

Клинико-психопатологические особенности шизофрении и шизофреноподобных расстройств, манифестирующих в позднем возрасте

Валерия Витальевна Почуева, Игорь Владимирович Колыхалов
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

Автор для корреспонденции: Валерия Витальевна Почуева, valeriya.pochueva@gmail.com

Резюме

Обоснование: после деменции и депрессии шизофреноподобный психоз с очень поздним началом является самой большой диагностической группой среди психических заболеваний в позднем возрасте [1]. Многими авторами обсуждается его сходство с нейродегенеративными заболеваниями, а также риск развития деменции в исходе заболевания. **Цель:** изучить клинико-психопатологические особенности очень поздно манифестирующей шизофрении и шизофреноподобных психозов и их влияние на течение заболевания. **Пациенты и методы:** обследованы 45 пациентов (средний возраст $70,6 \pm 8,70$ года), у которых были диагностированы шизофрения, шизоаффективное расстройство, хроническое бредовое расстройство и органическое шизофреноподобное расстройство. Возраст манифестации заболевания — 60 лет и старше. Оценка состояния пациентов проводилась клинико-психопатологическим и психометрическим методами с использованием шкал (PANSS, CDSS, HAMD, MoCA, MMSE) на 0 и 28-й день от начала терапии. **Результаты:** была установлена клиническая гетерогенность и описаны различные варианты краткосрочного исхода психоза в зависимости от клинической картины и ведущего синдрома. В 15 случаях (33%) доминировала тяжелая полиморфная психотическая симптоматика с грубой дезорганизацией психической деятельности, отмечалось формирование негативных и когнитивных расстройств по завершении приступа, что приводило к снижению социального и бытового функционирования. В 22 случаях (49%) превалировала параноидная симптоматика, имевшая характерную «возрастную» окраску, с сохранением резидуальных бредовых идей и формированием негативных расстройств в исходе острого периода. В 8 случаях (18%) преобладала аффективно-бредовая симптоматика, для данной группы пациентов был характерна полная редукция расстройств и восстановление доболезненного уровня социально-бытового функционирования. **Выводы:** особенности клинической картины, в том числе характер и степень выраженности когнитивных нарушений в острый период заболевания, являются прогностически значимыми. Полученные данные могут послужить основанием для разработки персонализированных терапевтических подходов, учитывающих синдромальные особенности и течение очень поздно манифестирующих психозов.

Ключевые слова: шизофрения, поздно манифестирующие шизофреноподобные психозы, хроническое бредовое расстройство, поздний возраст, течение шизофрении

Для цитирования: Почуева В.В., Колыхалов И.В. Клинико-психопатологические особенности шизофрении и шизофреноподобных расстройств, манифестирующих в позднем возрасте. *Психиатрия*. 2023;21(6):31–41. <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-31-41>

RESEARCH

UDC 616.89-008; 616.89-02-036

<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-31-41>

Clinical and Psychopathological Features of Late-Onset Schizophrenia and Schizophrenia-Like Psychosis

Valeriya V. Pochueva, Igor V. Kolykhalov

FSBSI "Mental Health Research Centre", Moscow, Russia

Corresponding author: Valeriya V. Pochueva, valeriya.pochueva@gmail.com

Resume

Background: schizophrenia-like psychosis with very late onset is one of the most common diagnostic group in late age mental disorders exclude dementia and depression with psychotic symptoms [1]. Geriatric psychiatrists discuss its similarity to neurodegenerative diseases and risk of dementia development in the outcome of disease. **The aim** was to study the clinical and psychopathological features of very late manifesting schizophrenia and schizophrenia-like psychoses and their impact on the course of the disease. **Patients and methods:** 45 patients were observed, the mean age was 70.6 ± 8.70 years. Patients were diagnosed with schizophrenia, schizoaffective disorder, chronic delusional disorder and schizophrenia-like disorder, with onset

after 60 years. Psychopathological and psychometric (PANSS, CDSS, HAMD, MoCA, MMSE) methods were used. Assessment was performed at the 0 day and at the 28th day from the beginning of the treatment. **Results:** heterogeneity and different short-terms outcomes of acute psychosis were described depending on the clinical characteristics and predominant syndrome complex. In 15 cases (33%) prevailed severe polymorphic psychotic symptoms of mental disorganization with formation of negative symptoms and cognitive impairment with decreasing social and daily activity. In 22 cases (49%) dominated paranoid symptoms with old age persecutory delusions with formation of residual positive and negative symptoms. In 8 cases (18%) prevailed affective and delusional symptoms. This group was characterized with high level of reduction of productive symptoms and restoration of premorbid social and daily activity. **Conclusions:** features of clinical characteristics, including the nature and severity of cognitive impairment at the onset of disease, are significant for prognosis and outcomes of disease. The data obtained could be served for the development of personalized therapeutic approaches that take into account the syndromic features and course of late-onset psychosis.

Keywords: schizophrenia, very late-onset schizophrenia-like psychosis, delusional disorder, old age, course of schizophrenia

For citation: Pochueva V.V., Kolykhalov I.K. Clinical and Psychopathological Features of Late-Onset Schizophrenia and Schizophrenia-Like Psychosis. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2023;21(6):31–41. (In Russ.). <https://doi.org/10.30629/2618-6667-2023-21-6-31-41>

ВВЕДЕНИЕ

Пожилый возраст является «вторым пиком» по развитию психических расстройств, после подросткового и юношеского [1]. Психические заболевания в позднем возрасте имеют разную этиологию, клинические проявления и связаны со значительной частотой встречаемости и высокой смертностью пациентов. Причиной развития психозов в этот период жизни становится сложное взаимодействие различных биологических, психологических, социальных и средовых факторов. Первичные психотические расстройства включают заболевания, при которых продуктивные симптомы выступают в качестве основных. К ним относят шизофрению и расстройства шизофренического спектра. Распространенность шизофрении среди пожилых людей составляет 0,1–0,5% [2], что контрастирует с общей распространенностью шизофрении в популяции, составляющей около 1%. Относительно более низкая распространенность шизофрении среди пожилых людей может быть объяснена повышенной преждевременной смертностью (по разным причинам) среди лиц с этим заболеванием [3].

Исторически сложилось так, что нозологическая оценка поздно манифестирующей шизофрении всегда считалась спорной [4]. Различные мнения о возрасте начала заболевания, нечеткость диагностических критериев и трудности дифференциальной диагностики приводили к противоречивым результатам [5]. Консенсус в отношении номенклатуры и рекомендаций по лечению, составивший основу будущих исследований, был достигнут только в 2000 г. Согласно рекомендациям Международной группы по изучению поздней шизофрении, выделяют поздно манифестирующую шизофрению с возрастом начала заболевания старше 40 лет (late-onset schizophrenia) и очень поздние шизофреноподобные психозы, манифестирующие после 60 лет (very late onset schizophrenia-like psychosis, VLOSLP). Клиническая картина в этих случаях обнаруживает сходство с шизофренией, развившейся в молодом возрасте. Отличительными чертами считаются преобладание лиц женского пола, меньшая выраженность формальных расстройств мышления и большая частота зрительных галлюцинаций [2].

В крупнейшем на сегодняшний день когортном эпидемиологическом исследовании J. Stafford и соавт. обнаружили, что общий уровень заболеваемости VLOSLP составляет 37,66 на 100 тыс. человеко-лет в группе риска, в которую входят лица со статусом мигранта, с сенсорным дефицитом, неблагоприятными жизненными событиями в анамнезе и подверженные социальной изоляции [1]. Авторы также отметили, что заболеваемость VLOSLP с возрастом увеличивается как у мужчин, так и у женщин, но у лиц женского пола темпы прироста выше.

Термин VLOSLP представляет собой достаточно широкое понятие и включает не только собственно шизофрению, но и другие первичные неорганические и неаффективные галлюцинаторно-бредовые расстройства, тем самым раздвигая диагностические критерии этого понятия и усложняя дифференциальную диагностику [6]. Для клинической картины VLOSLP характерны мультимодальные галлюцинации, бред преследования и бред малого масштаба по типу «квартирного параноида», наряду с незначительной выраженностью расстройств мышления и негативной симптоматики [7]. Вместе с тем исследователями представлены данные о возможности развития негативных процессуальных изменений по типу апато-абулического и псевдоорганического дефекта [8], в то время как продуктивная симптоматика может быть сходна с таковой в молодом возрасте и включать острые галлюцинаторно-параноидные состояния с парафреническими и кататоническими расстройствами [9].

Для инициального этапа характерны подозрительность, аффективная лабильность с раздражительностью с постепенным появлением простых галлюцинаций и дальнейшим развитием параноидной симптоматики [10]. Однако нередко сохраняются трудности при определении точного момента начала заболевания.

Ряд исследователей считают, что клиническая картина поздно манифестирующих шизофреноподобных психозов имеет сходство с нейродегенеративными заболеваниями, в частности в отношении когнитивного дефицита, наличия характерной «возрастной» окраски психоза, проявляющейся как в содержании бредовых

идей, так и в нарушениях поведения [11–13]. Это послужило основанием считать данную диагностическую категорию продромальным этапом нейродегенеративных заболеваний. Несмотря на то что у пациентов с VLOSLP риск развития деменции выше в сравнении со здоровым населением, четких предикторов развития деменции в дальнейшем не выявлено, а у большинства пациентов возникающий когнитивный дефицит остается стабильным на протяжении длительного времени, не приводя к соответствующему функциональному снижению [13].

Таким образом, несмотря на достаточное количество разносторонних исследований, типология приступов, характер течения заболевания и его возможный прогноз остаются до конца не изученными.

Цель исследования: изучить клинико-психопатологические особенности очень поздно манифестирующей шизофрении и шизофреноподобных психозов и их влияние на течение заболевания.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Выделить различные клинические группы больных с очень поздней шизофренией и шизофреноподобными психозами.
2. Оценить связь когнитивных нарушений с продуктивной симптоматикой.
3. Выявить взаимосвязь между клиническими группами и последующим течением заболевания.

Пациенты и методы

Исследование проводилось в клинических отделениях отдела по изучению проблем гериатрической психиатрии (зав. отделом профессор С.И. Гаврилова) ФГБНУ НЦПЗ (директор профессор Т.П. Ключник).

Обследованы 45 пациентов (43 женщины, 2 мужчин). Средний возраст на момент обследования — 70 [63; 78] лет.

Критерии включения в исследование:

- состояние соответствует критериям психоза F20, F22.8, F25, F06.2 по Международной классификации болезней 10-го пересмотра;
- возраст 60 лет и старше;
- возраст манифестации психоза 60 лет и старше.

Критерии невключения в исследование:

- наличие синдрома деменции;
- возникновение психических и поведенческих нарушений вследствие употребления психоактивных веществ, в том числе алкоголя;
- наличие сопутствующих нестабильных соматических заболеваний.

Этические аспекты

Все участники подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Проведение исследования было одобрено Этическим комитетом ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 408 от 26.12.2017 г.) и соответствовало положениям Хельсинкской декларации 1964 г., пересмотренной в 1975–2013 гг.

Ethic aspects

All examined participants of study signed an informed consent to take part in the study. The research protocol was approved by Local Ethic Committee (protocol № 408 from 26.12.2017). This study complies with the Principles of the WMA Helsinki Declaration 1964 amended 1975–2013.

Обследование пациентов проводилось с использованием клинико-психопатологического и психометрического методов с применением набора стандартизованных шкал: шкалы для оценки позитивных и негативных симптомов PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale) с подшкалами позитивных симптомов (PANSSpos), негативных симптомов (PANSSneg) и общей психопатологии (PANSSpsy); шкалы депрессии Калгари для больных шизофренией (CDSS, Calgary depression schizoprenia scale). Оценка степени тяжести депрессии у больных, отвечавших критериям депрессии по шкале CDSS, проводилась по шкале Гамильтона для оценки депрессии (HAMD — Hamilton Rating Scale for Depression). Оценку когнитивных функций осуществляли с помощью Монреальской шкалы когнитивной оценки (MoCA — Montreal Cognitive Assessment), краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE — Mini-Mental State Examination). Показатели шкал регистрировали при поступлении в стационар (0 день) и на 28-й день лечения.

Оценка исхода острого состояния проводилась с учетом редукции среднего суммарного балла (СБ) по шкалам PANSS, HAMD, CDSS и динамики показателей шкал MoCA и MMSE. Определяли выраженное в процентах отношение редукции суммы баллов PANSS, HAMD, CDSS, MoCA и MMSE в течение 28 дней к величине исходной суммы баллов. Высоким результатом считали уровень редукции симптомов на 50%, отсутствием результата признавалась редукция менее чем на 30%.

Статистическая обработка полученных данных проведена в программе Statistica 10. Для оценки статистической значимости различий полученных данных использован *t*-критерий Стьюдента. Оценка показателей в клинических группах не соответствовала закону нормального распределения, в связи с чем обработка данных проводилась с использованием непараметрических методов с применением критериев Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни (межгрупповое и внутригрупповое сравнение). Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Диагноз шизофрения (F20; 295.90) был установлен в 19 случаях (42,2%), шизоаффективное расстройство (F25; 295.70) — в 9 случаях (20%), хроническое бредовое расстройство (F22.8; 297.1) — в 7 случаях (15,5%) и органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2; 293.81) — в 10 случаях (22,2%). Средний возраст манифестации заболевания — 68 [61; 75] лет,

Таблица 1. Психометрическая оценка состояния пациентов (PANSS, CDSS, HAMД, МоСА, MMSE) на момент обращения (0 день) и 28-й день исследования

Table 1 Psychometric assessment of patients (PANSS, CDSS, HAMД, MoCA, MMSE) at the date of admission (0 day) and at the 28th day of study

Средний суммарный балл (ССБ)/Average total score Шкала/Scale	Оценка по данным обследования пациентов/Value of psychometric assessment	
	0 день (n = 45)/ 0 day (n = 45)	28-й день (n = 45)/ 28 th day (n = 45)
PANSS	95,22 ± 18,66	66,31 ± 16,81
Редукция ССБ PANSS, %/Reduction of average total score for PANSS, %*	n/a	28,4 [19,1; 37,1]**
PANSSpos	25,86 ± 7,33	16,17 ± 5,29
Редукция ССБ PANSSpos, %/Reduction of average total score for PANSSpos, %*	n/a	36,4 [21,1; 45,5]**
PANSSneg	19,93 ± 5,5	15,2 ± 5,16
Редукция ССБ PANSSneg, %/Reduction of average total score for PANSS neg, %*	n/a	15,4 [7,7; 27,8]**
PANSSpsy	49,28 ± 9,74	34,39 ± 8,03
Редукция ССБ PANSSpsy, %/Reduction of average total score for PANSSpsy, %*	n/a	28,9 [14,3; 36,7]**
CDSS	6 [2; 12]**	0 [0,5; 3,5]**
Редукция ССБ CDSS, %/Reduction of average total score for CDSS, %*	n/a	82,2 [50; 100]**
HAMД	19,25 ± 7,43	7,36 ± 4,85 7 [3; 11]**
Редукция ССБ HAMД, %/Reduction of average total score for HAMД, %*	n/a	66,6 [46,4; 81,8]**
МоСА	19,14 ± 5,15	20,64 ± 5,46
Динамика ССБ МоСА, %/Dynamics of average total score for MoCa, %*	n/a	8 [0; 17,4]** [-14,3; 83,3]***
MMSE	24,47 ± 5,04	26,2 ± 4,0
Динамика ССБ MMSE, %/Dynamics of average total score for MMSE, %*	n/a	7,2 [0; 13,6]** [-3,7; 125]***

Примечание: * — отношение редукции суммы баллов по PANSS, HAMД, MMSE и МоСА в течение 28 дней к величине исходной суммы баллов, выраженное в процентах; ** — указаны медиана и 25% и 75% квантили; *** — указаны минимальные и максимальные значения в связи с разнонаправленностью показателей.

Notes: * — the ratio of the reduction in the total scores of PANSS, HAMД, MMSE, and MoCA over 28 days to the initial total score, expressed as a percentage; ** — the median and 25th and 75th quartiles are specified; *** — the minimum and maximum values are specified due to the divergent nature of the indicators.

средняя длительность заболевания — 4,29 [0,25; 22,0] года.

В структуре психоза преобладали следующие синдромы: галлюцинаторно-бредовой — у 17 пациентов (37,7%) и аффективно-бредовой — у 12 (26,6%). Частота встречаемости синдрома Кандинского–Клерамбо составила 15,5% (7 больных), паранойяльного синдрома — 11,1% (5 пациентов), полиморфного синдрома с явлениями психической дезорганизации, элементами кататонического возбуждения и субступорозного состояния и симптомов парафрени — 8,8% (4 случая).

Анализ результатов исследования показал, что на момент обращения степень тяжести психотической симптоматики в общей группе пациентов, включенных в исследование, варьировалась от легкой до умеренной (по шкале PANSS). Симптомы депрессии были выявлены у большинства пациентов при оценке по шкале Калгари с последующей оценкой по шкале HAMД для уточнения тяжести депрессии. Были обнаружены положительные корреляции с общими психопатологическими симптомами по шкале PANSS в 0 день ($r = 0,61, p < 0,05$) и 28-й день соответственно ($r = 0,68, p < 0,05$). У всех пациентов степень выраженности когнитивных нарушений

варьировалась между легкой и средней, как по шкале MMSE, так и по тесту МоСА. В процессе лечения отмечалось умеренное уменьшение тяжести состояния по шкале PANSS ($t = 13,69, p < 0,05$) и субшкалам продуктивных (PANSSpos) ($t = 11,9, p < 0,05$) и негативных симптомов (PANSSneg) ($t = 3,55, p < 0,05$), субшкале общей психопатологии (PANSSpsy) ($t = 12,25, p < 0,05$) и по шкале HAMД ($t = 12,31, p < 0,05$). В процессе лечения отмечено минимальное улучшение когнитивных функций, регистрируемое на основании показателей шкалы MMSE ($t = -5,98, p < 0,05$) и шкалы МоСА ($t = -3,42, p < 0,05$).

Клинико-психопатологическая оценка с выделением ведущих психопатологических симптомов и синдромов и учетом психометрических показателей шкал PANSS, HAMД, МоСА, MMSE позволила сформировать три клинические группы психозов. В 1-ю группу психозов вошли состояния с преобладанием острой полиморфной психотической симптоматики и признаками грубой дезорганизации психической деятельности, 2-ю группу психозов характеризовало преобладание параноидной симптоматики с особой «возрастной» окраской, а 3-ю группу составили аффективно-бредовые психозы.

Таблица 2. Синдромально-нозологическая оценка пациентов в 3 группах
Table 2 Syndrome and nosological assessment of patients in 3 groups

	Диагноз/Diagnosis	Синдром/Syndrome
Группа 1/ The 1st group	Органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2) n = 7 (46,7%) Шизофрения (F20) n = 5 (33,3%) Хроническое бредовое расстройство (F22.8) n = 3 (20%)	Мультимодальные псевдогаллюцинации со вторичными бредовыми идеями: n = 6 (40%) Синдром Кандинского–Клерамбо: n = 4 (26,6%) Паранойальный синдром с идеями преследования, отравления: n = 2 (13,3%) Полиморфный синдром с парафренным бредом, явлениями кататонии: n = 2 (13,3%) Аффективно-бредовой синдром с маниакальным аффектом: n = 1 (6,6%)
Группа 2/ The 2nd group	Шизофрения (F20) n = 11 (50%) Хроническое бредовое расстройство (F22.8) n = 4 (18,2%) Шизоаффективное расстройство (F25) n = 4 (18,2%) Органическое шизофреноподобное расстройство (F06.2) n = 3 (13,6%)	Галлюцинаторно-параноидный с бредовыми идеями с чертами бреда «малого масштаба», аказмами: n = 13 (65%) Аффективно-бредовой с преобладанием депрессивного аффекта с кататимными бредом: n = 5 (25%) Паранойальный синдром с высокосистематизированным бредом ущерба, отравления: n = 1 (5%) Кататоно-бредовой синдром: n = 1 (5%)
Группа 3/ The 3rd group	Шизоаффективное расстройство (F25) n = 5 (62,5%) Шизофрения (F20) n = 3 (37,5%)	Аффективно-бредовой синдром: n = 4 (71,4%) Синдром Кандинского–Клерамбо с идеями воздействия, выраженными идеаторными автоматизмами: n = 1 (14,3%) Острый чувственный бред по типу «дорожного параноида»: n = 1 (14,3%)

Таблица 3. Показатели психометрических шкал PANSS, CDSS, HAMD, MoCA, MMSE для трех групп пациентов
Table 3 Scores of psychometric scales PANSS, CDSS, HAMD, MoCA, MMSE for 3 groups of patients

Шкалы/Scales	Группа 1 (n = 15)/ The 1 st group (n = 15)		Группа 2 (n = 22)/ The 2 nd group (n = 22)		Группа 3 (n = 8)/ The 3 rd group (n = 8)		p**	
	0 день/ 0 day	28-й день/ 28 th day	0 день/ 0 day	28-й день/ 28 th day	0 день/ 0 day	28-й день/ 28 th day	p 0 день	p 28-й день
PANSS (p ¹ = 0,002, p ²⁸ = 0,000)*	105,46 ± 17,99	81,30 ± 12,61	90,22 ± 16,79	63,61 ± 11,7	89,75 ± 18,9	46,57 ± 11,9	p ¹⁻² = 0,02	p ¹⁻² = 0,00 p ¹⁻³ = 0,00 p ²⁻³ = 0,005
PANSSpos (p ¹ = 0,072, p ²⁸ = 0,008)*	29,66 ± 6,05	21,00 ± 5,24	24,0 ± 7,19	14,85 ± 3,33	23,87 ± 7,93	11,14 ± 2,96	p ¹⁻² = 0,04	p ¹⁻² = 0,00 p ¹⁻³ = 0,00 p ²⁻³ = 0,04
PANSSneg (p ¹ = 0,026, p ²⁸ = 0,005)*	22,46 ± 5,73	18,86 ± 4,03	18,63 ± 5,76	15,31 ± 4,72	18,75 ± 2,05	12,00 ± 2,05	p ¹⁻² = 0,02 p ¹⁻³ = 0,03	p ¹⁻² = 0,01 p ¹⁻³ = 0,005
PANSSpsy (p ¹ = 0,006, p ²⁸ = 0,000)*	54,00 ± 9,97	41,46 ± 5,01	46,86 ± 8,04	33,47 ± 5,60	47,12 ± 11,5	24,00 ± 6,16		p ¹⁻² = 0,00 p ¹⁻³ = 0,00 p ²⁻³ = 0,006
CDSS (p ¹ = 0,92, p ²⁸ = 0,13)*	5,5 [2; 8]***	3 [0; 4]***	5 [2,5; 11]***	0 [0,00; 3,5]***	11 [0; 12]***	0 [0,00; 1,00]***		
HAMD (p ¹ = 0,078, p ²⁸ = 0,001)*	21,00 ± 5,92	10,92 ± 3,75	17,13 ± 6,96	6,61 ± 4,55	22,00 ± 10,00	3,0 ± 2,88		p ¹⁻² = 0,005 p ¹⁻³ = 0,003
MoCA (p ¹ = 0,059, p ²⁸ = 0,547)*	14,2 ± 2,16	17,23 ± 6,21	20,33 ± 4,27	22,22 ± 4,57	25,00 ± 1,00	23,50 ± 3,53	p ¹⁻² = 0,00 p ¹⁻³ = 0,00 p ²⁻³ = 0,01	p ¹⁻² = 0,01 p ¹⁻³ = 0,01
MMSE (p ¹ = 0,009, p ²⁸ = 0,008)*	21,64 ± 6,29	23,15 ± 4,91	25,65 ± 3,13	27,50 ± 2,33	26,5 ± 4,7	28,71 ± 1,6		p ¹⁻³ = 0,01

Примечание: * — указаны уровни достоверности, определенные критерием Краскела–Уоллиса при сравнении трех групп для 0 (p1) и 28-го дня (p28); ** — указаны уровни достоверности p между тремя группами, определенные критерием Манни–Уитни в 0 и 28-е дни; *** — указаны медиана и 25% и 75% квартили.

Notes: * — indicate the levels of significance determined by the Kruskal–Wallis criterion when comparing 3 groups for 0 (p1) and 28 days (p28); ** — the levels of significance (p-values) between three groups were determined using the Mann–Whitney criterion at 0 and 28 days; *** — the median and 25th and 75th quartiles are specified.

Каждая из групп включала в себя пациентов с нозологически различными расстройствами, отличавшимися

между собой по синдромальным характеристикам и исходу острого приступа. Ниже приведено распределение

Таблица 4. Показатели редукиции и динамики значений ССБ по шкалам PANSS, CDSS, HAMD, MMSE и МОСА для 3 групп
Table 4 Values of reduction and dynamics of average total score PANSS, CDSS, HAMD, MoCA and MMSE scales for 3 groups

Редукция и динамика значений ССБ по шкалам/ Reduction and dynamics of average total score, %	Группа 1 (n = 15)/ The 1 st group (n = 15)	Группа 2 (n = 22)/ The 2 nd group (n = 22)	Группа 3 (n = 8)/ The 3 rd group (n = 8)	p***
Редукция ССБ PANSS, %/Reduction of average total score for PANSS, % (p = 0,005)*	22,7 [12,7; 29,4] [5,95; 39,2]**	28,5 [23,0; 36,1] [0,00; 45,7]**	45,3 [25,8; 64,5] [0,00; 65,6]**	p ¹⁻³ = 0,04
Редукция ССБ PANSSpos, %/Reduction of average total score for PANSSpos, % (p = 0,10)*	26,6 [20,0; 40,7] [6,45; 45,5]**	37,8 [33,3; 49,0] [-17,6; 62,1]**	61,3 [21,05; 68,0] [21,5; 68,00]**	
Редукция ССБ PANSSneg, %/Reduction of average total score for PANSS neg, % (p = 0,08)*	8,4 [4,00; 25,8] [0,00; 39,3]**	15,3 [10,0; 23,8] [0,00; 37,03]**	30,0 [19,04; 57,1] [0,00; 60,0]**	p ²⁻³ = 0,04
Редукция ССБ PANSSpsy, %/Reduction of average total score for PANSSpsy, % (p = 0,05)*	22,5 [13,04; 30,0] [5,12; 43,07]**	29,09 [17,2; 35,7] [0,00; 47,5]**	42,1 [31,1; 64,1] [0,00; 67,9]**	p ¹⁻³ = 0,02 p ²⁻³ = 0,04
Редукция ССБ CDSS, %/Reduction of average total score for CDSS, % (p = 0,05)*	57,1 [33,3; 81,2] [0,00; 100,0]**	100,0 [66,6; 100] [-250,0; 100]**	100 [100,0; 100,0] [46,1; 100,0]**	p ¹⁻² = 0,04
Редукция ССБ HAMD, %/Reduction of average total score for HAMD, % (p = 0,02)*	46,5 [40,3; 62,5] [25,0; 83,3]**	66,6 [50,0; 81,8] [25,0; 90,0]**	87,06 [80,0; 95,4] [70,0; 97,6]**	p ¹⁻³ = 0,00 p ²⁻³ = 0,04
Динамика ССБ MoCA, %/ Dynamics of average total score for MoCa, % (p = 0,07)*	17,6 [9,09; 40,0] [-13,3; 83,3]**	4,46 [0,00; 8,1] [-14,28; 20,00]**	8,3 [0,00; 12,5] [0,00; 47,5]**	p ¹⁻² = 0,001
Динамика ССБ MMSE, %/Dynamics of average total score for MMSE, % (p = 0,43)*	9,5 [4,0; 17,6] [-7,4; 125,0]**	4,08 [0,00; 12,0] [0,00; 30,4]**	7,14 [0,00; 7,4] [0,00; 62,5]**	

Примечание: * — указаны уровни достоверности, определенные критерием Краскела–Уоллиса при сравнении трех групп; ** — указаны минимальные и максимальные значения в связи с разнонаправленностью показателей; *** — указаны уровни достоверности p между тремя группами, определенные критерием Манна–Уитни в 0 и 28-е дни.

Notes: * — indicate the levels of significance determined by the Kruskal–Wallis criterion when comparing 3 groups; ** — the minimum and maximum values are specified due to the divergent nature of the indicators; *** — the levels of significance (p-values) between three groups were determined using the Mann–Whitney criterion at 0 and 28th days.

больных в группах в соответствии с нозологической принадлежностью и выделением ведущего синдрома, в рамках которого имели место и другие психопатологические симптомы (табл. 2).

Результаты психометрической оценки по каждой группе приведены в табл. 3.

Была проведена оценка редукиции среднего суммарного балла и динамики показателей использованных психометрических шкал. Данные приведены в табл. 4.

1-я группа — с преобладанием тяжелой полиморфной психотической симптоматики и грубой дезорганизацией психической деятельности, включала 15 пациентов. Средний возраст пациентов — 78 [70; 71] лет, средний возраст манифестации заболевания — 75,5 [68; 78] года. Пациенты 1-й группы были достоверно старше пациентов 2-й и 3-й групп (p < 0,05), средний возраст манифестации заболевания был статистически значимо выше только в сравнении со 2-й группой (p < 0,05).

В клинической картине преобладали мультимодальные обманы восприятия — слуховые псевдогаллюцинации, зрительные и обонятельные галлюцинации, в отдельных случаях (у 3 пациентов) — галлюцинации общего чувства. Слуховые галлюцинации носили императивный и бранный характер, что приводило к грубым нарушениям поведения — уходу из дома, элементам агрессии к окружающим с переходом «преследуемого» в «преследователя». Бредовые расстройства проявлялись систематизированным бредом преследования, отравления, с угрозой жизни, иногда с элементами эротомании. В большинстве случаев они носили вторичный характер по отношению к галлюцинаторной

симптоматике. В рамках синдрома Кандинского–Клерамбо чаще всего отмечались сенсорные автоматизмы в виде чувства жжения, горения, покалывания, болей различной локализации, что зачастую имело в основе реальную соматическую патологию — боли и отеки нижних конечностей при хронической венозной недостаточности, ощущение скованности на фоне побочных действий психотропной терапии, кожные высыпания при аллергических реакциях, но имело бредовую интерпретацию «сделанности» и постороннего воздействия. Воздействие, по убеждению больных, осуществлялось как с помощью специальной аппаратуры, так и отравляющими веществами. На высоте состояния происходила «парафренизация» бреда, как с маниакальной направленностью, например с убежденностью в особом «высоком» происхождении, с бредом чужих родителей, так и с нигилистическим характером в виде убеждения в гниении внутренних органов, отсутствии языка или пищевода, что сопровождалось отказом от еды и питья с формированием метаболических нарушений в дальнейшем. У пациентов этой группы имели место отдельные проявления кататонического возбуждения с хаотичной, нецеленаправленной деятельностью, стереотипным складыванием предметов определенным образом (вне состояний амнестической спутанности сознания) и явлениями субступора с отсроченным моторным и речевым ответом, негативизмом, повышением или снижением мышечного тонуса. Для данной группы пациентов характерно выраженное когнитивное снижение, в части случаев на высоте психоза возникали отдельные признаки конфабуляторной спутанности, наблюдавшейся преимущественно в ночные или

вечерние часы. Нельзя исключить, что эти проявления связаны с влиянием возрастного фактора.

Анализ психопатологических расстройств в 1-й группе по шкале PANSS выявил достоверно более высокую исходную оценку, в частности, по субшкале позитивных симптомов при сравнении со 2-й группой ($p < 0,05$), в сравнении с 3-й группой различия были статистически не значимы ($p = 0,06$), что может быть обусловлено малым размером групп. Выраженность негативных симптомов, оцениваемых по субшкале PANSS, была минимальной как на 0 день, так и на 28-й, при этом были выявлены статистически значимые различия в сравнении со 2-й и 3-й группами ($p < 0,05$) с преобладанием расстройств апато-абулического круга, оцениваемых по кластеру анергия ($p < 0,05$). Пациенты 1-й группы имели более высокие показатели по кластеру нарушений мышления на 0 день, они статистически значимо отличались от соответствующих показателей во 2-й и 3-й группах ($p < 0,05$), а также по кластеру возбуждения по сравнению со 2-й группой, $p < 0,05$. В 71,5% случаев были выявлены депрессивные расстройства в 0 день в соответствии со шкалой CDSS, при дальнейшей оценке по шкале HAMD их можно было классифицировать как тяжелые.

Редукция ССБ по шкале PANSS на 28-й день лечения составила менее 30%. Отмечалась хорошая динамика по шкале HAMD с редукцией аффективных симптомов до 50%, динамика когнитивных показателей по шкалам MoCA и MMSE была разнонаправленной и варьировалась в диапазоне от ухудшения когнитивных функций до значимой положительной динамики — в 1,5–2 раза.

При проведении корреляционного анализа была установлена связь между показателями по шкале MoCA, оцениваемыми в 28-й день, и показателями по шкале HAMD и PANSS на 0 день ($r = -0,65$, $r = -0,60$ соответственно, $p < 0,05$). Также была выявлена положительная корреляция между улучшением показателей по шкале MMSE и редукцией среднего суммарного балла по PANSS ($r = 0,58$, $p < 0,05$).

2-я группа — с преобладанием параноидной симптоматики, включавшей идеи «малого масштаба». Нозологически эта группа представлена шизофренией у 11 пациентов (50%), шизоаффективным расстройством у 4 пациентов (18,2%), хроническим бредовым расстройством у 4 пациентов (18,2%) и органическим шизофреноподобным расстройством у 3 пациентов (13,6%). Средний возраст больных в группе — 67,5 [63; 77] года, средний возраст начала заболевания составил 64 [60; 73] года, что статистически значимо отличалось от 1-й группы ($p < 0,05$), различий с 3-й группой выявлено не было.

В клинической картине у больных 2-й группы преобладали бредовые расстройства: бред преследования и/или отравления, носивший интерпретативный характер и приводивший к соответствующему «бредовому» поведению — больные общались со своими «преследователями», пытались уйти из дома, скрыться от преследования. При этом бредовые расстройства

носили характерную «возрастную окраску» в виде идей ущерба, квартирного параноида, а галлюцинаторные расстройства имели абортивный характер и были представлены преимущественно аказмами в виде шума воды, стуков в соседней квартире, окликов, которые также получали бредовую интерпретацию. Синдром Кандинского–Клерамбо ограничивался идеями воздействия и сенсорными автоматизмами. 2-я группа пациентов характеризовалась меньшим когнитивным снижением и более низким уровнем негативных расстройств по сравнению с 1-й группой.

В данной группе исходная выраженность продуктивной и общей психопатологической симптоматики, оцениваемой по шкале PANSS, была ниже по сравнению с 1-й группой ($p < 0,05$) и сопоставима с 3-й группой. У 75% пациентов были выявлены депрессивные расстройства, что подтверждалось оценкой по шкале CDSS, степень их выраженности в соответствии со шкалой HAMD варьировалась от умеренной до легкой, однако достоверных отличий в сравнении с 1-й и 3-й группами не выявлено.

Выраженность когнитивных нарушений на 28-й день была минимальной, динамика показателей по шкалам MoCA и MMSE достоверно отличалась от 1-й группы ($p < 0,05$). Уровень редукции ССБ по шкале PANSS составил 29,24%. Для данной группы характерна значительная редукция выраженности аффективных симптомов — уровень редукции среднего суммарного балла по шкале HAMD составил 62,2%, в меньшей степени изменялись показатели оценки когнитивных функций, при этом не было установлено зависимости в выраженности когнитивного снижения от психопатологической симптоматики.

3-я группа ($n = 8$) характеризовалась преобладанием аффективно-бредовой симптоматики и нозологически была представлена шизофренией ($n = 3$; 37,5%) и шизоаффективным расстройством ($n = 5$; 62,5%). Средний возраст — 66 [63; 70] лет, возраст начала заболевания — 65 [62; 69] лет, что было сопоставимо со 2-й группой и значимо отличалось от 1-й ($p < 0,05$).

Бредовые переживания у больных 3-й группы были представлены преимущественно малосистематизированными идеями отравления, вредительства, а также острым чувственным бредом с явлениями дорожного параноида, бредом инсценировки с симптомами положительных двойников, голотимными идеями виновности и греховности. В начале исследования (0 день) был выражен аффект страха, тревоги, растерянности, зачастую с явлениями псевдодеменции. При оценке по шкалам MoCA и MMSE на 28-й день для этой группы пациентов было характерно минимальное снижение когнитивных функций или отсутствие такового, высокий уровень повседневной активности, высокий уровень редукции ССБ по шкале PANSS (50%) и по шкале HAMD (87%). Была установлена прямая корреляция между положительной динамикой показателей шкалы MoCA (на 28-й день) и исходной оценкой по шкале HAMD на 0 день ($r = 0,78$, $p < 0,05$), а также между

динамикой когнитивных нарушений, оцениваемых по шкале MMSE, и редукцией ССБ в процессе лечения по подшкале PANSSpos ($r = 0,82, p < 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенное исследование показало, что группа поздно манифестирующей шизофрении и шизофреноподобных расстройств клинически и нозологически гетерогенна. На основании оценки психопатологического синдрома комплекса были сформированы более однородные клинические группы, представленные различными нозологиями.

Характерные для 1-й группы мультимодальные галлюцинации, синдром психических автоматизмов с бредом воздействия и слуховыми псевдогаллюцинациями и формированием бредовых идей различного содержания и последующей их «парафренизацией» с включением симптомов «мягкой кататонии» позволяют предполагать преобладание эндогенного генеза психозов в этой группе. Ранее было показано, что характерными для поздно манифестирующих шизофреноподобных расстройств являются политематические бредовые идеи, в том числе эротомания, идеи ревности, бред по типу «квартирного параноида» [15, 16]. Согласно J. Velbeze и соавт., «вторичный» по отношению к галлюцинаторным расстройствам характер бредовых идей может указывать на большую вероятность эндогенного генеза заболевания [15]. Ранее В.Г. Ротштейном было показано, что независимо от этиологии для поздно манифестирующих психозов менее характерно развитие негативных симптомов [17].

Наряду с этим, развивающиеся в вечерние и ночные часы состояния конфабуляторной спутанности, а также умеренный когнитивный дефицит, выявляемый в остром периоде заболевания, дают основание для предположения о нейродегенеративном процессе [18, 19]. Кроме того, современная классификация болезней DSM-5 предлагает относить кататонические расстройства к органическому спектру расстройств [20]. Известно о более выраженном нарушении функций обучения и памяти у лиц с очень поздним началом шизофрении, что предполагало возможную связь этих психозов с нейродегенеративным процессом [21]. На риск дальнейшего прогрессирующего когнитивного ухудшения после перенесенного психоза также указывает наличие структурных аномалий в головном мозге пациентов [22]. По мнению J.I. Friedman и соавт., ускоренное снижение когнитивных функций у больных шизофренией старше 65 лет, длительно находившихся в лечебных учреждениях, отличается по своему течению от болезни Альцгеймера (БА). Для пациентов с шизофренией не было характерно снижение краткосрочной памяти, оптико-пространственные нарушения. В ходе шестилетнего исследования было продемонстрировано, что когнитивный дефицит у пациентов с шизофренией нарастает гораздо медленнее в сравнении с группой

БА [23]. Накопленные доказательства (гистопатологические, генетические и клинические исследования) свидетельствуют о реальных различиях в генетической предрасположенности, когнитивных нарушениях и особенностях прогрессирования заболевания при поздней шизофрении по сравнению с психозами при БА [24]. Выявленная нозологическая гетерогенность дополнительно указывает на трудности дифференциальной диагностики таких психозов [25, 26].

Вместе с тем для этих пациентов не характерна утрата повседневных навыков и способности к самообслуживанию, что не позволяет диагностировать у них синдром деменции. Тем не менее выраженность когнитивных нарушений на высоте психоза имеет прогностическую значимость: чем больше выраженность когнитивных расстройств в начале психоза, тем хуже терапевтический ответ. Можно предположить, что присоединение «возрастных факторов» — сосудистых, органических — может служить причиной манифестации как эндогенных, так и экзогенных психозов позднего возраста [27, 28]. Некоторые авторы рассматривают поздно манифестирующую шизофрению как «вторичную» патологию по отношению к цереброваскулярной [28].

Во 2-й группе пациентов в качестве синдромообразующего комплекса можно выделить паранойальный синдром. При этом другие симптомы, в том числе и «первого ранга», носят абортивный характер, что осложняет проведение дифференциальной диагностики. Данные особенности, а также присутствие в структуре бредовых расстройств «брёда малого масштаба» по типу «квартирного параноида» соотносятся с результатами исследований прошлых лет, в которых подробно были описаны такого рода психозы, трактованные как «инволюционные параноиды» [16, 29]. Однако следует отметить, что в описываемой нами группе данная возрастная тематика сосуществовала с бредом преследования, отравления, воздействия, которые выходили за рамки места проживания и узкого круга лиц, и не была синдромообразующей, в отличие от психозов, ассоциированных с деменцией [30]. Отдельно следует отметить у больных 2-й группы признаки социальной изоляции, снижение уровня интересов и повседневной активности в исходе острого приступа, что может быть прогностически неблагоприятным в отношении их дальнейшего усугубления. В проведенном нами ранее исследовании было показано, что выраженность негативных симптомов в сравнении с пациентами более молодого возраста является минимальной, что не позволяет говорить о формировании дефекта [31]. Ограничение социальной и повседневной активности, наблюдаемое в исходе острого приступа, может формироваться под влиянием различных факторов, в том числе личностных изменений и резидуальной продуктивной симптоматики. Неполную редукцию продуктивной симптоматики и отсутствие критики к перенесенному психозу можно рассматривать в связи с латентностью психической деятельности, характерной и для «физиологического старения» [32], что может негативно

отражаться на способности больных к реабилитации. Когнитивный дефицит оказался менее выраженным во 2-й группе пациентов и не был связан с остротой психоза. Таким образом, можно говорить о непрогрессирующей когнитивной дисфункции, напоминающей статическую когнитивную дисфункцию при шизофрении с ранним началом, которая в более позднем возрасте может быть связана с цереброваскулярной патологией [33]. Проведенные ранее исследования указывают на преобладание нарушений исполнительных функций и снижения памяти у таких больных, как при манифестации психоза в возрасте старше 40 лет, так и старше 60 лет, что указывает на меньшую роль возрастного фактора в формировании данных нарушений [34, 35]. Отличительной чертой всего симптомокомплекса в этой группе была его «незавершенность», как в отношении различных симптомов, так и уровня психопатологических расстройств. Полученные результаты требуют дальнейшего патопсихологического и нейропсихологического анализа в сравнении с сопоставимой по возрасту группой контроля, а также катamnестической оценки для определения риска вероятности последующего развития нейродегенеративного заболевания.

В 3-й группе пациентов клиническая картина была представлена преимущественно аффективно-бредовой симптоматикой. Депрессивный аффект имел возрастные особенности с преобладанием тревоги и явлений «псевдодеменции». Бредовые идеи имели изолированный характер и были не конгруэнтны аффекту. Данная группа характеризовалась наилучшим прогнозом в сравнении с двумя другими клиническими группами, возможно, из-за меньшей тяжести патологического процесса, что находит отражение и в однородности психопатологической структуры психоза. Характерные для больных этой группы минимальные когнитивные нарушения были связаны в большей степени с выраженностью аффективного компонента психоза. После становления ремиссии пациенты возвращались к трудовой деятельности, вели привычный образ жизни — сохранялись прежние интересы, круг общения, уровень толерантности к физическим и интеллектуальным нагрузкам. По мнению R.R. Tampi и соавт. [36], бредовые расстройства у пожилых людей обычно вызывают социальную дисфункцию, но в остальном эти пациенты продолжают сохранять нормальное когнитивное, личностное и профессиональное функционирование.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Группа очень поздно манифестирующей шизофрении и шизофреноподобных психозов представлена пациентами с острой полиморфной симптоматикой и грубой дезорганизацией психической деятельности, пациентами с преобладанием параноидной симптоматики, имеющей «возрастную» окраску, и пациентами с острыми аффективно-бредовыми приступами. Помимо синдромальных особенностей, группы различались по степени выраженности когнитивных нарушений

и характеру течения. Особенности клинической картины, в том числе характер и степень выраженности когнитивных нарушений в начале заболевания, могут являться прогностически значимыми. Полученные данные могут послужить основанием для разработки персонализированных терапевтических подходов, учитывающих синдромальные особенности, течение и прогноз психозов позднего возраста. На данном этапе исследования прогностические характеристики таких психозов являются предварительными. Для оценки более отдаленных исходов необходимо проведение нейробиологических и нейровизуализационных исследований для оценки вклада ряда патогенетических факторов в развитие поздно манифестирующих шизофреноподобных психозов.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ/REFERENCES

1. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry*. 2000;157(2):172–178. doi: [10.1176/appi.ajp.157.2.172](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.172)
2. Diwan S, Cohen CI, Bankole AO, Vahia I, Kehn M, Ramirez PM. Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: prevalence and associated factors. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2007;5(12):991–998. doi: [10.1097/JGP.0b013e31815ae34b](https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31815ae34b)
3. Sharma ER, Debsikdar AV, Naphade NM, Shetty JV. Very Late-onset Schizophrenia Like Psychosis: Case Series and Future Directions. *Indian J Psychol Med*. 2014;36(2):208–210. doi: [10.4103/0253-7176.130999](https://doi.org/10.4103/0253-7176.130999)
4. Pearman A, Batra A. Late-onset schizophrenia: A review for clinicians. *Clinical Gerontologist*. 2012;35(2):126–147. doi: [10.1080/07317115.2011.642943](https://doi.org/10.1080/07317115.2011.642943)
5. Stafford J, Howard R, Dalman C, Kirkbride JB. The Incidence of Nonaffective, Nonorganic Psychotic Disorders in Older People: A Population-based Cohort Study of 3 Million People in Sweden. *Schizophr Bull*. 2019;45(5):1152–1160. doi: [10.1093/schbul/sby147](https://doi.org/10.1093/schbul/sby147)
6. Пашковский ВЭ. Шизофрения в позднем возрасте. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020;(4):3–11. doi: [10.31363/2313-7053-2020-4-3-11](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-4-3-11)
Pashkovskiy VE. Late schizophrenia. *V.M. Bekhterev review of psychiatry and medical psychology*. 2020;(4):3–11. (In Russ.). doi: [10.31363/2313-7053-2020-4-3-11](https://doi.org/10.31363/2313-7053-2020-4-3-11)
7. Hanssen M, van der Werf M, Verkaik M, Arts B, Myin-Germeys I, van Os J, Verhey F, Köhler S. Genetic Risk and Outcome in Psychosis study group. Comparative study of clinical and neuropsychological characteristics between early-, late and very-late-onset schizophrenia-spectrum disorders. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2015;23(8):852–862. doi: [10.1016/j.jagp.2014.10.007](https://doi.org/10.1016/j.jagp.2014.10.007)

8. Бомов ПО, Будза ВГ. Клинико-социальные характеристики апато-абулического дефекта у больных с дебютом шизофрении в позднем возрасте. *Вестник психиатрии и психологии Чувашии*. 2009;(5):41–50.
Bomov PO, Budza VG. Kliniko-social'nyeharakteristiki apato-abulicheskogo defekta u bol'nyh s debjutomshizofrenii v pozdnem vozraste. *Vestnik psikiatrii i psihologii Chuvashii*. 2009;(5):4–50. (In Russ.).
9. Sable JA, Jeste DV. Antipsychotic treatment for late-life schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4(4):299–306. doi: [10.1007/s11920-996-0050-y](https://doi.org/10.1007/s11920-996-0050-y) PMID: 12126599.
10. Zarit SH, Zarit JM. Mental Disorders in Older Adults: Fundamentals of Assessment and Treatment. Second Edition. *Guilford Press*. 2011:468 p.
11. Savva GM, Zaccai J, Matthews FE, Davidson JE, McKeith I, Brayne C; Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study. Prevalence, correlates and course of behavioural and psychological symptoms of dementia in the population. *Br J Psychiatry*. 2009;194(3):212–219. doi: [10.1192/bjp.bp.108.049619](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.049619)
12. Belbeze J, Gallarda T. Very-late-onset psychotic symptoms: psychosis or dementia? A phenomenological approach. A systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2020;18(1):77–86. doi: [10.1684/pnv.2020.0868](https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0868)
13. Mukku SSR, Nadella RK, Sivakumar PT, Sinha P, Varghese M, Jain S. Is late onset schizophrenia a forerunner of Frontotemporal dementia? — A case series. *Schizophr Res*. 2021;228:56–57. doi: [10.1016/j.schres.2020.11.049](https://doi.org/10.1016/j.schres.2020.11.049)
14. Sin Fai Lam CC, Reeves SJ, Stewart R, Howard R. Service and treatment engagement of people with very late-onset schizophrenia-like psychosis. *B J Psych Bull*. 2016;40(4):185–186. doi: [10.1192/pb.bp.115.051599](https://doi.org/10.1192/pb.bp.115.051599)
15. Belbeze J, Gallarda T. Very-late-onset psychotic symptoms: psychosis or dementia? A phenomenological approach. A systematic review. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2020;18(1):77–86. doi: [10.1684/pnv.2020.0868](https://doi.org/10.1684/pnv.2020.0868)
16. Пятницкий АН. Паранойяльные расстройства в дебюте и дальнейшем течении поздней шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1980;1:84–90.
Pjatnickij AN. Paranojjal'nye rasstrojstva v debjute i dal'nejshem techenii pozdnej shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1980;1:84–90. (In Russ.).
17. Ротштейн ВГ. Поздняя шизофрения (клинико-эпидемиологическое исследование). *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. Спецвыпуск*. 2015;115(11–2):34–42. doi: [10.17116/jnev-ro201511511234-42](https://doi.org/10.17116/jnev-ro201511511234-42)
Rotshtein VG. Late-onset schizophrenia. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2015;115(11–2):34–42. (In Russ.). doi: [10.17116/jnev-ro201511511234-42](https://doi.org/10.17116/jnev-ro201511511234-42)
18. Колыхалов ИВ. Нейропсихиатрические симптомы и антипсихотическая терапия у пожилых пациентов с деменцией. *Психиатрия*. 2020;18(4):6–15. doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-6-15](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-6-15)
Kolykhalov IV. Neuropsychiatric Symptoms and Antipsychotic Therapy in the Elderly Patients with Dementia. *Psychiatry (Moscow) (Psikhiatriya)*. 2020;18(4):6–15. (In Russ.). doi: [10.30629/2618-6667-2020-18-4-6-15](https://doi.org/10.30629/2618-6667-2020-18-4-6-15)
19. Kazui H, Yoshiyama K, Kanemoto H, Suzuki Y, Sato S, Hashimoto M, Ikeda M, Tanaka H, Hatada Y, Matsushita M, Nishio Y, Mori E, Tanimukai S, Komori K, Yoshida T, Shimizu H, Matsumoto T, Mori T, Kashibayashi T, Yokoyama K, Shimomura T, Kabeshita Y, Adachi H, Tanaka T. Differences of Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia in Disease Severity in Four Major Dementias. *PLoS One*. 2016;11(8):e0161092. doi: [10.1371/journal.pone.0161092](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0161092)
20. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR / American Psychiatric Association. 2013.
21. Van Assche L, Van Aubel E, Van de Ven L, Bouckaert F, Luyten P, Vandenbulcke M. 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. *Arch Clin Neuropsychol*. 2019;34(2):183–199. doi: [10.1093/arclin/acy034](https://doi.org/10.1093/arclin/acy034) PMID: 29635309.
22. Suen YN, Wong SMY, Hui CLM, Chan SKW, Lee EHM, Chang WC, Chen EYH. Late-onset psychosis and very-late-onset-schizophrenia-like-psychosis: an updated systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2019;31(5–6):523–542. doi: [10.1080/09540261.2019.1670624](https://doi.org/10.1080/09540261.2019.1670624)
23. Friedman JI, Harvey PD, Coleman T, Moriarty PJ, Bowie C, Parrella M, White L, Adler D, Davis KL. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alzheimer's disease and normal aging. *Am J Psychiatry*. 2001;158(9):1441–1448. doi: [10.1176/appi.ajp.158.9.1441](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.9.1441)
24. Murante T, Cohen CI. Cognitive Functioning in Older Adults with Schizophrenia. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2017;15(1):26–34. doi: [10.1176/appi.focus.20160032](https://doi.org/10.1176/appi.focus.20160032)
25. Freudenreich O. Differential diagnosis of psychotic symptoms: medical mimics. *Psychiatr Times*. 2012;27:56–61.
26. Marsh L, Williams JR, Rocco M, Grill S, Munro C, Dawson TM. Psychiatric comorbidities in patients with Parkinson disease and psychosis. *Neurology*. 2004;63(2):293–300. doi: [10.1212/01.wnl.0000129843.15756.a3](https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000129843.15756.a3)
27. Reeves RR, Brister JC. Psychosis in late life: emerging issues. *J Psychosoc Nurs Ment Health*

- Serv. 2008;46(11):45–52. doi: [10.3928/02793695-20081101-09](https://doi.org/10.3928/02793695-20081101-09)
28. Lagodka A, Robert P. La schizophrénie tardive est-elle secondaire à des processus neurodégénératifs? Une revue de la littérature [Is late-onset schizophrenia related to neurodegenerative processes? A review of literature]. *Encephale*. 2009;35(4):386–393. French. doi: [10.1016/j.encep.2008.06.008](https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.06.008)
 29. Штернберг ЭЯ. Шизофрения в позднем возрасте. В кн.: Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983;(1):373–390. Shternberg JeJa. Shizofrenija v pozdnemvozraste. V kn.: Rukovodstvo po psikiatrii. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M.: Medicina, 1983;(1):373–390 (In Russ.).
 30. Murray PS, Kumar S, Demichele-Sweet MA, Sweet RA. Psychosis in Alzheimer’s disease. *Biol Psychiatry*. 2014;75(7):542–552. doi: [10.1016/j.biopsych.2013.08.020](https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.020)
 31. Ключник ТП, Бархатова АН, Шешенин ВС, Андросова ЛВ, Зозуля СА, Отман ИН, Почуева ВВ. Особенности иммунологических реакций у пациентов пожилого и молодого возраста с обострением шизофрении. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2021;121(2):53–59. doi: [10.17116/jnevro202112102153](https://doi.org/10.17116/jnevro202112102153)
Klyushnik TP, Barkhatova AN, Sheshenin VS, Androsova LV, Zozulya SA, Otman IN, Pochueva VV. Specific features of immunological reactions in elderly and young patients with exacerbation of schizophrenia. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2021;121(2):53–59. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202112102153](https://doi.org/10.17116/jnevro202112102153)
 32. Рощина ИФ. Исследование нормального и патологического старения (нейропсихологический подход). *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2015;2(31):8. [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 16.09.2023). Roshhina IF. Issledovanie normal’nogo i patologicheskogo starenija (nejropsihologicheskij podhod). *Medicinskaja psihologija v Rossii: jelektron. nauch. zhurn*. 2015;2(31):8. Available URL: <http://mprj.ru> 16.09.2023. (In Russ.).
 33. Van Assche L, Morrens M, Luyten P, Van de Ven L, Vandembulcke M. The neuropsychology and neurobiology of late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: A critical review. *Neurosci Biobehav Rev*. 2017;83:604–621. doi: [10.1016/j.neubiorev.2017.08.024](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.08.024)
 34. Ibanez-Casas I, De Portugal E, Gonzalez N, McKeeney KA, Haro JM, Usall J, Perez-Garcia M, Cervilla JA. Deficits in executive and memory processes in delusional disorder: a case-control study. *PLoS One*. 2013;8(7):e67341. doi: [10.1371/journal.pone.0067341](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0067341)
 35. Абдуллина ЕГ, Савина МА, Рупчев ГЕ, Шешенин ВС, Почуева ВВ. Состояние когнитивных функций при поздних шизофренических психозах. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2022;122(6):63–70. doi: [10.17116/jnevro202212206163](https://doi.org/10.17116/jnevro202212206163)
Abdullina EG, Savina MA, Rupchev GE, Sheshenin VS, Pochueva VV. Cognitive functions in late-onset psychosis. *S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry/Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2022;122(6):63–70. (In Russ.). doi: [10.17116/jnevro202212206163](https://doi.org/10.17116/jnevro202212206163)
 36. Tampi RR, Young J, Hoq R, Resnick K, Tampi DJ. Psychotic disorders in late life: a narrative review. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2019;9:2045125319882798. doi: [10.1177/2045125319882798](https://doi.org/10.1177/2045125319882798)

Сведения об авторах

Валерия Витальевна Почуева, младший научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-9270-2039>
valeriya.pochueva@gmail.com

Игорь Владимирович Колыхалов, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, отдел гериатрической психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-2358-1579>
ikolychalov@yandex.ru

Information about the authors

Valeriya V. Pochueva, MD, Junior Researcher, Department of Geriatric Psychiatry, FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-9270-2039>
valeriya.pochueva@gmail.com

Igor V. Kolychalov, Dr. of Sci. (Med.), Chief Researcher, Department of Geriatric Psychiatry; FSBSI “Mental Health Research Centre”, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-2358-1579>
ikolychalov@yandex.ru

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors have no conflict of interest to declare.

Дата поступления 30.05.2023
Received 30.05.2023

Дата рецензии 18.10.2023
Revised 18.10.2023

Дата принятия 19.10.2023
Accepted for publication 19.10.2023