

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТПСИХОТИЧЕСКИХ ПЕРЕХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ

О.Р. Смирнов

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии–
филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России*

Проблема структурной нечеткости постпсихотических состояний, особенно у пожилых, несмотря на долгую историю исследований в этой области, по-прежнему актуальна. Полвека назад С.Г.Жислин писал, что после делирия или иного психоза у этих больных можно наблюдать «большое разнообразие вариантов», и диагностика затруднена тем, что в позднем возрасте «общеизвестные дифференциально-диагностические критерии теряют в части случаев свое значение» [4].

Известно, что в постпсихотическом переходном периоде часто встречаются благодушие, маломасштабный бред, астения, тревожная раздражительность, гипотимия и возвратная ажитация [12]. Благодушие, по мнению отечественных исследователей – это признак развивающегося сенильного процесса [1, 3, 13]. Маломасштабный бред ущерба, как считали С.А.Суханов и И.Н.Введенский [цит. по 2], также патогномоничен для этого заболевания. Астения, особенно в сочетании с раздражительностью и гипотимией в рамках дисфорий, в соответствии с концепцией А.А.Портнова [6], характерна для обратного синдромотаксиса при экзогенно-органических реакциях.

Следовательно, постпсихотические состояния можно рассматривать как комплексы симптомов, имеющих разную синдромальную принадлежность. Одни из них патогенетически связаны со сквозным синдромом снижения уровня личности по органическому типу. Другие перетекают из острого (этапного) во вставочный (переходный) синдром (в терминологии А.А. Портнова [6]).

В предыдущих исследованиях [11, 12] уже было показано, что переходные тревожные состояния у дементных больных развиваются после острых психозов 2-х типов: делирия и тревожной ажитации, протекающей без помрачения сознания. В данной работе предпринята попытка уточнить различия этих постпсихотических состояний с учетом возможных комбинаций сквозных и этапных синдромов.

Цель работы – выявить диагностически важные особенности переходных тревожных состояний после делирия и тревожной ажитации.

Задачи: 1) уточнить характер взаимосвязи между острым психозом, нозологией и патологически измененной почвой; 2) выявить частоту и синдромальную принадлежность клинически значимых симптомов; 3) оценить динамику этих симптомов.

Материал и методы

В исследование были включены 39 человек, 30 мужчин (76,9%) и 9 женщин (23,1%), в возрасте от 63 до 89 лет (средний возраст $78,55 \pm 6,09$ лет). Из них 17 (43,6%) страдали сенильной деменцией альцгеймеровского типа (СДАТ), 14 (35,9%) – васкулярной деменцией (ВД) и 8 (20,5%) – смешанной деменцией (СД), при которой атрофический процесс был ведущим, а цереброваскулярное заболевание – сопутствующим.

Отбирались стационарные больные, перенесшие острый психоз и находившиеся в переходном состоянии. Начало постделириозного периода совпадало с устойчивым прояснением сознания, а постажитационного – с первым эпизодом редукции психотического возбуждения. Дополнительным критерием отграничения психоза от переходного состояния была сумма баллов менее 25 по шкале NPI [12,14].

Диагноз деменции ставился на основе имеющихся анамнестических сведений и результатов наблюдения, в соответствии с критериями МКБ-10 [5].

Некогнитивные симптомы оценивались клинически. Их динамика (усиление, редукция, дезактуализация) квалифицировалась в соответствии с общим впечатлением. При этом учитывались данные медицинской документации и заключения специалистов.

В группу исследуемых феноменов были включены наиболее вероятные клинически значимые симптомы: возвратная ажитация, маломасштабный бред ущерба, благодушие, астения, галлюциаторный бред, апатия, тревожная раздражительность и гипотимия.

Описательная статистика проводилась с помощью таблиц сопряженности, и различия между группами по частоте симптомов проверялись с помощью χ -критериев: χ -квадрата Пирсона и точного критерия Фишера. Степень влияния оценивалась с помощью критерия V Крамера. Расчеты производились с помощью программы SPSS.

Результаты

Тревожная ажитация чаще развивалась при сенильной деменции альцгеймеровского типа, а делирий – у страдающих васкулярной и смешанной деменцией (табл. 1)

Клинически значимые симптомы постажитационных состояний

Возвратная ажитация. Данный феномен представлял собой приступообразное непродолжительное (от нескольких часов до суток) неконтролируемое двигательное беспокойство, возникавшее обычно на фоне адекватной противотревожной терапии, через 3–5 дней после купирования психотического возбуждения. Связь с внешними причинами или вредностью выявить не удавалось. Данное возбуждение могло быть следствием невыясненных эндогенных причин, связанных, с высокой вероятностью, с природой основного заболевания. Всего оно наблюдалось в 18 случаях (46,2% от общего числа обследованных). В 9 случаях возвратная ажитация отмечалась после делирия (40,9%) и в 9 случаях после инициальной ажитированной тревоги (52,9%). При анализе частоты этого явления в разных нозологических группах были получены данные, отраженные в табл. 2

Таблица 1

Частота перенесённых психозов в трёх нозологических группах

	Делирий		Тревожная ажитация без помрачения сознания		p
	абс.	%	абс.	%	
Нозология					
СДАТ	4	23,5#	13	76,5*	0,001*
СД	6	75 #	2	25	
ВД	12	85,7	2	14,3*	0,001*
Итого	22	56,4	17	43,6	

Примечания: * – коэффициент V Крамера=0,619; # – точный критерий Фишера=0,028; коэффициент V Крамера=0,49; СДАТ – сенильная деменция альцгеймеровского типа; ВД – васкулярная деменция; СД – смешанная деменция.

Таблица 2

Частота возвратной ажитации при разных нозологиях

	СДАТ n=17		СД n=8		ВД n=14		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Возвратная ажитация	11	64,7*	4	50	3	21,4*	0,016

Примечания: * – коэффициент V Крамера=0,433.

Различия по частоте этого симптома между СДАТ и ВД были достоверны. Контраст становился еще более выраженным, если при сравнении, помимо нозологии и психоза, учитывалась патологически измененная почва. То есть, для большей наглядности были отобраны только те, кто перенес делирий. Сравнивались страдающие атрофией без мультиинфарктного поражения (только группа СДАТ) с теми, кто страдал мультиинфарктным поражением мозга, развивавшимся без атрофии (группа ВД). Таким образом, если в первой группе мультиинфарктный мозговой процесс был минимален, то во второй, наоборот, был ведущим (табл. 3).

Динамический маломасштабный бред. Усиливающийся или актуализирующийся маломасштабный бред был условно обозначен как динамический. Он отсутствовал или был мало выражен в психозе, то есть, не определял поведения больного и даже не влиял на него. По мере убывания ажитации такой бред начинал выходить на первый план, появлялся чаще, держался дольше, влиял на поведение больного и в тяжелых случаях мог определять его.

При сравнении всех больных по этому показателю, независимо от нозологии, удалось выяснить, что после тревожной ажитации, протекавшей без помрачения сознания, динамический бред встречался чаще (в 10 случаях, 58,8%), чем после делирия (в 5 случаях, 22,7%), $p=0,022$.

Если же по этому показателю сравнивались больные с разными заболеваниями (табл. 4), то получалось, что при СДАТ и при СД этот симптом наблюдался достоверно чаще, чем при ВД, что указывало на его связь с атрофическим процессом.

Благодушие. Оно отличалось тем, что в переходном состоянии парадоксально сочеталось с гипотимией и раздражительностью, и поэтому было квалифицировано как *неконгруэнтное*.

Таблица 3

Частота возвратной ажитации в группах с различной патологически изменённой почвой

	Больные ВД, перенёвшие делирий n=12		Больные СДАТ, перенёвшие делирий n=4		p
	абс.	%	абс.	%	
Возвратная ажитация	3	25*	4	100*	0,019

Примечания: * – коэффициент V Крамера=0,655.

Таблица 4

Частота динамического бреда при разных заболеваниях

	СДАТ n=17		СД n=8		ВД n=14		p
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Динамический бред	11	64,7	4	50	0	0	0,01

Неконгруэнтное благодушие отмечалось во всех трех группах: при СДАТ – у 8 больных (47,1%), при СД – у 2 (25,0%), при ВД – у 1 (7,1%, достоверно реже, чем при СДАТ, $p=0,021$).

У тех, кто перенес делирий, неконгруэнтное благодушие встречалось редко, независимо от нозологии. После тревожной ажитации картина была иной. Отмечалась высокая частота в группах СДАТ (8 случаев из 13, 61,5%) и СД (1 случай, 50%) и отсутствие его в группе ВД (различия недостоверны из-за малого числа наблюдений).

Клинически значимые симптомы постделириозных состояний

Астения. В рамках постделириозных состояний наиболее значимой была астения, которая отмечалась в 20 случаях (90,9%), в то время как после ажитации она была лишь в 1 случае (5,9%, $p<0,001$). У страдающих СДАТ она отмечалась в 4-х случаях (23,5%), что было достоверно реже, чем при СД – в 6 (75%, $p=0,028$) и при ВД – в 11 (78,6%, $p=0,004$).

Резидуальный бред. При сравнении нозологических групп по этому показателю были выявлены некоторые различия, а именно: при ВД он отмечался в семи случаях (50%), а при СДАТ и СД встречался одинаково редко, то есть в двух случаях (11,8%, $p=0,044$) и в одном случае (12,5%, $p>0,05$) соответственно.

Подобное можно было объяснить тем, что бред был галлюцинаторным и встречался чаще у тех, кто перенес делирий. Важно отметить, что по общему клиническому впечатлению этот бред был убывающим.

Простое сравнение постделириозных и постажитационных состояний без учета нозологии показало, что в первой группе убывающий бред встречался чаще, чем во 2-й, то есть в 8 случаях (36,4%) против 2 (11,8%) (различия статистически недостоверны).

Чтобы сделать сопоставление более корректным и максимально исключить какое-либо влияние атрофической почвы на динамику галлюцинаторного бреда, из сравнения были исключены все страдающие СДАТ и СД, перенесшие делирий и потенциально способные продуцировать нарастающий маломасштабный бред, затушевывающий то, что осталось от психоза (т.е. галлюцинаторный бред). Таким образом, рассматривались только больные СДАТ, СД и ВД, перенесшие ажитацию, которые сравнивались с больными ВД, перенесшими делирий и, следова-

Таблица 5

Частота апатии в переходном состоянии в контрастных группах

	Группа, страдавших ВД и перенесших делирий n=12		Группа, страдавших СДАТ и СД и перенесших ажитацию без помрачения сознания n=15	
	абс.	%	абс.	%
Апатия	9	75	5	33,3

Примечания: $p=0,031$, Хи-квадрат Пирсона – 0,031, точный критерий Фишера – 0,054, коэффициент V Крамера – 0,41.

тельно, высоковероятно способными формировать галлюцинаторный бред. Всего таких случаев оказалось 29. В отобранной группе перенесших делирий (12 чел.) резидуальный бред был у 7 (58,3%), а в группе перенесших ажитацию без помрачения сознания (17 чел.) – в 2 случаях (11,8%, $p=0,014$), критерий Крамера равен 0,496, коэффициент сопряженности – 0,444.

Апатия. Апатия была реже у страдающих СДАТ (6 случаев – 35,3%), чем при СД – 5 (62,5%) и ВД – 10 (71,4%). Вероятно, потому, что у них реже возникали делирии. Чтобы проверить данное предположение, надо было сравнить частоту апатии у тех, кто перенес делирий с частотой у тех, у кого его не было. При этом следовало исключить всех, страдающих СДАТ и СД, перенесших делирий, так как в этих случаях апатия могла быть скрыта за сенильной суетливостью или благодушием. В свою очередь, больные ВД могли быть сами по себе отгороженными и апатичными и без связи с делирием. Поэтому те из них, кто перенес тревожную ажитацию без помрачения сознания, тоже не подходили для сопоставления. Таким образом, для сравнения были оставлены все страдающие СДАТ и СД, перенесшие ажитацию (в сумме 15 больных), которые сравнивались с больными ВД, перенесшими делирий (всего 12 больных). Результаты отражены в табл. 5.

Общие симптомы

Часто у обследованных больных встречались гипотимия и тревожная раздражительность. Гипотимия отличалась очевидной связью с тревогой, по мере угасания которой она синхронно редуцировалась, и поэтому была расценена как вторичная.

Частота этих симптомов не зависела от нозологии или природы перенесенного острого психоза. Данные приведены в табл. 6 и 7.

Таблица 6

Частота тревожной раздражительности и вторичной гипотимии у больных с разными заболеваниями

	СДАТ n=17		СД n=8		ВД n=14	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Тревожная раздражительность	15	88,2	6	75	11	78,6
Вторичная гипотимия	9	52,9	3	37,5	6	42,9

Таблица 7

Частота тревожной раздражительности и вторичной гипотимии после делирия и тревожной ажитации

	после делирия n=22		после ажитации n=17	
	абс.	%	абс.	%
Тревожная раздражительность	18	81,8	14	82,4
Вторичная гипотимия	10	45,5	8	47,1

Обсуждение

Разделение симптомов по их принадлежности к сквозному или этапному синдрому оказалось практически полезным, потому что при таком подходе картина переходного состояния могла быть легко подвергнута анализу и структурированию.

Вид перенесенного психоза и нозология. У страдающих СДАТ ажитация развивалась в 3/4 случаев, и ее трудно было связать с какой-либо соматической вредностью. Гораздо легче ее можно было объяснить действием таких специфических провоцирующих факторов, как смена обстановки, вынужденная обездвиженность, сенсорная депривация и т.п. [3, 9]. При СД и ВД наиболее вероятными причинами ажитации были цереброваскулярные расстройства, связь с ними могла быть прослежена клинически, с учетом данных неврологического обследования и заключений специалистов [8]. Коэффициент V Крамера 0,619 (табл. 1) говорит о выраженной связи между нозологией и перенесенным психозом.

Неконгруэнтное благодушие. Контраст по частоте этого симптома между группами СДАТ и ВД был ожидаемым, так как связь благодушия с мозговой атрофией (а не с цереброваскулярным заболеванием) хорошо известна из клинического опыта [1–3, 9]. Допуская, что благодушие может появляться на фоне гипотимии, легче выявить этот диагностически важный симптом.

Диагностически важные динамические характеристики. Следует отметить такую особенность переходного состояния как его нестабильность. На это указывали полученные ранее данные [12], и это же соотносится с точкой зрения С.Г.Жислина, считавшего, что малая вредность обуславливает нестабильность постпсихотической симптоматики [4]. Менее тяжелым психозом в исследуемых группах была ажитация без помрачения сознания, которая чаще всего развивалась у страдавших сенильно-атрофическим процессом. Следовательно, нестабильность переходного состояния, наиболее ярко проявлявшаяся в феномене возвратной ажитации, косвенно указывала на природу основного заболевания.

Квалификация симптома зависела от особенностей его динамики. Ажитация могла быть возвратной, а

бред – убывающим или нарастающим. При описании резидуального бреда С.Г.Жислин [4] не отмечал его динамических характеристик. Данное исследование показало, что такой бред мог сочетаться и постепенно замещаться нарастающим маломасштабным бредом ущерба, что создавало иллюзию стабильности бредовых расстройств. Взаимоисключающее влияние патологических процессов отмечалось С.Г.Жислиным тогда, когда он описывал нетипичные картины психозов, возникавшие из-за синхронного действия диаметрально противоположных процессов старения и острого психоза. Теперь же, анализируя полученные данные, можно сказать, что разная природа исследуемых феноменов обуславливала их разную динамику (нарастание и убывание), и учет этого, а также содержания бреда, позволяло судить о характере перенесенного психоза и природе основного ослабляющего заболевания.

Тревожная раздражительность и вторичная гипотимия создавали тот фон, учитывая который можно было понять некоторые характерные феномены [7, 10]. В частности, после делирия они сочетались с астенией в рамках дисфорий, а после ажитации, у страдающих мозговой атрофией, обуславливали неконгруэнтное благодушие.

Выводы

Клиника постпсихотических переходных состояний складывается из симптомов основного ослабляющего процесса и перенесенного психоза.

Нестабильность, неконгруэнтность и особая динамика симптомов – клинически важные особенности этих состояний.

После экзогенно-органического психоза (делирия) в переходном периоде частыми являются астения, резидуальный галлюцинаторный бред и апатия.

У больных, страдающих сенильно-атрофическим процессом, характерными признаками переходного состояния являются возвратная ажитация, динамичный маломасштабный бред и неконгруэнтное благодушие.

Общими симптомами для пациентов обеих групп, независимо от нозологии, являются тревожная раздражительность, сопровождающаяся вторичной гипотимией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Букатина Е.Е. Старческое слабоумие, отношение к естественному старению и эндогенным психическим заболеваниям: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. Л., 1988. 37 с.
2. Букатина Е.Е. Старческое слабоумие, отношение к естественному старению и эндогенным психическим заболеваниям: Дисс. ... докт. мед. наук. Л., 1988.
3. Букатина Е.Е. Ранняя диагностика старческого слабоумия, отграничение от психических нарушений при церебральном атеросклерозе и от эндогенных психических заболеваний в позднем возрасте: Методические рекомендации. М., 1988. С. 14, 16.
4. Жислин С.Г. Очерки клинической психиатрии. М., 1965. 321 с.
5. Международная классификация болезней, 10-й пересмотр (МКБ-10). СПб., 1994. 303 с.
6. Портнов А.А. Общая психопатология. М.: Медицина, 2004. С. 48, 151–161.
7. Смирнов О.Р. Структурные особенности тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Клиническая геронтология. 2009. № 10–11. С. 32–35.
8. Смирнов О.Р. Клинико-динамические особенности тревоги у дементных больных // Материалы XV съезда психиатров России. М., 2010. С. 179.
9. Смирнов О.Р. Клиника деменций позднего возраста // Очерки клинической нейропсихиатрии. М., 2010. С. 112–136.
10. Смирнов О.Р. Психическая и соматическая тревога у пожилых, страдающих деменцией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 4. С. 26–30.
11. Смирнов О.Р. Терапевтическая динамика постпсихотических тревожных состояний у больных позднего возраста со слабоумием // Клиническая геронтология. 2012. Т. 18, № 11–12. С. 16–20.
12. Смирнов О.Р. Особенности переходных тревожных состояний у пожилых, страдающих слабоумием // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, № 2. С. 33–37.
13. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина, 1996. 303 с.
14. Comings J.L., Mega M., Gray K. et al. The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia // J. Neurology. 1994. Vol. 44. P. 2308–2314.

ДИАГНОСТИЧЕСКИ ЗНАЧИМЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТПСИХОТИЧЕСКИХ ПЕРЕХОДНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ

О.Р. Смирнов

В исследование было включено 39 пациентов, страдавших болезнью Альцгеймера, сосудистой и смешанной деменцией. 22 из них перенесли делирий, 17 – тревожную агитацию без помрачения сознания. Больные наблюдались в постпсихотическом периоде. Для постделириозного состояния были характерны астения, убывающий резидуальный бред и апатия. После тревожной агитации часто отмечались возвратная агитация, неконгруэнтное благодушие, динамический маломасштабный бред. Сравнительный анализ показал, что первая группа симпто-

мов связана с острым экзогенно-органическим психозом, а вторая – с сенильно-атрофическим процессом. Кроме того, частыми симптомами в переходном периоде были тревожная раздражительность и вторичная гипотимия. Нестабильность, неконгруэнтность и особая динамика симптомов – клинически важные особенности этих состояний.

Ключевые слова: деменция, делирий, переходное состояние, тревога, сосудистая деменция, болезнь Альцгеймера, дифференциальный диагноз.

DIAGNOSTICALLY IMPORTANT CHARACTERISTICS OF POSTPSYCHOTIC TRANSITORY CONDITIONS IN ELDERLY PATIENTS

O.R. Smirnov

The author reports about research involving 39 patients with Alzheimer, and vascular and mixed dementia. 22 of them had experienced a delirium and 17 had experienced anxious agitation without clouded consciousness. The patients were followed in post-psychotic period. Post-delirious conditions were characterized by asthenia, diminishing residual delusions and apathy. The anxious agitation was frequently followed by recurrent agitation, incongruent placidity or small-scale delusion. Comparative analysis showed that the first

group of symptoms was associated with organic psychosis, while the second group of symptoms was associated with age-related atrophic processes. Among other frequent symptoms in transitory states the author mentioned anxious irritability and secondary hypothyria. Instability, incongruence and special course also happen to be important characteristics of these conditions.

Key words: dementia, delirium, transition conditions, anxiety, vascular dementia, Alzheimer disease, differential diagnosis.

Смирнов Олег Рудольфович – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отдела психической патологии позднего возраста Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России; e-mail: oleg_rud_s@mail.ru