Депрессивное шизоаффективное расстройство (типология манифестных приступов)

А.С. БОБРОВ*, М.Ю. РОЖКОВА, Н.Ю. РОЖКОВА

Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, Иркутск

Depressive schizoaffective disorder (typology and manifest episodes)

A.S. BOBROV, M.YU. ROZHKOVA, N.YU. ROZHKOVA

Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education, Irkytsk

Обследовали 48 больных с манифестным депрессивным приступом шизоаффективного расстройства (ШАР), диагностированного в соответствии с критериями МКБ-10 (F25.1). В 79,2% случаев были отмечены доманифестные аффективные расстройства, большинство (81,6%) из которых непосредственно предшествовали манифестации психоза. В 60,5% случаев это были депрессивное аффективное расстройство, в 31,6% — биполярное аффективное расстройство, протекавшее по типу сдвоенных фаз (или континуального течения), и в 7,9% — единичные гипомании. На активном этапе течения депрессивного ШАР, на выходе из приступа или в ближайшем постпсихотическом периоде была выявлена значительная частота (47,9%) гипомании, биполярного расстройства, смешанной депрессии, альтернирующего варианта смешанных расстройств без сопутствующей продуктивной симптоматики. В зависимости от синдромальной структуры выделены моно- и полиморфные варианты манифестного ШАР. Клиническую структуру полиморфного варианта отличало по сравнению с мономорфной структурой приступа наличие смешанных аффективных расстройств.

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

A group of patients (*n*=48) with a manifestation of depressive schizoaffective disorder (SAD) (F25.1 ICD-10) was studied. The considerable frequency (79.2%) of pre-manifest affective disorders, which preceded the development of psychosis in overwhelming majority of cases (81.6%), was found. In accordance with the modality of the affect, pre-manifest affective disorders were attributed to depression (60.5%), bipolar affective disorder (31.6%), with dual phases, or, more rarely, with continuous course, and hypomania (7.9%). The considerable frequency (47.9%) of hypomania, bipolar disorder, mixed depression, alternating variants of mixed disorders was found at the active stage of current depressive SAD, in the end of the attack or in the next post-psychotic period without concomitant positive symptoms. Depending on the number of psychopathological syndromes, authors singled out mono- and polymorphic structures of a manifestation of depressive SAD. A number of significant clinical features inherent to the polymorphic clinical structure of depressive SAD, including those with mixed affective disorders, was noted compared to the monomorphic structure of the attack.

Key words: *depression, mixed affective disorders, hallucinations, delusion.*

Ранее (до 1983 г.) в отечественной психиатрии приступы шизоаффективной структуры рассматривались как благоприятное (недифференцированное) течение приступообразно-прогредиентной шизофрении [5]. В МКБ-10 [4], принятой к использованию в практике отечественной психиатрии, шизоаффективное расстройство (ШАР) выделено в отдельную диагностическую рубрику — F25, но сохраняет свое место и в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства» (F2).

В зависимости от доминирующего аффекта в структуре приступа с учетом шизофренических симптомов ШАР подразделяется на маниакальный, депрессивный и смешанный типы. Депрессивный тип шизоаффективного расстройства (F25.1) включает в себя прежде всего депрессию с наличием хотя бы двух из трех характерных (типичные) депрессивных симптомов (сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, выраженная утомляемость, даже при незначительном усилии — F32) или сопутствующих нарушений поведения в рамках депрессивного эпизода. Наряду с выраженной депрессией должен присутствовать хотя бы один (предпочтительнее два) типичный симптом шизофрении из перечня «а—г» (F.20). В DSM-IV-TR [15] аналогично МКБ-10 в качестве основного признака ШАР принимается психотическое состояние с одновременным наличием депрессивного, маниакального или смешанного аффективного расстройства и симптомов шизофрении. При этом в клинике шизоаффективного расстройства депрессивного типа степень выраженности депрессии должна отвечать критериям депрессивного эпизода. Признается возможным наличие галлюцинаций и бреда (по меньшей мере, в течение 2 нед).

Цель настоящего исследования состояла в изучении психопатологической структуры первых манифестных

© Коллектив авторов, 2013

*e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru

приступов ШАР с учетом особенностей доманифестного периода.

Материал и методы

Изучена группа больных в количестве 48 человек, 34 женщины и 14 мужчин, с диагнозом депрессивный вариант ШАР по МКБ-10 (F25.1). Большее число женщин в настоящем исследовании было связано с тем, что набор материала в основном проводился в женском отделении областной клинической психиатрической больницы №1 (хотя преобладание женщин отмечалось и в литературе [1]).

Критериями включения в исследование послужили манифестный (первый) приступ ШАР с наличием депрессивных симптомов и одного или более шизофренических симптомов из перечня «а—г» (F20) с длительностью психотического состояния не менее 1 мес. Примечательным является факт соответствия (конгруэнтность) фабулы галлюцинаций и/или бреда депрессивному аффекту в структуре приступа. Критерии исключения соответствовали МКБ-10 в рубрике F25 с особым вниманием на наличие на доманифестном этапе бредовой симптоматики, в том числе перемежающейся с «чисто» аффективными расстройствами. Исключались также больные с продуктивной симптоматикой без сопутствующих депрессивных расстройств на активном этапе течения приступа.

Подавляющее большинство (89,6%) больных имели среднеспециальное либо незаконченное высшее и высшее образование. До манифестного приступа продолжали работать 43,8%, находились в декретном отпуске — 10,4%; число учащихся вуза, реже колледжа и школы составило 14,6%, прекратили работу на доманифестном этапе — 31,2%. Из числа работающих большая часть трудились 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 — 20 (41,6%) пациентов, были разведены — 5 (10,4%) овдовели — 1 (2,1%). Большая половина (52,1%) имели детей: одного ребенка — 14 пациентов (29,3%) , двух — 9 (18,7%), трех — 2 (4,1%).

Все больные в периоде обследования находились в стационаре. Возникновение манифестного депрессивного варианта ШАР у большинства (77,1%) больных приходилось на зрелый возраст (после 20 лет), у 22,9% — на период юности (от 17 до 20 лет).

Средний возраст больных ко времени манифестации приступа ШАР составил 30,5±1,5 года. Длительность активного течения приступа была менее 1 мес у 11 (22,9%) больных, 2 мес у 16 (33,3%), 3 мес у 5 (10,5%) и более 3 мес у 16 (33,3%).

Проводился психопатологический анализ преморбидных особенностей личности, доманифестного проявления психоза, оценивался психический статус больных ко времени приступа и ближайшего постпсихотического периода. База данных составила 65 признаков.

При статистической оценке результатов использовали непараметрический критерий χ^2 с поправкой Йейтса (номинальные, бинарные данные) [6], критерий Фишера (в случае, если ожидаемая частота менее 5) [7]. В целях определения влияния факторов риска на формирование клинической группы использовали линейный дискриминантный анализ. Расчет производили с помощью программы Statistica 6.0 («Stat Soft»).

Результаты и обсуждение

На основании ретроспективного анализа доманифестного этапа депрессивного ШАР у подавляющего большинства больных — 79,2% были выявлены аффективные расстройства. Депрессивные состояния имели место у 23 (47,9%) больных. Оказалось, что в этих случаях достаточно часто отмечалась их психогенная провокация — у 16 (69,6%) больных (p<0,028). Более редко по сравнению с депрессивными на доманифестном этапе ШАР развивались биполярные расстройства — у 12 (25,0%) пациентов и еще реже гипомании — у 3 (6,3%). В последних двух случаях расстройства возникали аутохтонно. По данным Н.Д. Лакосиной и соавт. [3], аффективные расстройства в виде гипомании или субдепрессии выявляются у 59,6% больных ШАР.

В данном исследовании не было отмечено зависимости возникновения приступа ШАР от времени года, хотя имелась тенденция к развитию депрессивного ШАР чаще осенью в сравнении с весной и летом.

Обратим внимание на то, что активному манифестному проявлению депрессивного ШАР непосредственно предшествовали спровоцированные или аутохтонные аффективные расстройства. При этом с высокой степенью достоверности (p<0,0001) преобладало отсутствие интервала между доманифестными нарушениями и приступом, а отставленные от манифестного приступа на срок от 1 мес до 1 года и более доманифестные аффективные расстройства встречались значительно реже. Наличие доманифестных аффективных расстройств свидетельствует в пользу преморбидной стресс-уязвимости части больных с манифестным депрессивным ШАР. Обращал на себя внимание и факт отсутствия обращаемости за медицинской помощью на доманифестном этапе.

У 15 (31,3%) больных на доманифестном этапе в структуре непсихотических аффективных расстройств были выявлены патологические интересы и увлечения. Содержание их несколько различалось в зависимости от валентности аффекта. Так, в случае депрессивного состояния это могли быть увлечение компьютерными играми (online-игры) и погружение в них, попытки духовного самосовершенствования в познании философских учений, многочасовые прослушивания тяжелого рока, интерес к «оздоровительной» литературе с посещением соответствующих курсов. В период гипомании возникала внезапная влюбленность, в том числе через Интернет, увлечение астрологией, хиромантией, с тем чтобы узнать свое будущее, тяга к художественному творчеству (например, активное выступление в качестве танцовщицы в эротическом баре); посещение дорогостоящих курсов с целью «узнать себя как личность, научиться принимать верное решение 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%) возникновения патологических интересов и увлечений при ШАР (изучались смешанный и маниакальный его типы) уже обращалось внимание в работах отечественных авторов [8].

Оценку степени тяжести депрессии на активном этапе течения депрессивного ШАР проводили с позиции критериев МКБ-10 (F32—F34)[1]. У половины больных — 25 (52,2%) была диагностирована промежуточная степень тяжести — между тяжелым и умеренным депрессивным эпизодом (ДЭ). Основанием для этого послужило наличие у больного всех трех упоминавшихся выше типичных симптомов депрессии и от двух до трех других ее проявлений из перечня МКБ-10; в одном наблюдении к промежуточной степени тяжести ДЭ было отнесено сочетание двух типичных и шести дополнительных симптомов депрессии. В зарубежной литературе [16] имеются указания на возможность выделения промежуточной (переходной) степени тяжести большой депрессии или большого ДЭ. В остальных случаях у больных выявлялась легкая (16,6%), тяжелая (12,5%) и умеренная (8,3%) степень тяжести ДЭ. Наличие субдиагностических проявлений ДЭ отмечено в 5 (10,4%) наблюдениях.

Выявлена значительная частота ассоциированного с диагностически очерченной депрессией отдельных субдиагностических проявлений генерализованного тревожного расстройства (ГТР). В этом случае использовались критерии DSM-IV. Диагностическую рубрику ГТР в МКБ-10 (F41.1) не представлялось возможным использовать в силу смешения критериев ГТР и бесфабульной (флоттирующая) тревоги. Такие проявления ГТР, как расстройство сна (83,3%), быстрая утомляемость (66,6%), а также расстройство концентрации внимания (52,1%), перекрываются проявлениями собственно депрессии. Симптом мышечного напряжения не типичен для больных с депрессивным вариантом ШАР. Нехарактерным оказалось и накопление проявлений вегетативной гиперактивности у больных. Так, отдельные проявления вегетативной тревоги отмечены у 38 пациентов, при этом у 16 из них — 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 отчетливо проявлялась психомоторная заторможенность, которой соответствовали жалобы на нарушения мышления: «не могу быстро сформулировать мысль», «мысли текут медленно», «долго соображаю». Голос больных при этом был тихим, ответы односложными с длительными паузами; больные редко меняли положение тела в беседе. При такой психомоторной замедленности особенно на высоте приступа больные жаловались на «грустное, печальное настроение», говорили, что у них «нет никаких желаний, ничего не хочется», «настроение снижено».

По картине психотического приступа больных с манифестным депрессивным ШАР можно было разделить на две группы: 1-я — с мономорфной структурой приступа — у 14 (29,2%) больных, 2-я — с полиморфной клинической структурой приступа — у 34 (70,8%) пациентов. Мономорфная клиническая структура приступа в 10 случаях исчерпывалась вербальным галлюцинозом (истинный или псевдогаллюцинаторный его варианты), одним из необходимых для диагностики ШАР шизофренических симптомов из перечня МКБ-10; в 1 случае имел место функциональный вербальный галлюциноз, в 3 — преобладал бредовой регистр психотической симптоматики (острый чувственный бред либо синдром бредовой соматопсихической деперсонализации). В случае полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР в большинстве случаев — у 27 (79,4%) больных психический статус определялся вербальным галлюцинозом — истинным и псевдогаллюцинаторным его вариантом (соответственно 35,3 и 44,1%), в единичных наблюдениях имел место вербальный функциональный галлюциноз (2,9%). Особенностью полиморфной структуры приступа является сочетание проявлений вербального галлюциноза в виде основного синдрома с эпизодическим возникновением в дебюте и на активном этапе течения приступа эпизодов острого чувственного бреда (бредовое настроение, символическое значение, интерметаморфозы, острый параноид, бред инсценировки), наглядно-образного бреда воображения, отдельных проявлений синдрома психического автоматизма либо бредовых эпизодов с фабулой порчи, ущерба, мнимой беременности, конфабуляторного бреда. Среди факультативных синдромов наряду с определяющим клиническую картину приступа вербальным галлюцинозом выявлено эпизодическое возникновение зрительных и обонятельных галлюцинаций, галлюцинаций воображения, в единичном наблюдении — висцеральных галлюцинаций. Значительно реже (3 больных) основные клинические проявления полиморфного по структуре манифестного депрессивного ШАР определялись бредовым регистром расстройств. Имела место четкая синдромологическая этапность при формировании бреда инсценировки, сочетанные проявления бреда порчи с мизоманией; ипохондрический бред с галлюцинациями воображения. В 2 наблюдениях при полиморфной структуре манифестного депрессивного ШАР имелся ориентированный онейроид с наличием вербального псевдогаллюциноза либо синдрома психического автоматизма.

По отдельным расстройствам между группой больных с моно- и полиморфной клинической картиной были отмечены достоверные статистические различия. В 1-й группе больных достоверно чаще встречались шизоидные (сенситивный вариант) преморбидные особенности личности (χ^2=4,58, df=1, p=0,03), стресс-провоцированные аффективные расстройства на доманифестном этапе (χ^2=7,2, df=1, p=0,007), при этом последние чаще были представлены депрессивным расстройством (χ^2=5,8, df=1, p=0,016) и в виде единичного депрессивного эпизода (χ^2=7,8, df=1, p=0,005). Напротив, у больных с полиморфной структурой приступа достоверно чаще на доманифестном этапе возникало биполярное аффективное расстройство (χ^2=3,98, df=1, p=0,046) в виде сдвоенных аффективных фаз (p=0,04). Особенности доманифестной аффективной симптоматики в зависимости от мономорфной или полиморфной структуры манифестного депрессивного ШАР представлены в **табл. 1 и 2**.

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

Остановимся на некоторых особенностях вербального галлюциноза, которые имели место у наблюдавшихся нами больных. Речь идет о «симптоме открытости» или, вернее, о сознании открытости своих мыслей по механизму умозаключения [11]. Больные, например, говорили: «соседи озвучивали мои мысли — о чем я ни подумаю, они

[1]В литературе [17] для этой цели использовалась также психометрическая оценка (анкета PHQ-9).

Таблица 1. **Тип аффективных расстройств на доманифестном этапе в зависимости от структуры манифестного депрессивного ШАР**

Тип аффективного расстройства	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=34)	
	абс.	%	абс.	%
Депрессивное расстройство	10	71,4	13*	38,2
единичное	10	71,4	11**	32,4
рекуррентное	0	—	2	5,9
Единичная гипомания	0	—	3	8,8
Биполярное аффективное расстройство	1	7,1	11***	32,4
сдвоенные фазы, значительно реже континуальное течение	0	—	9****	26,5
фазы, разделенные по времени	1	7,1	2	5,9
Отсутствие расстройства	3	21,4	7	20,6

Примечание. Различия между группами статистически достоверны: * — при p=0,016; ** — при p=0,005; *** — при p=0,046; **** — при p=0,04.

Таблица 2. **Особенности возникновения аффективных расстройств на доманифестном этапе в зависимости от структуры манифестного депрессивного ШАР**

Аффективное расстройство	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=34)	
	абс.	%	абс.	%
Аутохтонное	2	14,3	18*	52,9
Провоцированное стресс-фактором	9	64,3	9**	26,5

Примечание. Различия между группами статистически достоверны: * — при p=0,045; ** — при p=0,007.

Таблица 3. **Синдромологическая характеристика манифестного приступа депрессивного варианта ШАР в зависимости от структуры приступа**

Синдром	Мономорфная (n=14)		Полиморфная (n=34)	
	абс.	%	абс.	%
Бред как стабильный синдром	3	21,4	4	11,8
Бред с различной фабулой как эпизод	0	—	24*	70,6
Вербальный галлюциноз (истинный, псевдогаллюциноз, функциональный)	11	78,5	28	82,4
Прочие виды галлюцинаций как эпизод	0	—	9**	26,5
Отдельные проявления синдрома Кандинского—Клерамбо (идеаторный и моторный варианты)	0	—	7	20,6
Эпизоды субкататонической симптоматики	0	—	7	20,6
Эпизоды ориентированного онейроида	0	—	6	17,6
Ориентированный онейроид	0	—	2	5,9

Примечание. Различия между группами статистически достоверны: * — при χ^2=19,7, df=1, p=0,00001; ** — при χ^2=4,56, df=1, p=0,032.

уже знают и отвечают мне» или «голоса родственников со стороны мужа за стенкой знают мои мысли — я только подумаю, а они уже говорят наперед, что будет».

Эпизоды бредового настроения как инициальные проявления бреда воображения [11] в течение депрессивного манифестного приступа ШАР с полиморфной клинической картиной характеризовались «предчувствием плохого», либо больной «ловил» на себе осуждающие взгляды окружающих — «не так смотрят на меня». В ином случае это ощущение, что родственники в семье могут причинить вред только что привезенному из родильного дома ребенку; 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 клинической картины манифестного депрессивного варианта ШАР, также как все упомянутые выше виды бреда, являлся эпизодом.

В большинстве случаев фабула эпизодов с наглядно-образным бредом воображения в клинике полиморфного по клинической структуре депрессивного ШАР имело драматическое, но обыденное содержание. В отечественной литературе [2] имеются указания на возможность возникновения наряду с мегаломаническим и обыденного содержания бреда воображения. 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 вспыш-

ки 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»; больной оказывался в центре этих событий с необходимостью выбора чьей-либо стороны в конфликте. Это могло быть перевоплощение с утратой своего физического «Я», реинкарнацией и возвращением в свое физическое тело, при этом больная полностью не теряла ориентацию в окружающей обстановке, к примеру, обращалась с требованиями к медперсоналу — «сделайте что-нибудь со мной, я стала другая».

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 преемственности 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 меня в больницу, чтобы завладеть квартирой»). Бред интерметаморфозы был представлен феноменом отрицательного двойника, при этом мог как бы предварять развертывание острого приступа либо быть завершающим на выходе из него, а также возникать в структуре эпизода с фабулой бреда инсценировки. Последний возникал как на госпитальном этапе, так и в период пребывания в отделении.

Среди наших наблюдений имелась также небольшая группа — 7 (20,6%) пациентов с наличием субкататонической симптоматики в структуре полиморфного приступа. При этом преходящие субкататонические эпизоды возникали в дебюте приступа. Со слов родственников, 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. В ином случае 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 нижней конечности. В единичных случаях субкататоническая симптоматика была включена в клинику очерченного ориентированного онейроида. Включение этих наблюдений в категорию депрессивного ШАР, с нашей точки зрения, было возможным вследствие отчетливой депрессии в структуре приступа и соответствия содержания наглядно-образного бреда воображения доминирующему аффекту.

Общая группа больных была проанализирована также в отношении наличия или отсутствия смешанных аффективных расстройств на различных этапах развития приступа. Эти варианты приступов были соответственно у 25 (52,1%) и 23 (47,9%) больных. В 4 случаях имело место внезапное замещение депрессивного компонента психоза эпизодом повышенного настроения с возможной целесообразной и продуктивной деятельностью. Так, одна больная в течение нескольких дней стала активно включаться в подготовку и проведение благотворительного вечера в целях сбора денег для детского дома; другая — в течение нескольких дней, испытывая «эйфорию», стала активной в быту, высказывала желание отдохнуть на даче; в третьем случае утром и днем наблюдалось депрессивное состояние, к вечеру сменялось легкой гипоменией с потребностью в активной деятельности («генеральная уборка в квартире»), что соответствует понятию «условная биполярность» [10]. В четвертом случае больная, со слов родственников, на короткое время становилась улыбчивой, веселой, пыталась напевать и пританцовывать под музыку. В большем количестве наблюдений (9) гипомания (в том числе по типу условной биполярности) возникала на выходе из приступа, непосредственно после редукции депрессивной и продуктивной симптоматики. При этом у 4 больных после выхода из приступа либо в ближайшем постпсихототической периоде были отмечены биполярные аффективные расстройства. Наряду со смешанными аффективными расстройствами в виде биполярного варианта было выявлено наличие собственно смешанной аффективной симптоматики. Это была смешанная депрессия [12—14] на высоте приступа или смешанная депрессия на высоте приступа и альтернирующий вариант [9] на этапе редукции депрессивной и продуктивной симптоматики (2 наблюдения), альтернирующий вариант в дебюте приступа (1 случай) и на выходе из него (3 больных), но без сопутствующей продуктивной симптоматики.

В целях подтверждения правомерности выделения типологии манифестного депрессивного ШАР по критерию отсутствия или наличия в структуре смешанных аффективных расстройств была применена процедура линейного дискриминантного анализа с последовательным включением и исключением признаков, входившиъ в основную базу данных. Из 65 признаков выделили 13 наиболее информативных, позволяющих дифференцировать две названные выше клинические группы. К этим признакам отнесены манифестная шизофрения у родственников 1-й степени родства, количество психически здоровых родственников; вербальный псевдогаллюциноз на протяжении всего приступа; преморбидные особенности в виде уклоняющегося (тревожное) 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 провоцированное их возникновение) и др. Наибольший вклад в разделение клинических групп по критерию отсутствия или наличия смешанных аффективных расстройств вносит признак «вербальный псевдогаллюциноз» в структуре манифестного проявления депрессивного ШАР. Качество дискриминантного анализа (значение Wilks' Lambda составило 0,29, $F(13,34)=6,23$, $p<0,00001$) свидетельствует о корректности предпринятого разделения больных.

В клинической структуре полиморфного депрессивного варианта ШАР с наличием смешанных аффективных

расстройств был отмечен ряд особенностей вербального псевдогаллюциноза. Это относится прежде всего к его доминированию в психопатологическом пространстве приступа. Имеется в виду длительность псевдогаллюциноза на активном этапе течения приступа, детальная сюжетная разработанность и систематизированность бреда, конгруентного содержанию слуховых галлюцинаций. Проявлениям вербального псевдогаллюциноза могут сопутствовать зрительные псевдогаллюцинации на протяжении значительного времени активного течения психоза. Так, к примеру, у одной из больных в голове возникают образы влиятельных политических, военных и религиозных деятелей прошлого — «Вижу и слышу их в голове, разговариваю с образами»; в последующем содержание псевдогаллюциноза приобретает мегаломанический оттенок — «больная должна родить 16 девочек» и вместе с тем в соответствии с содержанием голосов, не забывать «чистить зубы и умываться». В случае религиозно-мистического содержания слуховых галлюцинаций (голоса) или близкого к мегаломаническому содержанию больные подчиняются их императивному содержанию — «изгоняют из близких нечистую силу, бесов» путем обрызгивания святой водой, приближая к лицу икону; готовы принести в жертву домашних животных; одна из больных, подчиняясь императивному содержанию голосов, могла ударить кого-то из близких, принимала ванну в нижнем белье, разбила телефон, телевизор и испортила семейный портрет.

Подводя итог анализу невыборочного контингента больных с манифестным депрессивным ШАР, проведенному в условиях повседневной психиатрической практики, можно выделить ряд вариантов структуры приступов: моно- и полиморфные приступы в зависимости от количества продуктивных (психотические) симптомов, с наличием или отсутствием смешанной аффективной симптоматики в виде гипомании, биполярного расстройства, смешанной депрессии и альтернирующего варианта смешанного аффективного расстройства (без сопутствующей продуктивной симптоматики). Были отмечены также доманифестные аффективные расстройства. При этом у 47,8% больных с наличием смешанных аффективных расстройств в структуре манифестного депрессивного ШАР на доманифестном этапе выявлялись биполярные расстройства либо единичные эпизоды гипомании. Это дает основание предполагать, что 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. дис. ... канд. мед. наук. М 2008.
2. *Блейхер В.М.* Эпонимические термины в психиатрии, психотерапии и медицинской психологии. Киев 1984; 115.
3. *Лакосина Н.Д., Алексеев А.В., Шмилович А.А.* Патодинамические и клинические соотношения тимопатии, психической травмы и шизоаффективного расстройства. Совр терап псих расстройств 2009; 2: 4—6.
4. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические отнесения и указания по диагностике. СПТб 1994; 300.
5. *Наджаров Р.А., Смулевич А.Б.* Шизоаффективная (полиморфная) шубообразная шизофрения. Руководство для врачей. Под ред. А.В. Снежневского. М 1963; 1: 319—321.
6. *Петри А., Сэбин К.* Наглядная медицинская статистика. Пер. с англ. Под ред. В.П. Леонова 2009.
7. *Реброва О.Ю.* Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistica. М: Медиа Сфера 2002; 312.
8. *Сергеев И.И., Малиночка С.А.* Патологические интересы и увлечения при шизофрении. Журн неврол и психиат 2008; 108: 3: 11—17.
9. *Сосюкало О.О.* Клинические особенности смешанных аффективных состояний и их место в динамике эндогенных аффективных и шизоаффективных психозов. Журн невропатол и психиат 1989; 89: 12: 59—64.
10. *Улезко А.В.* О клинических вариантах монополярной эндогенной депрессии. Журн неврол и психиат 1990; 90: 4: 61—65.
11. *Циркин С.Ю.* Аналитическая психопатология. Изд. 2-е. М 2009; 216.
12. *Akiskal H.S., Akiskal K.K.* A mixed state core for melancholia: an exploration in history, art and clinical science. Acta Psychiatr Scand Suppl 2007; 433: 44—49.
13. *Benazzi F.* Is there a continuity between bipolar and depressive disorders? Psychother Psychosom 2007; 76: 2: 70—76.
14. *Benazzi F.* Defining mixed depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry 2008; 32: 4: 932—939.
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., revised) American Psychiatric Association. Washington DC 1994.
16. *Kendler K.S., Gardner C.O.* Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. Am J Psychiatry 1998; 155: 172—177.
17. *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. Journal of Nervous & Mental Disease 2011; 199: 12: 989—990.