php?booknumber=79&article_id=4).
2. Varavikova M.V. Pristupoobraznaya shizofreniya s preobladaniem brenda voobrazheniya (psikhopatologiya, klinika, lechenie, prognoz): Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1994.
3. Zhislin S.G. Ocherki klinicheskoy psikhiatrii. M., 1965.
4. Kontsevoy V.A., Medvedev A.V. Psikhiatriya. M., 2004. Vyp. 4.
5. Krepelin E. Vvedenie v psikhiatricheskuyu kliniku. T. 1. M., 1923.
6. Krepelin E. Klinicheskaya psikhiatriya. Uchebnik dlya vrachey i studentov. T. 2. M., 1912.
7. Krepelin E. Uchebnik psikhiatrii dlya vrachey i studentov. T. 1. M., 1910.
8. Medvedev A.V. Gallyutsinatornye rasstroystva pri pozdnykh psikhozakh, protekayushchikh s kartinoy «paranoida zhil'ya» // Zhurnal nevropatologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova. 1990. Vyp. 9. S. 62-66.
9. Morozov G.V. Rukovodstvo po psikhiatrii. T. 1. M., 1988.
10. Romanova N.G. K klinike pozdney shizofrenii: Avtoref. diss. ... kand.med. nauk. M., 1964.
11. Rostovtseva T.I. Osobennosti kliniki i techeniya shizofrenii, manifestiruyushchey v starosti: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. M., 1973.
12. Snezhnevskiy A.V. Mul'tidistsiplinarnoe issledovanie. Shizofreniya. M., 1972.
13. Tiganov A.S. Rukovodstvo po psikhiatrii. T. 1. M., 1999.
14. Shternberg E.Ya. Gerontologicheskaya psikhiatriya. M.: Meditsina, 1977.