

ДЕПРЕССИВНОЕ ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (ТИПОЛОГИЯ МАНИФЕСТНЫХ ПРИСТУПОВ)

А. С. Бобров, М. Ю. Рожкова, Н. Ю. Рожкова

*ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия
последипломного образования»*

В отечественной психиатрии до 1983 года приступы шизоаффективной структуры рассматривались в качестве наиболее благоприятного течения приступообразно-прогредиентной шизофрении [11]. За последние 20 лет в отечественной психиатрии систематическое изучение типологии приступов шизоаффективного психоза (ШАП), впервые выделенного в зарубежной литературе [29], осуществлялось сотрудниками отдела эндогенных психических расстройств и аффективных состояний НЦПЗ РАМН [3, 5, 7, 12, 14–16]. Клиническая типология приступов разрабатывалась в рамках деления ШАП на аффектдоминантную и шизодоминантную формы, различающиеся по длительности аффективных расстройств и бредовой симптоматики, свойственной шизофрении [34, 37, 38]. В результате этих исследований было предложено различать 6 типов клинических приступов ШАП [15]. Среди аффектдоминантного варианта выделены острый чувственный бред или бред восприятия (бредовое настроение, бред инсценировки, бред символического значения); наглядно-образный бред воображения (ориентированный онейроид или антагонистический бред); интеллектуальный бред воображения (острый фантастический или острый парафренный бред). Шизодоминантная форма ШАП включает: параноидное состояние^{1*} в структуре бреда восприятия с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре наглядно-образного бреда воображения с элементами интерпретации; параноидное состояние в структуре интерпретативного бреда. Бред восприятия рассматривается в качестве «ядерного» варианта ШАП или в качестве нозологически самостоятельного варианта; приступы с наглядно-образным бредом воображения, так же как и параноидное состояние в структуре бреда восприятия с элементами интерпретации, отнесены к краевым вариантам; три оставшиеся клинические разновидности, характеризующиеся хотя бы незначительной прогредиентностью, более оправ-

дано рассматривать в качестве шизоаффективного варианта приступообразной шизофрении. Однако в самом начале изучения шизоаффективного психоза анализ аффективных расстройств в структуре выделенных клинических типов позволил высказаться о целесообразности поиска иного принципа деления ШАП, чем деление на аффект- и шизодоминантные варианты [5], что, кстати, предусмотрено в современных классификациях психических и поведенческих расстройств [10, 27].

В МКБ-10 (1994), принятой к использованию в практике отечественной психиатрии, шизоаффективное расстройство выделено в отдельную диагностическую рубрику (F25), но сохраняет свое место в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2). В зависимости от доминирующего аффекта в структуре приступа и конгруэнтной по содержанию (фабуле) шизофренической симптоматики из перечня «а-г» шизоаффективное расстройство (ШАР) подразделяется на маниакальный, депрессивный и смешанный типы.

Депрессивный тип шизоаффективного расстройства (F25.1) включает в себя следующие клинические проявления. Это, прежде всего, депрессия с наличием хотя бы 2-х из 3-х характерных (типичных) депрессивных симптомов (сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, выраженная утомляемость, даже при незначительном усилии) или сопутствующих нарушений поведения в рамках депрессивного эпизода. Наряду с выраженной депрессией, должны присутствовать хотя бы один (предпочтительнее два) типичных симптомов шизофрении из перечня «а-г» (F20). В DSM-IV (1994) аналогично МКБ-10 в качестве основного признака шизоаффективного расстройства принимается психотическое состояние с одновременным наличием депрессивного, маниакального или смешанного аффективного расстройства с симптомами шизофрении. При этом в клинике шизоаффективного расстройства депрессивного типа степень выраженности депрессии должна отвечать критериям депрессивного эпизода. Признается воз-

^{1*} в более ранних работах «синдром Кандинского-Клерамбо».

можным наличие галлюцинаций и бреда, по меньшей мере, в течение 2-х недель при отсутствии выраженного депрессивного настроения с оговоркой, что в этой фазе психоза (психотические симптомы в чистом виде) некоторые проявления депрессии могут присутствовать, но они не заметны и не бросаются в глаза.

В зарубежной литературе продолжается дискуссия о наличии четких диагностических критериев для постановки диагноза шизоаффективного расстройства (schizoaffective disorder – SAD) в сравнении с шизофренией (schizophrenia – SCZ) и биполярными расстройствами (bipolar disorder – BD). Подчеркивается значительное различие больных в половой принадлежности, социальном статусе, возрасте, этнической принадлежности, количестве поступлений в стационар [24]; родственники респондеров SAD имели значительно более высокий уровень аффективных расстройств по сравнению с родственниками респондеров, страдающих шизофренией, и значительно более высокий уровень проявлений шизофрении, чем родственники респондеров с аффективными расстройствами [31]. Выявляются лучшие показатели в социальном и нейрокогнитивном функционировании больных SAD в преморбиде и спустя год после начала лечения в сравнении с SCZ [35]. Однако, несмотря на интересные исследования в области эпидемиологии, генетики, нейропсихологии и электрофизиологии, диагноз SAD остается спорным [28]. Более пессимистично утверждение об отсутствии четких различий в результатах нейропсихологических исследований, нейровизуализации, молекулярной нейробиологии, генетической эпидемиологии между диагностическими категориями SCZ, SAD и BD [33]. Звучат даже призывы ввести мораторий на этот диагноз [39] и в будущем исключить его из соответствующего пересмотра DSM [33]. И, тем не менее, отмечается положительная динамика SAD, к примеру, в результате сочетанного применения лития с кветиапином при лечении депрессии с вербальным галлюцинозом у больной с наличием в анамнезе психотической мании [32]. Подчеркивается высокий уровень риска рецидива в течение первых 5 лет как в случае первого эпизода SCZ, так и SAD в случае прекращения лечения нейрорептиками [36].

Материалы и методы

Изучена группа больных в количестве 51 человек с диагнозом депрессивный вариант шизоаффективного расстройства (ШАР) в соответствии с критериями МКБ-10 (F25.1). По полу больные распределились следующим образом: женщин было 37 (72,5%), мужчин – 14 (27,5%). Больше число женщин в настоящем исследовании объясняется тем обстоятельством, что набор материала в основном проводился в женском отделении областной клинической психиатрической больницы №1. В исследовании,

посвященном сравнительному изучению шизоаффективного расстройства, как в случае с предшествующим психозу эмоциональным стрессом, так и в случае аутохтонного его возникновения, также оказалось большее число женщин [1]. Подавляющее большинство больных – 88,2% имело среднеспециальное либо незаконченное высшее и высшее образование. До манифестного приступа продолжали работать 45,1%, находились в декретном отпуске – 9,8%; число учащихся ВУЗа, реже колледжа и школы, составило 15,7%, прекратили работу на доманифестном этапе – 29,4%. Из числа работающих большая часть трудилась в сфере обслуживания либо выполняли обязанности квалифицированных рабочих, значительно реже были заняты преподавательской или предпринимательской деятельностью, трудились в качестве служащих или научных работников. Состояли в браке – 21 (41,2%), были разведены – 5 (9,8%), овдовели – 1 (1,9%). Большая половина (52,9%) имела детей: одного ребенка – 15 пациентов (29,4%), двух – 9 (17,6%), трех – 3 (5,9%).

Все больные представляли стационарный контингент. Возникновение манифестного депрессивного варианта ШАР у большинства больных – 74,5% приходилось на зрелый возраст (после 20 лет), у 25,5% – на период юности (от 17 до 20 лет). Критериями включения в исследование послужили манифестный депрессивный приступ ШАР с конгруэнтностью (соответствием) фабулы психотических переживаний доминирующему аффекту, наличием одного или более шизофренических симптомов перечня «а-г» из диагностических указаний МКБ-10 (F20), длительность психотического состояния не менее 1 месяца. Критерии исключения соответствовали тексту МКБ-10 в рубрике F25 с особым вниманием к наличию на доманифестном этапе бредовой симптоматики, в том числе перемежающейся с «чисто» аффективными расстройствами. Также исключались больные с продуктивной симптоматикой без сопутствующих аффективных расстройств на активном этапе течения приступа.

Средний возраст манифестного приступа – $30,2 \pm 1,5$ лет. Длительность активного течения приступа составляла: до 1 месяца – 11 больных (21,6%), до 2-х месяцев – 19 (37,3%), до 3-х месяцев – 5 (9,7%) и более 3 месяцев – 16 (31,4%). Исследование включало психопатологический анализ преморбидных особенностей личности, доманифестного проявления психоза, актуальной психопатологической симптоматики приступа и ближайшего постпсихотического периода. База данных составила 65 признаков. Для выявления статистически значимых различий между выделенными клиническими группами использовались: непараметрический критерий χ^2 с поправкой Йейтса (номинальные, бинарные данные) [17], критерий Фишера (в случае, если ожидаемая частота < 5) [18]. В целях определения факторов риска формирования клинической

группы использован линейный дискриминантный анализ. Расчет произведен с помощью программы Statistica 6.0 (Stat Soft).

Результаты и обсуждение

На основании ретроспективного анализа доманифестного этапа депрессивного шизоаффективного расстройства у подавляющего большинства больных ($n=40$, 78,4%/51) выявляются аффективные расстройства. При этом для депрессивных состояний ($n=24$, 47,1%/51) на доманифестном этапе оказывается присуща достоверно большая частота их психогенной провокации ($n=17$, 70,8%/24; $p<0,028$). С меньшей частотой, по сравнению с депрессивными, на доманифестном этапе ШАР отмечено наличие биполярных расстройств ($n=13$, 25,5%/51), значительно реже гипомании ($n=3$, 5,9%/51), и в обоих случаях, как правило, с их аутохтонным возникновением. По данным отечественных авторов (без дифференциации на тип ШАР), аффективные расстройства в виде гипомании или субдепрессии выявляются в 59,6% больных шизоаффективным расстройством [9]. На материале настоящих наблюдений не выявлено достоверно значимой зависимости возникновения от времени года, как провоцированных, так и аутохтонных аффективных расстройств. В то же время активное (манифестное) проявление депрессивного ШАР следует ожидать чаще осенью, в сравнении с весной и летом (различия достоверны при $p<0,008$ и $p<0,017$). Существенным является и тот факт, что активному (манифестному) проявлению депрессивного ШАР непосредственно предшествуют провоцированные аутохтонные аффективные расстройства. Отсутствие этого интервала во времени выявляется с высокой степенью значимости ($p<0,0001$) чаще, чем отставленные от манифестного приступа на срок от 1 месяца до года и более доманифестные аффективные расстройства. Значительная частота, как правило, доманифестных аффективных расстройств, свидетельствует в пользу преморбидной стресс-уязвимости части больных с манифестным депрессивным ШАР. Примечательным является факт отсутствия обращаемости за медицинской помощью больных с аффективными расстройствами на доманифестном этапе депрессивного ШАР.

У 16 (31,4%) больных на доманифестном этапе в структуре непсихотических аффективных расстройств выявлены патологические интересы/увлечения. Содержание их разнилось в зависимости от валентности аффекта. Так, в случае депрессивного состояния это могло быть увлечение компьютерными играми (online-играми); попытки духовного самосовершенствования в познании учений Востока и Запада; многочасовое прослушивание тяжелого рока; интерес к «оздоровительной» литературе с посещением соответствующих курсов с целью «оздоровить» себя. В период гипомании возника-

ла внезапная влюбленность, в том числе через Интернет; увлечение астрологией, хиромантией, с тем, чтобы узнать свое будущее; тяга к художественному творчеству (к примеру, активное выступление в качестве танцовщицы в эротическом баре); посещение дорогостоящих курсов с целью «узнать себя как личность, научиться принимать верные решения и избегать ошибочных, улучшить отношения с окружающими и близкими людьми»; интенсификация участия в бизнесе с установкой «иметь большую прибыль» в ущерб всем другим интересам, включая заботу о семье («даже дети не интересуют»). На значительную частоту (51,2%) патологических интересов/увлечений, правда, в клинике смешанного и маниакального типов шизоаффективного расстройства обращено внимание в исследованиях отечественных авторов [19].

Оценка степени тяжести депрессии на активном этапе течения депрессивного ШАР проводилась с позиции критериев МКБ-10 (F32–F34). В литературе отмечена возможность даже психометрической оценки (анкета PHQ-9) степени тяжести депрессии у больной, к примеру, с наличием сочетанных проявлений депрессии и вербального галлюциноза в случае ШАР биполярного типа [32]. У половины больных ($n=26$, 50,9%) диагностирована промежуточная между тяжелой и умеренной степень выраженности депрессивных расстройств (ДР). Основанием этому послужили наличие у больных всех 3-х типичных симптомов депрессии и от 2 до 3 других проявлений депрессии из перечня «а-ж» (F32 МКБ-10). В единичном наблюдении к промежуточной степени тяжести ДР отнесены сочетание 2-х типичных и 6 дополнительных симптомов депрессии. В зарубежной литературе имеются указания на возможность выделения промежуточной (переходной) степени тяжести большой депрессии или большого депрессивного эпизода [30]. Значительно реже у больных выявлялась легкая (15,7%), тяжелая (13,7%) и умеренная (9,8%) степень тяжести ДР. Наличие субдиагностических проявлений ДР отмечено лишь в 5 наблюдениях (9,8%).

Наличие жалоб на сниженное настроение, в том числе с тоскливым оттенком, а также утрату интересов и ангедонию констатировано у большинства изученных больных с манифестным депрессивным вариантом ШАР (соответственно 98,0% и 80,4%). У большинства отмечено наличие выраженной утомляемости (68,6%), при этом астения нарастала в течение дня, либо это было ощущение непреходящей слабости (немошь – «вроде ничего не делала, а уже устала»). Среди дополнительных депрессивных симптомов из перечня «а-ж» (F32, МКБ-10) в жалобах фигурировали расстройства сна (84,3%), сниженный аппетит (74,5%), снижение способности к сосредоточению внимания (52,9%), возможно вследствие идеаторной замедленности; значительно реже выявлялась сниженная самооценка (25,5%),

суицидальные мысли (17,6%); в единичных наблюдениях отмечено наличие идей виновности, а также мрачного и пессимистического видения будущего (соответственно 7,8 и 7,8%).

Выявлена значительная частота ассоциированно-го с диагностически очерченной депрессией (различная степень тяжести ДР) отдельных проявлений субдиагностического генерализованного тревожного расстройства (ГТР) в соответствии с критериями DSM-IV. Диагностическую рубрику генерализованного тревожного расстройства в МКБ-10 (F41.1) вряд ли представляется возможным использовать в силу смешения критериев ГТР и бесфабульной (флоттирующей) тревоги. Такие проявления ГТР как расстройство сна (84,3%), быстрая утомляемость (68,6%), а также расстройство концентрации внимания (52,9%) находят существенное перекрытие с проявлениями собственно депрессии. Симптом мышечного напряжения не типичен для больных с депрессивным вариантом ШАР. Нехарактерным оказалось и накопление проявлений вегетативной гиперактивности у каждого из больных. Так, отдельные проявления вегетативной тревоги отмечены у 39 пациентов, при этом у значительно числа из них (n=17) в виде одного какого-либо симптома.

В дебюте приступа значительное место могло занимать двигательное возбуждение (беспокойство), когда больная, со слов родственников, мечется по комнате или целыми днями находится в бессмысленном движении по квартире. На высоте приступа отчетливыми становятся проявления психомоторной заторможенности с жалобами «не могу быстро сформулировать мысль», «мысли текут медленно», «долго соображаю». Голос больных тихий, ответы на вопросы односложны, перемежаются длительными паузами, больные редко меняют положение тела в беседе. Проявление психомоторной замедленности на высоте приступа продолжает сопровождаться жалобами на «грустное, печальное настроение» либо «нет никаких желаний, ничего не хочется», «настроение снижено».

В зависимости от количества психотических синдромов, в том числе обязательных из перечня «а-г» (F20 МКБ-10), в соответствии с критериями ШАР (F25), изученные больные с манифестным депрессивным ШАР (n=51) были распределены на 2 группы: I – с мономорфной (n=14, 27,5%/51), II – с полиморфной клинической структурой приступа (n=37, 72,5%/51). Мономорфная структура приступа в большинстве случаев (n=10) исчерпывалась вербальным галлюцинозом (истинный или псевдогаллюцинаторный его варианты), в одном случае имел место функциональный вербальный галлюциноз, в 3-х наблюдениях преобладал бредовый регистр психотической симптоматики (острый чувственный бред либо синдром бредовой соматопсихической деперсонализации).

В случае полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР в большинстве случаев (n=28, 75,7%/37) статус больных определялся вербальным галлюцинозом – истинным и псевдогаллюцинаторным его вариантом (соответственно n=12, 42,9%/28 и n=16, 57,1%/28), в единичных наблюдениях имел место вербальный функциональный галлюциноз (n=1, 2,7%/37). Особенности для полиморфной структуры приступа являются сочетанные проявления вербального галлюциноза в виде основного синдрома с эпизодическим возникновением в дебюте и на активном этапе течения приступа эпизодов острого чувственного бреда (бредовое настроение, символического значения, интерметаморфозы, острого параноида, бреда инсценировки), эпизодов наглядно-образного бреда воображения, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма либо бредовых эпизодов с фабулой порчи, ущерба, мнимой беременности, конфабуляторного бреда. Среди иных факультативных синдромов, наряду с определяющим клиническую картину приступом вербального галлюциноза, выявлено эпизодическое возникновение зрительных и обонятельных галлюцинаций, галлюцинаций воображения, в единичном наблюдении висцеральных галлюцинаций. Значительно реже (n=3) основное клиническое проявление полиморфного по структуре манифестного депрессивного ШАР складывалось из бредового регистра. Это определенная синдромологическая этапность при формировании бреда инсценировки; сочетанные проявления бреда порчи с мизоманией; ипохондрический бред с галлюцинациями воображения. В двух наблюдениях к полиморфной структуре манифестного депрессивного ШАР отнесены ориентированный онейроид с наличием вербального псевдогаллюциноза либо идеаторного варианта синдрома психического автоматизма; в трех клинических наблюдениях это был кататоно-онейроидный синдром на фоне депрессивного аффекта.

Отмечены достоверные статистические различия между группой больных с мономорфной и полиморфной клинической картиной: в первой группе больных достоверно чаще встречались шизоидные (сензитивные и экспансивные варианты) преморбидные особенности личности ($\chi^2=4,25$, $df=1$, $p=0,039$), стресс-провоцированные аффективные расстройства на доманифестном этапе ($\chi^2=4,70$, $df=1$, $p=0,03$), при этом последние чаще были представлены депрессивным расстройством ($\chi^2=3,99$, $df=1$, $p=0,045$) и в виде единичного депрессивного эпизода ($\chi^2=5,19$, $df=1$, $p=0,022$). Напротив, у больных с полиморфной структурой приступа достоверно чаще имели место тревожные (уклоняющиеся) особенности преморбидной личности ($\chi^2=4,14$, $df=1$, $p=0,04$), на доманифестном этапе – биполярное аффективное расстройство ($\chi^2=3,96$, $df=1$, $p=0,046$), при этом в виде сдвоенных аффективных фаз ($\chi^2=5,18$, $df=1$, $p=0,022$).

Различия в особенностях доманифестной аффективной симптоматики в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР представлены в табл. 1 и 2.

Сравнительная синдромологическая характеристика манифестного депрессивного ШАР в зависимости от мономорфной или полиморфной структуры приведена в табл. 3.

К особенностям истинного вербального галлюциноза отнесены: внешняя проекция «голосов» («откуда-то снизу», «со стороны»), но, как правило, без уточнения больными конкретного пространства; идентификация «голосов» по полу и степени знакомства («голос мужа», «женские голоса», «голос знакомого молодого человека», «незнакомого мужчины», «люди вокруг говорят»), в единичных наблюдениях, это «нереальный голос как будто запись на пленке». «Голоса» комментируют поведение больных; могли иметь угрожающее содержание с перечислением конкретных агрессивных актов и возможным психогенным нарастанием симптоматики, особенно, в ситуации пользования городским общественным транспортом. В единичных наблюдениях, больные не могли разобрать содержание «голосов» со стороны – «разговаривают между собой, о чем-то болтают, не могу понять о чем». Вы-

явлена возможность трансформации истинного вербального галлюциноза у этих же больных на этапе, близком к выходу из приступа, в псевдогаллюциноз с тем же неразборчивым содержанием, но сменой пола – «мужской голос в голове что-то бормочет, а что, не могу понять». Отсутствует разработка способов, с помощью которых «голоса» следят за больными, комментируют их поведение; чаще больные вообще не упоминают о каких-либо технических средствах, либо недоброжелатели используют «следящие устройства – взяли где-то напрокат»; следят с помощью вмонтированного в дверь ванной комнаты глазка, видеокамеры, либо слезка с прослушиванием осуществляется с помощью уличной антенны.

В случае вербального псевдогаллюциноза, как и при наличии его истинного варианта, сохраняется идентификация голосов (голос мужской, женский, голоса близких родственников, умершей бабушки, соседей по дому, сотрудников по работе), в единичных случаях «средний голос внутри головы, непохожий ни на мужской, ни на женский». Содержание «голосов» по большей части остается угрожающим; «голоса» могли иметь обвиняющее содержание (наказали «за тщеславие, обиду»); выступали в виде «состязающихся» друг с другом сторон.

Таблица 1

Тип аффективных расстройств на доманифестном этапе в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР

Тип аффективного расстройства на доманифестном этапе	Клиническая структура приступов			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	Абс.	%	Абс.	%
Депрессивное расстройство, в том числе	10*	71,4	14*	37,8
1.1. Единичное	10**	71,4	11**	29,7
1.2. Рекуррентное	–		3	
2. Единичная гипомания	–	–	3	
Биполярное аффективное расстройство, в том числе	1***	7,1	12***	32,4
3.1. Сдвоенные фазы, значительно реже континуальное течение	–	–	10****	27,0
3.2. Фазы, разделенные по времени	1		2	
4. Отсутствовали аффективные расстройства	3	21,4	8	21,6

Примечания: * – различия статистически значимы при $p=0,045$, ** – различия статистически значимы при $p=0,022$, *** – различия статистически значимы при $p=0,046$, **** – различия статистически значимы при $p=0,022$.

Таблица 2

Особенности возникновения аффективных расстройств на доманифестном этапе в зависимости от мономорфной/полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР

Возникновение аффективных расстройств на доманифестном этапе	Клиническая структура приступа			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Аутохтонное	2*	14,3	18*	48,6
2. Провоцированное стресс-фактором	9**	64,3	11**	29,7

Примечания: * – различия статистически значимы при $p=0,033$, ** – различия статистически значимы при $p=0,03$.

Синдромологическая характеристика манифестного приступа депрессивного варианта ШАР в зависимости от мономорфной или полиморфной структуры приступа

Синдромы	Клиническая структура приступа			
	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=37)	
	Абс.	%	Абс.	%
1. Бред как стабильный синдром	3	21,4	3	8,1
2. Бред с различной фабулой, но как эпизод	0*	–	25*	67,6
3. Вербальный галлюциноз (истинный, псевдогаллюциноз, функциональный)	11	78,5	28	75,7
4. Прочие виды галлюцинаций как эпизод	0**	–	9**	24,3
5. Отдельные проявления синдрома Кандинского-Клерамбо (идеаторный и моторный его варианты)	0***	–	8***	21,6
6. Эпизоды субкататонической симптоматики	0	–	7	18,9
7. Эпизоды ориентированного онейроида	0	–	6	16,2
8. Кататано-онейроидный синдром	0	–	3	8,1
9. Ориентированный онейроид	0	–	2	5,4

Примечания: * – различия статистически значимы при $\chi^2=12,9$, $df=1$, $p=0,00032$; ** – различия статистически значимы при $\chi^2=4,55$, $df=1$, $p=0,032$; *** – различия статистически значимы при $\chi^2=3,95$, $df=1$, $p=0,046$.

На этапе, предшествующем выходу из психоза, возможна трансформация идентифицированных по полу и степени знакомства вербальных псевдогаллюцинаций в беззвучные голоса по типу диалогического мышления либо сочетание вербального псевдогаллюциноза с отрывочным проявлением истинного его варианта.

Остановимся еще на одной особенности, свойственной клинике как истинного, так и псевдогаллюцинаторного варианта вербального галлюциноза. Речь идет о «симптоме открытости» или, вернее, о сознании открытости своих мыслей по механизму умозаключения [22]. Иными словами, больные приходят к умозаключению, что их мысли известны «голосам» на основании интерпретации сохраняющейся содержательной взаимосвязи между своим мышлением и «чужой речью» («голоса»). К примеру, «соседи озвучивали мои мысли – о чем я не подумаю, они уже знают и отвечают мне» или «голоса родственников за стенкой знают мои мысли – я только подумаю, а они уже говорят, что будет».

Эпизоды бредового восприятия (настроения) в течение депрессивного манифестного приступа ШАР с полиморфной клинической картиной характеризовались «предчувствием плохого», либо больной «ловит» на себе осуждающие взгляды окружающих. В ином случае, это ощущение, что родственники в семье могут причинить вред только что привезенному из родильного дома ребенку; ощущение, будто «обстановка в квартире бабушки изменилась: зеркало висит не на том месте, где раньше; не так стоит мебель, где обычно»; при возвращении в свою квартиру больная не могла узнать входную дверь – «изменилась ее форма, цвет двери». Бред символического значения в структуре полиморфной клини-

ческой картины манифестного депрессивного варианта ШАР, так же, как все вышеупомянутые виды бреда являлся эпизодом.

В большинстве случаев фабула эпизодов с наглядно-образным бредом воображения в клинике полиморфного по клинической структуре депрессивного ШАР имела драматическое, но обыденное содержание. В отечественной литературе имеются указания на возможность возникновения, наряду с мегаломаническим, и обыденного содержания бреда воображения [6]. Это могли быть: кратковременные преходящие «ощущения себя на кладбище» (похороны матери, невестки), сопровождающиеся чувством холода, ветра; при этом больная видела вокруг себя деревья, слышала плач окружающих либо это «ощущение вокруг себя темноты и рядом умерших родственников» с просьбой к близким включить свет, в ином случае, это ощущение себя заживо погребенной – «холодно, меня забрасывают землей» с просьбой о помощи к окружающим; тонущей – «чувствую себя как мертвой, ощущение воды вокруг себя, не могу сделать вдох – вода попадает в рот»; умирающей – «казалось, что я умираю, видела картину в голове: коридор с ярким светом». Это могли быть вспышки пламени в вечерние часы («кругом огонь») с двойной ориентировкой – ощущение, что больная находится на улице и в то же время понимает, что она в квартире. Масштабность психотических переживаний в случае диагностически очерченного наглядно-образного бреда воображения (ориентированный онейроид) включала «ожидание войны и катастрофы», «борьбу мировых держав за человеческие ресурсы, энергетику и землю»; больные оказывались в центре этих событий с необходимостью выбора чьей-либо сторо-

ны в конфликте. Это могло быть перевоплощение с утратой своего физического «Я», реинкарнацией и вновь возвращение в свое физическое тело, при этом больная полностью не теряла ориентацию в окружающей обстановке.

Эпизоды бреда с фабулой порчи отражали патопластически семейную либо профессиональную конфликтную ситуацию, а также выраженную астению как одно из проявлений депрессии («ничего не делала, а уже устала через 15 минут») и ни в одном из наблюдений не исчерпывали клиническую картину острого полиморфного по структуре депрессивного шизоаффективного приступа. Определяющим в этих случаях был вербальный галлюциноз без какой-либо преимущества в содержании «голосов» по отношению к бредовой фабуле порчи. Преходящие идеи ущерба возникали, к примеру, в обстановке начавшейся приватизации дома и земельного участка («соседи переставляют колышки, ограничивают площадь моего участка, делают это ночью, обкладывают мой дом мусором») и существовали с вербальным галлюцинозом, комментирующим поведение больной, либо возникали на выходе из приступа со сложной полиморфной структурой («сын в сговоре с сестрой – решили поместить в больницу, чтобы завладеть квартирой»). Бред интерметаморфозы был представлен феноменом отрицательного двойника, при этом мог как бы предвещать развертывание острого приступа либо быть завершающим на выходе из него, а также мог возникать в структуре эпизода с фабулой бреда инсценировки.

Выделена небольшая группа пациентов с наличием субкататонической и кататонической симптоматики в структуре манифестного депрессивного шизоаффективного расстройства (n=10, 17,6%/51). У большей части этих больных (n=7, 77,8%) преходящие субкататонические эпизоды возникали в дебюте манифестного депрессивного ШАР. Это были кратковременные эпизоды неподвижности в течение нескольких минут («замирания»), к примеру, в одной позе с отсутствием реакции на внешние раздражители, либо эпизоды застывания в одной позе сменялись двигательным возбуждением. Либо это были более развернутые эпизоды в виде застывания во время приема пищи, мытья посуды, либо удерживания в одном положении приподнятой и согнутой в коленном суставе ноги. Попытка назначения больным с эпизодами субкататонической симптоматики атипичных антипсихотиков (оланзапин, амисульприд, рисперидон) или близких к ним (зуклопентиксол асуфаз) приводила к начальным проявлениям генерализованной токсикоаллергической реакции. В единичных случаях развернутая кататоническая симптоматика была включена в клинику очерченного ориентированного онейроида.

Наряду с разделением манифестных проявлений депрессивного ШАР в соответствие с критерием

моно- и полиморфной структуры приступа выделена группа больных с наличием смешанных аффективных расстройств на различных этапах течения приступа. Частота этих 2-х клинических вариантов манифестного депрессивного ШАР с отсутствием/наличием смешанных аффективных расстройств в течение самого приступа составила соответственно 52,9% (n=27) и 47,1% (n=24). К гипоманиакальному выражению на высоте манифестного депрессивного ШАР (n=4) отнесено как бы внезапное замещение основного проявления психоза эпизодом повышенного настроения с возможной целесообразной и продуктивной деятельностью. Так, одна из больных в течение нескольких дней активно включалась в подготовку и проведение благотворительного вечера в целях сбора денег для детского дома; другая – в течение нескольких дней испытывала «эйфорию», становясь активной в быту; в третьем случае депрессивное состояние утром и днем сменяется к вечеру его заметным улучшением с потребностью в деятельности («генеральная уборка в квартире»), что соответствует понятию «условная биполярность» [21]; либо больная, со слов родственников, на короткое время становилась улыбчивой, веселой, пыталась напевать и пританцовывать под музыку. В большем количестве наблюдений (n=10) гипомания (в том числе по типу условной биполярности) возникала на выходе из приступа, непосредственно после редукции депрессивной и продуктивной симптоматики. У части больных (n=4) после выхода из приступа либо в ближайшем постпсихотическом периоде отмечены биполярные аффективные расстройства. Наряду со смешанными аффективными расстройствами в виде биполярного варианта, выявлено наличие собственно смешанной аффективной симптоматики (САС). Это была смешанная депрессия [23, 25, 26] на высоте приступа или смешанная депрессия на высоте приступа и альтернирующий вариант САС [20] на этапе редукции депрессивной и продуктивной симптоматики (n=2); альтернирующий вариант САС в дебюте приступа (n=1) либо на выходе из него (n=3).

В целях подтверждения правомерности выделения типологии манифестного депрессивного ШАР по критерию отсутствия/наличия в структуре смешанных аффективных расстройств применена процедура линейного дискриминантного анализа с последовательным включением и исключением признаков, сформированных в виде базы данных. Из 65 признаков выделены 13 наиболее информативных, позволяющих дифференцировать две названные выше клинические группы. К этим признакам отнесены, в том числе: манифестная шизофрения у родственников 1-й степени родства и, напротив, количество психически здоровых родственников, вербальный псевдогаллюциноз на протяжении всего приступа, преморбидные особенности в виде уклоняющегося (тревожного) расстройства личности, ряд

социально-демографических показателей (наличие детей, профессиональная занятость, факт оставления работы на доманифестном этапе), биполярные и депрессивные расстройства на доманифестном этапе (аутохтонное и спровоцированное их возникновение). Наибольший вклад в разделение клинических групп по критерию отсутствия/наличия смешанных аффективных расстройств вносит признак «вербальный псевдогаллюциноз» в структуре манифестного проявления депрессивного ШАР. Полученные результаты (значение Wilks' Lambda составило 0,27, $F(13,36)=7,4$, $p<0,00001$) свидетельствуют о корректности предложенной классификации.

Отмечен ряд особенностей вербального псевдогаллюциноза в клинической структуре полиморфного депрессивного варианта ШАР с наличием смешанных аффективных расстройств. Это заполнение им практически всего психопатологического пространства приступа. Мы имеем в виду длительность псевдогаллюциноза на активном этапе течения приступа, а также детальную сюжетную разработанность и систематизированность бреда, целиком вытекающего из содержания голосов. Проявлениям вербального псевдогаллюциноза могут сопутствовать зрительные псевдогаллюцинации на протяжении значительного времени активного течения психоза. Так, к примеру, у одной из больных в голове возникали образы влиятельных политических, военных и религиозных деятелей прошлого – «вижу и слышу их в голове, разговариваю с образами»; в последующем, содержание псевдогаллюциноза приобретало мегаломанический оттенок – больная должна «родить 16 девочек» и вместе с тем, в соответствие с содержанием голосов, не забывать «чистить зубы и умываться». В случае религиозно-мистического содержания голосов или близкого к мегаломаническому содержанию боль-

ные подчинялись их императивному содержанию – «изгоняли из близких нечистую силу, бесов» путем обрызгивания святой водой, приближая к лицу икону; были готовы принести в жертву домашних животных; подчиняясь императивному содержанию голосов, могли ударить кого-то из близких, разбивали телефон, телевизор, ломали семейный портрет, или, например, мылись в ванной комнате в нижнем белье.

Таким образом, клинический анализ контингента больных с манифестным депрессивным ШАР (F25.1 МКБ-10) в условиях повседневной психиатрической практики позволил выявить ряд типологических вариантов структуры приступов. Это разделение структуры приступов на моно- и полиморфную в зависимости от количества продуктивных (психотических) симптомов, в том числе обязательных из перечня «а-г» F20. Наряду с моно- и полиморфной структурой приступа, возможно выделение приступов с отсутствием либо, напротив, наличием смешанной аффективной симптоматики в виде гипомании, биполярного расстройства, смешанной депрессии и альтернирующего варианта смешанного аффективного расстройства (без сопутствующей продуктивной симптоматики) на различных этапах течения манифестного ШАР. Следует подчеркнуть, что у большей половины больных (58,3%/24) с наличием смешанных аффективных расстройств на различных этапах течения манифестного депрессивного ШАР на доманифестном этапе выявлялись биполярные расстройства либо единичные эпизоды гипомании. Следовательно, для определенной части больных с манифестным депрессивным ШАР тенденция к биполярности, заложенная на доманифестном этапе, находит свое выражение и на различных этапах течения самого приступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.В. Шизоаффективное расстройство с предшествующим эмоциональным стрессом (клинические особенности, прогноз): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2008.
2. Беззубова Е.Б. Клинические особенности витальной деперсонализации при шизофрении // Журн. неврол. и психиатрии. 1991. Вып. 7. С. 83–86.
3. Бологов П.В. Типологическая характеристика манифестных состояний шизодоминантной формы шизоаффективного психоза // Журн. неврол. и психиатрии. 1998. Т. 98, № 6. С. 14–18.
4. Головизнина О.Л. Клинико-психологическая дифференциация больных с психогенными (непсихотическими) депрессиями // Российский психиатр. журн. 2004. Вып. 4. С. 4–8.
5. Дикая В.И., Корнев А.Н., Бологов П.В. О клинической дифференциации шизоаффективного психоза // Мат. научн.-практ. конф. с междунар. участием «Аффективные и шизоаффективные психозы. Современное состояние проблемы». М., 1998. С. 22–33.
6. Киндрас Г.П. (цит. по В.М.Блейхеру) Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Киев, 1984. 115 с.
7. Корнев А.Н. Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии. 1994. Т. 94, № 6. С. 45–49.
8. Лаврецкий Э.Ф. (цит. по В.М.Блейхеру). Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Киев, 1984. 181 с.
9. Лакошина Н.Д., Алексеев А.В., Шмилович А.А. Патодинамиче-
- ские и клинические соотношения тимопатии, психической травмы и шизоаффективного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2009. № 2. С. 4–6.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические отнесения и указания по диагностике. СПб., 1994. 300 с.
11. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Шизоаффективная (полиморфная) шизообразная шизофрения. Руководство для врачей / Под ред. А.В.Снежневского. М., 1963. Т. 1. С. 319–321.
12. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. К вопросу о клинической и нозологической самостоятельности шизоаффективного психоза // Тезисы докладов научной конференции «Эндогенная депрессия (клиника, патогенез)». Иркутск, 1992. С. 108–109.
13. Пантелеева Г.П., Дикая В.И. Шизоаффективный психоз // Руководство по психиатрии / Под ред. А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 1. С. 636–667.
14. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Клинико-нозологический подход к диагностике шизоаффективного психоза // Журн. неврол. и психиатрии. 2002. Т. 102, № 9. С. 4–8.
15. Пантелеева Г.П., Бологов П.В. Шизоаффективный психоз: нозологическая оценка и дифференциальный диагноз // Журн. неврол. и психиатрии. 2008. Т. 108, № 9. С. 4–10.
16. Пантелеева Г.П., Артюх В.В., Копейко Г.И. и соавт. Клинико-генетические особенности и нозологическая оценка шизоаффективного психоза в систематике эндогенных приступообразных психозов // Журн. неврол. и психиатрии. 2011. Т. 111, № 4. С. 12–21.

17. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. Пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. 2009.
18. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.
19. Сергеев И.И., Малиночка С.А. Патологические интересы и увлечения при шизофрении // Журн. неврол. и психиатрии. 2008. № 3. С. 11–17.
20. Сосюкало О.О. Клинические особенности смешанных аффективных состояний и их место в динамике эндогенных аффективных и шизоаффективных психозов // Журн. неврол. и психиатрии. 1989. № 12. С. 59–64.
21. Улезко А.В. О клинических вариантах монополярной эндогенной депрессии // Журн. неврол. и психиатрии. 1990. № 4. С. 61–65.
22. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. М., 2009. 216 с.
23. Akiskal H.S., Akiskal K.K. A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Suppl. 433. P. 44–49.
24. Averill P.M., Reas D.L., Shack A. et al. Is schizoaffective disorder a stable diagnostic category: a retrospective examination // Psychiatric Quarterly. 2004. Vol. 75, N 3. P. 215–227.
25. Benazzi F. Defining mixed depression // Prog Neuropsychopharmacol Biol. Psychiatry. 2008. Vol. 32, N 4. P. 932–939.
26. Benazzi F. Is there a continuity between bipolar and depressive disorders? // Psychother. Psychosom. 2007. Vol. 76, N 2. P. 70–76.
27. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., revised) American Psychiatric Association. Washington DC. 1994.
28. Kantrowitz J.T., Citrome L. Schizoaffective Disorder: A Review of Current Research Themes and Pharmacological Management. [Review] // CNS Drugs. 2011. Vol. 25, N 4. P. 317–331.
29. Kasanin J. (Цит. по А.Н.Кореневу) Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии. 1994. N 6. С. 45–49.
30. Kendler K.S., Gardner C.O. Boundaries of Major Depression: An Evaluation of DSM-IV Criteria // Am. J. Psychiatry. 1998. Vol. 155. P. 172–177.
31. Kendler K.S., McGuire M., Gruenberg A.M., Walsh D. Examining the Validity of DSM-III-R Schizoaffective Disorder and its putative subtypes in the Roscommon family study // Am. J. Psychiatry. 1995. Vol. 152, N 5. P. 755–764.
32. Koola M.M., Fawcett J.A., Kelly D.L. Case Report on the Management of Depression in Schizoaffective Disorder, Bipolar Type Focusing on Lithium Levels and Measurement-Based Care // J. Nervous & Mental Disease. 2011. Vol. 199, N 12. P. 989–990.
33. Malhi G.S., Green M., Fagiolini A., Peselow, E.D., Kumari V. Schizoaffective disorder: diagnostic issues and future recommendations // Bipolar Dis. 2008. Vol. 10, Suppl. 1. P. 215–230.
34. McGlashan T.H., Williams P.V. (Цит. по А.Н.Кореневу) Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии. 1994. Т. 94, № 6. С. 45–49.
35. Norman R.M.G., Malla A.K., Manchanda R., Townsend L. Premorbid adjustment in first episode schizophrenia and schizoaffective disorders: a comparison of social and academic domains // Acta Psychiatr. Scand. 2005. Vol. 112, N 1. P. 30–39.
36. Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M. et al. Predictors of Relapse Following Response From a First Episode of Schizophrenia or Schizoaffective Disorder // Arch. Gen. Psychiatry. 1999. Vol. 56. P. 241–247.
37. Spitzer R.L., Endicott J., Robbins E. Research diagnostic criteria (RDC) for a selected group of functional disorders. New York Biometrics Res 1978. (Цит. по В.П.Бологову). Типологическая характеристика манифестных состояний шизодоминантной формы шизоаффективного психоза // Журн. неврол. и психиатрии. 1998. Т. 98, № 6. С. 14–18.
38. Tsuang M.T. (Цит. по А.Н.Кореневу) Клинико-психопатологическая дифференциация шизоаффективных психозов с преобладанием аффективных расстройств // Журн. неврол. и психиатрии. 1994. Т. 94. № 6. С. 45–49.
39. Vollmer-Larsen A., Jacobsen T.B., Hemmings R., Parnas J. Schizoaffective disorder – the reliability of its clinical diagnostic use // Acta Psychiatr. Scand. 2006. Vol. 113, N 5. P. 402–407.

ДЕПРЕССИВНОЕ ШИЗОАФФЕКТИВНОЕ РАССТРОЙСТВО (ТИПОЛОГИЯ МАНИФЕСТНЫХ ПРИСТУПОВ)

А. С. Бобров, М. Ю. Рожкова, Н. Ю. Рожкова

Исучена группа больных (n=51) с манифестным депрессивным шизоаффективным расстройством (ШАР) в соответствии с критериями F25.1 МКБ-10. Отмечена значительная частота (78,4%) манифестных аффективных расстройств, в подавляющем большинстве случаев (80,0%) непосредственно примыкающих к манифестному проявлению психоза. В соответствии с модальностью аффекта большая часть манифестных аффективных расстройств отнесена к депрессии (60,0%), меньшая (32,5%) – к биполярному аффективному расстройству по типу двоящихся фаз (реже континуальному течению), либо это были единичные гипомании (7,5%). Выявлена значительная частота (47,1%) гипомании, биполярного расстройства, смешанной депрессии, альтернирующего варианта смешанных

расстройств на активном этапе течения депрессивного ШАР, на выходе из приступа или в ближайшем постпсихотическом периоде без сопутствующей продуктивной симптоматики. В зависимости от количества психопатологических синдромов, в том числе обязательных из перечня «а-г» F20, выделена моно- и полиморфная клиническая структура манифестного депрессивного ШАР. Отмечен ряд существенных клинических особенностей, присущих полиморфной клинической структуре депрессивного ШАР, с наличием смешанных аффективных расстройств, по сравнению с мономорфной структурой приступа.

Ключевые слова: депрессия, смешанные аффективные расстройства, галлюцинации, бред.

DEPRESSIVE SCHIZOAFFECTIVE DISORDER (MANIFESTATION TYPOLOGY)

A. S. Bobrov, M. Yu. Rozhkova, N. Yu. Rozhkova

The authors have studied a group of patients (N=51) with manifest depressive schizoaffective disorder (SAD) according to the criteria F25.1 in ICD-10. They report high frequency (78,4%) of pre-manifest affective disorders, which in majority of cases (80,0%) directly precede the manifestation psychosis. The majority of pre-manifest affective disorders were depressive (60,0%), then followed bipolar affective disorder (double phases or – less frequently – continuous course), or single cases of hypomania (7,5%). In the active phase of depressive SAD, at the end of the episode and in post-psychotic period free from productive symptoms, the researchers found significant frequency

(47,1%) of hypomania, bipolar disorders, mixed depression, and the alternating variant of mixed disorders. Depending on the number of psychopathological syndromes present, including obligatory symptoms A-D in F20, the authors distinguish mono- and polymorphic clinical structure of the manifest depressive SAD. They also point to a number of clinical characteristics commonly present in the clinical structure of depressive SAD with mixed affective disorders, in comparison with monomorphic structure of the first episode.

Key words: depression, mixed affective disorders, hallucinations, delusions.

Бобров Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ»; e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru

Рожкова Марина Юрьевна – очный аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ»; e-mail: marina.rozhkova@yandex.ru

Рожкова Нина Юрьевна – доцент кафедры информатики и компьютерных технологий ГБОУ ДПО «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Министерства здравоохранения РФ»; e-mail: rozhkova2001@mail.ru