

## ОСОБЕННОСТИ СТРУКТУРЫ И ПСИХОПАТОГЕНЕЗА БРЕДОВЫХ СИНДРОМОВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ИЛИ СОСУДИСТОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины

**Проанализированы особенности структуры бредовых синдромов у пациентов с различной нозологической принадлежностью — шизофренией и сосудистой деменцией. Рассмотрены особенности психопатогенеза бредовых синдромов при данных заболеваниях, выделены этапы их развития.**

*Ключевые слова:* сосудистая деменция, шизофрения, параноидный синдром, парафренный синдром, синдромкинез.

Проблемы разграничения этиологии бредовых синдромов и нозологической принадлежности бреда у больных пожилого и старческого возраста — актуальная задача современной психиатрии и геронтологии ввиду различий в прогнозе развития заболевания и терапевтических тактиках [1–3].

В контексте проблемы дифференциальной диагностики бредовой симптоматики врачи-психиатры наиболее часто сталкиваются с такими нозологическими единицами, как шизофрения и деменция с психотическими симптомами. В контексте данной проблемы возникает также необходимость разграничения конечных состояний эндогенно-процессуальной патологии с резидуальным бредом и массивной онтогенетически-аккумулированной органической аранжировки и инициальных бредовых синдромов в структуре цереброваскулярных поражений, где специфичность спектра поражения психических сфер, лежащая в основе выявления базового регистра поражения психики, смазана [4–6].

Данную проблему дополнительно отягощает имманентное сходство аффективных и контекстуально-атрибутивных аспектов бредовых синдромов эндогенного и органического генеза в пожилом и старческом возрасте. В связи с этим сравнительный анализ синдромогенетических, синдромокинетических и синдромотаксических аспектов психопатогенеза бредовых синдромов в структуре параноидной формы шизофрении и сосудистой деменции с параноидными включениями представляет собой приоритетную задачу для дальнейшего совершенствования нозодескриптивной и дифференциально-диагностической методологии в сфере компетенции психогеронтологии [6–8].

В этом контексте актуально выявление особенностей синдромокинеза бредовых синдромов, происходящего на фоне прогрессирующей патопластической модификации клинических проявлений экзогенно-органическим радикалом в рамках процесса органического поглощения эндогенных

расстройств, лежащего в основе эквивалентности психопатологии [7, 8].

Цель исследования — проанализировать особенности бредовых синдромов в структуре параноидной формы шизофрении и сосудистой деменции с параноидными включениями и рассмотреть их синдромокинез.

На базе КУ «Запорожская областная психиатрическая больница» Запорожского областного совета обследованы 122 пациента, которые были разделены на две группы.

Первая группа исследования (ГИ-1) — 60 пациентов с диагнозом смешанная корковая и подкорковая сосудистая деменция с параноидными включениями (F01.3 по МКБ-10). Средний возраст обследованных данной группы составил  $70,5 \pm 2,8$  года, длительность течения заболевания — от 5 до 11 лет.

Вторая группа исследования (ГИ-2) — 62 пациента с диагнозом резидуальная шизофрения (F20.5 по МКБ-10). Средний возраст больных —  $69,2 \pm 2,3$  года, длительность заболевания — от 10 до 50 лет.

Методы исследования: изучение медицинской документации, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, катамнестический, статистический.

Ретроспективное исследование позволило выделить следующие варианты психопатогенетических континуумов для пациентов ГИ-1 и ГИ-2.

Синдромокинез бредовых синдромов у пациентов ГИ-1 определяется прогрессивно нарастающим психоорганическим синдромом, определяющим динамическую составляющую данного процесса.

Для бредовых синдромов в структуре сосудистой деменции динамика развития психопатологических нарушений определяется прогрессивно нарастающим психоорганическим синдромом и имеет вид континуума: «умеренные когнитивно-мнестические нарушения + бредовые синдромы

параноидного круга (в том числе депрессивно-параноидные) +/- делириозные эпизоды с бредовой интерпретацией → скоротечная эскалация бредового синдрома на фоне сосудистого криза или достижения пороговых ишемически-геморрагических поражений морфологического субстрата при стабильно прогрессирующем течении (параноидный / парафренный / псевдопаралитический / бред Котара) → конечное состояние в виде тотальной деменции с бредовыми включениями».

Синдромокинез бредовых синдромов у пациентов ГИ-2 представляет собой процесс прогрессирующего поглощения симптоматики, формирующей его клиническое наполнение, специфическим личностным дефектом вплоть до достижения

конечного состояния, сопровождающегося тотальной инкогерентией мышления. Этот процесс не имеет общепринятой системы номинации промежуточных состояний, в результате возникает конвенционально-диагностическая дихотомия «парафренный синдром — конечное состояние». Тем не менее динамика данного процесса позволяет констатировать континуальный и неравномерный характер редукции симптоматики и выделить ее вектор. Атрибутивные нарушения редуцируются путем прогрессирующего снижения степени систематизации бреда, расширения его фабулы до формирования бредового мировосприятия. Вычурность бредовых идей также растет за счет нарастания степени амбивалентности, патологического

**Варианты бредовых синдромов в зависимости от этапа синдромокинеза**

Этап	Синдром	ГИ-1, n = 60			ГИ-2, n = 62		
		описание	абс. ч.	%	описание	абс. ч.	%
Параноидный	Параноидный	Вторичный интерпретативный бред персекуторного содержания на фоне делириозных эпизодов сосудистого генеза	18	30,00	Галлюцинаторно-параноидный синдром с рефрактерными идеями отношения или преследования пациентов	8	12,90
		Бред воздействия на фоне галлюцинаторных феноменов с феноменами идеаторного автоматизма (органический эквивалент синдрома Кандинского — Клерамбо)	7	11,67	Бред воздействия с наличием идеаторных автоматизмов (синдром Кандинского — Клерамбо)	30	48,39
Парафренный	Парафренный	Мегаломанический бред с массивными конфабуляторными феноменами (конфабуляторная парафрения)	1	1,67	Мегаломанический бред особого значения с мессинской фабулой и доминированием персекуторных идей и патетически-гипертимной аффективной аранжировкой (парафренный синдром)	9	14,52
		Мегаломанический бред с экспансивно-эйфорическим фоном аффекта (экспансивная парафрения)	1	1,67			
	Аффективно-бредовый	Мегаломанический бред с утрированной фабулой и эйфорическим фоном аффекта (псевдопаралитический)	2	3,33	Мегаломанический бред особого значения с утрированной фабулой, эйфорической аффективной аранжировкой (парафренный синдром с органической импрегнацией)	5	8,06
		Мегаломанический бред с депрессивным фоном аффекта (депрессивно-параноидный)	6	10,00			
		Мегаломанический депрессивный, ипохондрически-нигилистический бред (синдром Котара)	1	1,67			
Метапарафренный	Недифференцируемый (конечное состояние)	Грубые вербальные и поведенческие нарушения со спонтанными эпизодами психомоторного возбуждения (при наличии бредовых синдромов в анамнезе)	20	33,33	Инкогерентия мышления с шизофазией, инконгруэнтными поведенческими феноменами, спонтанными эпизодами психомоторного возбуждения (при наличии бредовых синдромов в анамнезе и отсутствии расстройств кататоно-гебефренического спектра)	10	16,13

символизма, контаминации понятий, достигая в своем итоге тотальной субъективной непонятности. Таким образом, синдромокинез в данном случае включает в себя спектр «метарафренных» состояний, детерминированных характером и пропорцией прогрессирования компонентов личностного дефекта, и не подлежит стратификации на основании единого признака.

Континуум синдромокинеза бредовых синдромов в структуре параноидной формы шизофрении целесообразно отразить в виде «параноидный синдром → парафренный синдром + органическая импрегнация → метапарафренные состояния → распад бредовой системы / резидуальный бред».

Воздействие патопластических факторов экзогенно-органического круга на психопатогенез определяется двумя конкурирующими процессами: прогрессированием личностной дефицитарности в рамках шизофренического дефекта и прогрессированием органического поражения ЦНС. Результатом данного процесса становится расширение спектра «метарафренных» состояний за счет включения в их число состояний — дериватов патопластической модификации, а также увеличение возможных конечных состояний за счет диспропорции между динамикой прогрессирования эндогенного и органического радикалов.

Психопатологический континуум парафренного синдрома с органической импрегнацией имеет такой вид: «органический фон + эндогенный процесс / эндогенный процесс + органический радикал → параноидный синдром с органической импрегнацией → парафренный синдром с органической импрегнацией → конечное состояние с инкогеренцией».

В результате проведенного анализа для обеих нозологических форм стало возможным выделить три этапа синдромокинеза:

- параноидный (представлен параноидным синдромом или его эквивалентами);
- парафренный (представлен парафренным синдромом или его эквивалентами);
- метапарафренный (представлен дериватами патопластической модификации парафренного синдрома и конечными состояниями).

Клинико-дескриптивный анализ структуры психопатологических нарушений позволил провести систематизацию и выявить синдромальную структуру данных этапов (таблица).

Выделенная структура и клинико-психопатологические особенности бредовых синдромов в структуре исследованных нозологических форм имели такой вид.

В ГИ-1 параноидный этап представлен вторичным бредом после перенесенных делириозных эпизодов и органическим эквивалентом синдрома

Кандинского — Клерамбо, парафренный — конфабуляторной и экспансивной парафрениями, псевдопаралитическим синдромом, депрессивно-параноидным синдромом и синдромом Котара, метапарафренный — конечным состоянием недифференцируемого бреда с выраженными вербальными нарушениями.

В ГИ-2 параноидный этап представлен галлюцинаторно-параноидным синдромом и синдромом Кандинского — Клерамбо, парафренный — парафренным синдромом и его патопластически-модифицированными вариантами, метапарафренный — недифференцируемым бредом с инкогеренцией и шизофазией.

Полученные результаты исследования позволяют определить мишени синдромальной дифференциации на каждом этапе синдромокинеза бредовых расстройств, необходимые для дальнейшего совершенствования дифференциально-диагностической методологии.

#### Список литературы

1. Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis: A Clinical Update / E. Cort, J. Meehan, S. Reeves, R. Howard // *J. Psychosoc. Nurs. Ment. Health Serv.*— 2018.— № 56 (1).— P. 37–47.
2. *Van Assche L.* The Neuropsychological Profile and Phenomenology of Late Onset Psychosis: A Cross-sectional Study on the Differential Diagnosis of Very-Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis, Dementia with Lewy Bodies and Alzheimer's Type Dementia with Psychosis / L. Van Assche, E. Van Aubel, L. Van de Ven [et al.] // *Arch. Clin. Neuropsychol.*— doi: 10.1093/arclin/acy034. PMID: 29635309
3. *Poletti M.* The development of delusion revisited: a transdiagnostic framework / M. Poletti, F. Sambataro // *Psychiatry Res.*— 2013.— № 210 (3).— P. 1245–1259.
4. *Fischer C. E.* Psychosis and dementia: risk factor, prodrome, or cause? / C. E. Fischer, Agüera-L. Ortiz // *Int. Psychogeriatr.*— № 30 (2).— P. 209–219.
5. *Bebbington P.* Transdiagnostic Extension of Delusions: Schizophrenia and Beyond / P. Bebbington, D. Freeman // *Schizophr. Bull.*— 2017.— № 43 (2).— P. 273–282.
6. *Song M. H.* Semiological differences between late-life schizophrenia and senile dementia / M. H. Song, H. Hamada, M. Mimura // *Keio J. Med.*— 2014.— № 63 (2).— P. 34–38.
7. *Морозова В. Д.* Особенности клиники шизофрении, сочетающейся с церебральной сосудистой патологией: автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / В. Д. Морозова.— М., 1987.— 24 с.
8. *Подвигин С. Н.* Особенности проявлений негативных расстройств и нейрокогнитивного дефицита

у больных параноидной шизофренией с коморбидной артериальной гипертензией / С. Н. Подвигин //

Вестн. новых медицинских технологий.— 2010.— Т. 17, № 2.— С. 138–140.

---

**ОСОБЛИВОСТІ СТРУКТУРИ І ПСИХОПАТОГЕНЕЗУ МАЯЧНИХ СИНДРОМІВ  
У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ АБО СУДИННУ ДЕМЕНЦІЮ**

В. О. КУРИЛО

**Проаналізовано особливості структури маячних синдромів у пацієнтів із різною нозологічною приналежністю — шизофренією і судинною деменцією. Розглянуто особливості психопатогенезу маячних синдромів при цих захворюваннях, виділено етапи їх розвитку.**

*Ключові слова: судинна деменція, шизофренія, параноїдний синдром, парафренний синдром, синдромкінез.*

---

**PECULIARITIES OF THE STRUCTURE AND PSYCHOPATHOGENESIS OF DELUSIONAL  
SYNDROMES IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA OR VASCULAR DEMENTIA**

V. O. KURYLO

**The features of the structure of delusional syndromes in patients with different nosological characteristics — schizophrenia and vascular dementia — were analyzed. The features of psychopathogenesis of delusional syndromes in these diseases were featured, their stages were identified.**

*Key words: vascular dementia, schizophrenia, paranoid syndrome, paraphrenic syndrome, syndromokinesis.*

---

*Поступила 22.01.2018*