

Шизоаффективный психоз

Шизоаффективный психоз

- это непрогредиентное эндогенное психическое заболевание с относительно благоприятным прогнозом,
периодически возникающими приступами
в картине и динамике которых одновременно
сосуществуют или последовательно
развиваются
циркулярные аффективные расстройства
(депрессивные, маниакальные, смешанные)
эндогенного характера
и не выводимые из аффекта собственные
шизофренические психотические симптомы
(бредовые, галлюцинаторные)

История вопроса

Впервые термин «шизоаффективный психоз» был введен в 1933 г. Я. Казаниным, но еще раньше К. Кляйст выделил циклоидные психозы. Они совместно с несистемными шизофрениями позже в истории психиатрии заняли место, соответствующее шизоаффективному психозу.

В 1957 году К. Leonhard стал говорить о третьей эндогенной болезни.

Кроме того, были попытки рассматривать шизоаффективный психоз как одну из подформ единого эндогенного психоза

Шизоаффективный психоз (МКБ-10)

Шизоаффективный психоз рассматривается не как «заболевание», а как «эпизодические (приступообразные) расстройства» (т. е. состояния), при которых представлены и аффективные, и шизофренические симптомы, перечисленные в диагностических указаниях к F20 (шизофрения), наблюдающиеся одновременно или последовательно в течение нескольких дней, во время одного и того же приступа, когда картина приступа не отвечает ни критериям шизофрении, ни критериям маниакально-депрессивного эпизода

Шизоаффективное расстройство характеризуется

- полными ремиссиями
- отсутствием типичных для шизофрении негативных симптомов
- выраженностью расстройств настроения в обострениях и позитивных симптомов (схожих с таковыми при шизофрении)
- отсутствием прогрессирования заболевания

- ШАР рассматривают в качестве пограничной группы заболеваний между шизофренией и биполярными расстройствами настроения

F25 Шизоаффективные расстройства

Этот диагноз основывается на относительном "равновесии" количества тяжести и продолжительности шизофренических и аффективных симптомов

- G1. Расстройство отвечает критериям одного из аффективных расстройств (F30.-, F31.-, F32.-) умеренной или тяжелой степени выраженности в соответствии с определением для каждого подтипа.
- G2. В течение большей части времени минимум двухнедельного периода отчетливо присутствуют симптомы хотя бы одной из следующих симптоматических групп (которые почти совпадают с группами симптомов при шизофрении (F20.0-F20.3):
- 1) "эхо" мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, открытость мыслей (F20.0-F20.3, критерий G1.1 а));
 - 2) бред воздействия или влияния, отчетливо относящийся к движениям тела или конечностей или к определенным мыслям, действиям или ощущениям (F20.0- F20.3, критерий G1.1 б));
 - 3) галлюцинаторные "голоса", комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; или другие типы галлюцинаторных "голосов", исходящих из какой-нибудь части тела (F20.0-F20.3, критерий G1.1 в));
 - 4) стойкие бредовые идеи любого рода, которые культурально неадекватны и совершенно невозможны по содержанию, но это не просто идеи величия или преследования (F20.0-F20.3, критерий G1.1 г)), например, что больной посещает иные миры, может управлять облаками с помощью своего дыхания, общаться с растениями или животными без слов и т. п.;
 - 5) явно неадекватная или разорванная речь или частое использование неологизмов (выраженная форма критерия G1.2 б) в рубрике F20.0-F20.3);
 - 6) частое возникновение кататонических форм поведения, таких как застывания, восковая гибкость и негативизм (F20.0-F20.3, критерий G1.2 б)).
- G3. Критерии G1 и G2 должны выявляться в течение одного и того же эпизода и хотя бы на какое-то время одновременно. В клинической картине должны быть выраженными симптомы критериев как G1, так и G2.
- G4. Наиболее часто используемые критерии исключения. Расстройство не может быть приписано органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09) или интоксикации, зависимости или состоянию отмены, связанным с употреблением психоактивных веществ (F10-F19).

- **Распространенность**

распространенность шизоаффективных
психозов среди всех эндогенных
психических заболеваний (15—30 %)

Классификации

Шизоаффективные психозы:

- Монополярная форма
- Биполярная форма ШАР

Шизоаффективные психозы:

- Близкий к аффективному психозу
- Близкий к шизофрении
- Промежуточный или недифференцированный с равной выраженностью аффективной и шизофренической симптоматики

Шизоаффективные психозы

- Аффектдоминантная форма
- Шизодоминантная форма

Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

- А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).
- Б. Должны выявляться критерии маниакального расстройства (F30.1 или F31.1).

ФЗ0.1. Мания без психотических симптомов

- А. Преимущественно повышенное, экспансивное, раздражительное или подозрительное настроение, которое является аномальным для данного индивидуума. Это изменение настроения должно быть отчетливым и сохраняться на протяжении по меньшей мере недели (если только его тяжесть недостаточна для госпитализации).
- Б. Должны присутствовать минимум три из числа следующих симптомов (а если настроение только раздражительное, то — четыре), приводя к тяжелому нарушению личностного функционирования в повседневной жизни:
- 1) повышение активности или физическое беспокойство;
 - 2) повышенная говорливость ("речевое давление");
 - 3) ускорение течения мыслей или субъективное ощущение "скачки идей";
 - 4) снижение нормального социального контроля, приводящее к поведению, которое неадекватно обстоятельствам;
 - 5) сниженная потребность во сне;
 - 6) повышенная самооценка или идеи величия (грандиозности);
 - 7) отвлекаемость или постоянные изменения в деятельности или планах;
 - 8) опрометчивое или безрассудное поведение, последствия которого больным не осознаются, например, кутежи, глупая предприимчивость, безрассудное управление автомобилем;
 - 9) заметное повышение сексуальной энергии или сексуальная неразборчивость.

F30.1. Мания без психотических симптомов

- В. Отсутствие галлюцинаций или бреда, хотя могут быть расстройства восприятия (например, субъективная гиперაკυζия, восприятие красок как особенно ярких).
- Г. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод не может быть объяснен употреблением психоактивного вещества (F10-F19) или любым органическим психическим расстройством (в смысле F00-F09).

Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип.

- А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).
- Б. Должны выявляться критерии депрессивного расстройства, хотя бы умеренной тяжести (F31.3, F31.4, F32.1 или F32.2).

F32 Депрессивный эпизод

- G1. Депрессивный эпизод должен длиться, по крайней мере, две недели.
- G2. В анамнезе никогда не было гипоманиакальных или маниакальных симптомов, отвечающих критериям маниакального или гипоманиакального эпизода F30.-).
- G3. Наиболее часто используемые критерии исключения. Эпизод нельзя приписать употреблению психоактивного вещества (F10-F19) или любому органическому психическому расстройству (в смысле F00-F09).

Соматический синдром

Некоторые депрессивные симптомы широко рассматриваются, как имеющие особенное клиническое

значение, обозначаются здесь как "соматические" (такие термины, как биологическое, витальное, меланхолическое или эндогенноморфное используется для этих синдромов в других классификациях).

Для определения соматического синдрома 4 из следующих симптомов должны быть представлены:

1. Снижение интересов или снижение удовольствия от деятельности, обычно приятной для больного;
2. Отсутствие реакции на события или деятельность, которые в норме ее вызывают;
3. Пробуждение утром за два или больше часа до обычного времени;
4. Депрессия тяжелее по утрам;
5. Объективные свидетельства заметной психомоторной заторможенное(tm) или ажитации (отмеченные или описанные другими лицами);
6. Заметное снижение аппетита;
7. Снижение веса (пять или более процентов от веса тела в прошлом месяце);
8. Заметное снижение либидо.

Шизоаффективное расстройство, смешанный тип

- А. Должны выявляться общие критерии шизоаффективного расстройства (F25).
- Б. Должны выявляться критерии смешанного биполярного аффективного расстройства (F31.6).

F31.6 Биполярное аффективное расстройство, текущий смешанный эпизод

- А. Текущий эпизод характеризуется или смешанной или быстрой сменой (за несколько часов) гипоманиакальных, маниакальных и депрессивных симптомов.
- Б. И маниакальные, и депрессивные симптомы должны быть выраженными в большую часть периода, продолжительностью по крайней мере в две недели.
- В. Наличие в прошлом, по крайней мере одного хорошо описанного гипоманиакального или маниакального эпизода (F30.-), депрессивного (F32.--) или смешанного аффективного эпизода (F38.00)

ШАР общая характеристика

- длительно текущее заболевание
- развивается в **виде приступов**, для клинической картины которых характерно сочетание:
 - свойственных аффективному психозу циркулярных аффективных расстройств
 - характерных для шизофрении бредовых симптомов

ШАР общая характеристика

В целом характерно благоприятное **течение** заболевания без заметной прогрессиентности при котором не обнаруживаются личностные сдвиги с формированием грубых негативных изменений а тем более шизофренического дефекта

- Чаще отмечается лишь заострение преморбидных личностных особенностей.

В динамике ШАР как заболевания

Выделяют:

- доманифестный этап
- манифестные приступы
- перемежающиеся их ремиссии

В динамике ШАР как заболевания

- Характеристика неаффективных бредовых расстройств в приступе

и особенности бредообразования в наибольшей степени отражают клинический прогноз болезни и определяют ее форму

Каждому из бредовых синдромов в приступе соответствуют предпочтительные полюс и тип аффективных расстройств

ШАР общая характеристика

- **Манифестация** психоза м.б. в подростково-юношеском (до 18 лет), в зрелом возрасте, в период инволюции

ШАР общая характеристика

- Манифестные шизоаффективные приступы в течение заболевания могут рецидивировать или сменяться приступами аффективной структуры и перемежаться ремиссиями с остаточной аффективной и бредовой симптоматикой (или без нее) и относительно сохранной социально-трудовой адаптацией

Классификация

Шизоаффективные психозы

-Аффектдоминантная форма

-Шизодоминантная форма

Аффектдоминантная форма

- заболевание развивается при «высоком уровне преморбидной адаптации»
- и отсутствии в картине шизоаффективного состояния не менее чем в течение 1 нед. шизофренической симптоматики при персистирующих аффективных расстройствах

Шизодоминантная форма

- психозы, когда в картине шизоаффективного эпизода аффективная патология не наблюдается хотя бы в течение 1 нед. при остающейся постоянной шизофренической (бредовой) симптоматике

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- Варианты заболевания, отнесенные к аффектодоминантной форме, в основном соответствуют понятию шизоаффективного психоза как нозологически самостоятельного заболевания и его определению

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- Заболевание развивается чаще у лиц с шизоидными чертами

степень выраженности которых носит характер акцентуации

реже — достигает психопатического уровня

АФФЕКТДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Доманифестный (продромальный) период

На продромальных этапах заболевания, обычно в возрасте 10—12 лет отмечаются проявления реактивной лабильности в виде депрессивных реакций в ответ на эмоционально значимые психогении

У некоторых больных на доманифестном этапе, продолжающемся несколько лет, с годами формируются депрессии эндореактивной структуры

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Доманифестный (продромальный) период

За 2—3 года до манифестации ШАР тяжесть аффективной симптоматики нарастает за счет углубления, эндогенизации и витализации депрессий

- Появляются преимущественно биполярные аффективные фазы иногда сдвоенные
- При этом первой в их серии и более глубокой, как правило, бывает **депрессия**, но иногда возможно преобладание и маниакальных расстройств
- Нарушений социально-трудовой адаптации на доманифестном этапе не отмечается

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Манифестный шизоаффективный приступ

развивается в большинстве случаев после
экзогенной провокации (психогенной,
соматогенной)

реже — аутохтонно

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Манифестный шизоаффективный приступ

В его динамике наиболее отчетливо представлены характерные этапы, сменяющие друг друга и составляющие особенности присущего ему стереотипа развития расстройств

- аффективных,
- аффективного бреда,
- бредовых неаффективных и
- вновь аффективных на этапе обратного развития расстройств в приступе

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Манифестный шизоаффективный приступ

- Длительность аффективных расстройств в манифестных состояниях варьирует от 1,5 мес до 3 лет (в среднем — более 6 мес), а бредовых расстройств — от 2 дней до 3 нед (в среднем 2 нед).

АФФЕКТОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Соотношение собственно бредовых и аффективных расстройств (по длительности) в картине одного шизоаффективного эпизода при аффектодоминантной форме составляет в среднем 1:20

АФФЕКТДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Картина шизоаффективного приступа характеризуется:

- аффективными расстройствами
- развитием неаффективного бреда по типу **острого чувственного бреда** в его психопатологически различных вариантах — от бреда восприятия до бреда воображения:
- Картина аффектдоминантного шизоаффективного приступа может проявляться в разных вариантах и определяется особенностями острого чувственного бреда:
- Острый чувственный бред восприятия
- Наглядно-образный бред
- Интеллектуальный бред воображения

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Манифестация шизоаффективного приступа чаще после **психогений**
- Период первоначального аффекта
депрессии апатоадинамические (часто)
тоскливые
мании веселые (редко)
- Период «изолированного» аффективного бреда 1-2 нед
- Период собственно бредовых расстройств

Вариант с преобладанием в картине приступа
острого чувственного бреда по типу бреда
восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- В приступах степень завершенности бреда восприятия
различна:

Может ограничиваться бредовым настроением
развитием бреда инсценировки
формированием бреда символического
значения

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Если картина бреда восприятия ограничивается **бредовым настроением**, бред формируется только после классической меланхолической депрессии
- Предшествующая психогения находит отражение в содержании депрессивных переживаний больных
- Через 1—2 нед формируется очерченный, стойкий депрессивный бред
- на высоте психоза он сменяется картиной неаффективных бредовых расстройств с отсутствием законченной фабулы бреда

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Если картина бреда восприятия ограничивается **бредовым настроением** (продолжение)
- Вместо депрессивных переживаний начинает главенствовать бредовой аффект напряжения, глобальной подозрительности, недоверия, ощущения надвигающейся опасности транзиторного характера — от нескольких часов до 5 дней
- Выход из психотического состояния критический
- В течение последующих 2—3 нед состояние вновь определяет депрессивный аффект, после редукции которого возвращается полная критика к болезненным переживаниям

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Развитию **бреда инсценировки** у подавляющего большинства больных также предшествует депрессивный аффект - апатоадинамическая депрессия
- Психогении лишь в 50% предшествуют началу такого приступа
-
- Через 2—3 мес структура депрессии усложняется за счет депрессивных идей осуждения и самообвинения в течение 1,5—2 нед.

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Развитию ***бреда инсценировки*** (продолжение)

На этапе формирования неаффективных бредовых расстройств происходит видоизменение аффекта но доминирующим становится аффект недоумения и растерянности

а бредовые переживания определяются ощущением розыгрыша

переживанием измененности окружающего и поведения других людей с характером их неестественности и подстроенности (бред интерметаморфоза)

- Бредовые расстройства отличаются здесь фрагментарностью, выраженной лабильностью и динамизмом развертывания

Вариант с преобладанием в картине приступа острого чувственного бреда по типу бреда восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Развитию ***брёда инсценировки*** (продолжение)

Проявления бреда интерметаморфоза длятся 1—2 нед и редко сосуществуют с предшествующим аффективным бредом.

- Выход из бредового психоза критический, но на этапе его обратного развития в течение 2—3 мес на фоне депрессивных расстройств могут возникать кратковременные обострения в виде рудиментарного бреда инсценировки

В последующем формируется критика к болезненным переживаниям

Вариант с преобладанием в картине приступа
острого чувственного бреда по типу бреда
восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Бред **символического значения** в картине
шизоаффективного состояния одинаково часто развивается
как после психопатоподобных и веселых маний, так и после
тревожных и апатоадинамических депрессий
- В 50% предшествуют соматогении

Вариант с преобладанием в картине приступа
острого чувственного бреда по типу бреда
восприятия (продолжительность 7-8 мес)

- Бред **символического значения** (продолжение)
- В динамике приступа бред символического значения развивается после этапа аффективного бредообразования
- На высоте психоза на первый план выступают отчетливые признаки нарушения восприятия реального мира, элементы которого замещаются символами и знаками с бредовой трактовкой окружающего
- Неаффективные бредовые расстройства приобретают фантастическую окраску
- Выход из психоза литический, в течение 2—3 нед.
- По миновании бреда символического значения вновь на первый план выступают бред аффективного содержания и аффективные расстройства.
- Критика к болезни формируется постепенно

Течение аффектдоминантной формы ШАР с доминированием бреда восприятия во всех случаях близко к фазному

Аффектдоминантная форма ШАР с доминированием острого чувственного бреда восприятия

- В последующем, при повторных эпизодах, обычно обнаруживается тенденция к упрощению симптомокомплекса бредовых расстройств
-
- Они начинают все чаще развиваться аутохтонно, становятся более кратковременными и иногда исчерпываются только проявлениями страха или импульсивного поведения без четко оформленной бредовой фабулы
-
- Частота только аффективных и шизоаффективных приступов в течение заболевания примерно одинакова, по 1 приступу в 3 года
- Аффективные расстройства сохраняют преимущественно биполярный характер, реже встречаются монополярные депрессии, причем у большинства больных заболевание переходит на чисто аффективный уровень

Аффектдоминантная форма ШАР с
доминированием острого чувственного бреда
восприятия

- В ремиссиях на фоне преморбидных личностных свойств отмечаются лишь преходящие черты астенизации и заострение преморбидных сенситивных свойств, часто сохраняется преморбидное свойство реактивной лабильности

Аффектдоминантная форма ШАР с
доминированием острого чувственного бреда
восприятия

- Показатели социально-трудовой адаптации у больных рассматриваемого варианта обычно высокие даже при длительном течении заболевания; для них характерны профессиональный рост и тенденция к повышению образовательного уровня

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- обычно развивается после экзогений, в основном соматогенного характера.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Чаще развитие шизоаффективного приступа начинается с маниакального аффекта в виде психопатоподобных, классических маний или маний с идеаторной спутанностью.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Бред воображения при этом варианте формируется на фоне аффективных расстройств, как правило, параллельно развитию маниакального бреда.
- Циркулярные аффективные расстройства являются составной частью структуры этого варианта психоза.
- Собственно бредовые расстройства развиваются остро и определяются яркими и образными представлениями фантастического характера, динамичностью и изменчивостью.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Бредовые представления возникают в сознании больного обычно в виде односюжетных и нестойких образных картин, отличающихся красочностью и пластичностью.
- Переживаемые бредовые события носят фрагментарный характер, характеризуются незавершенностью психопатологических проявлений, сценоподобностью, реже — грезоподобностью, лишены определенной интерпретации и лишь частично объединяются общей сюжетной линией.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Выход из острого бредового состояния в этих случаях ближе к критическому и обычно завершается в течение 1—2 нед.
- Одновременно уменьшается выраженность аффективного бреда, и постепенно теряют свою интенсивность сохраняющиеся аффективные (маниакальные) нарушения.
- Критика к перенесенному состоянию бывает достаточно полной, хотя нередко сопровождается неоправданным оптимизмом по отношению к возможности рецидивов.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Дальнейшее течение заболевания относительно благоприятно и носит как бы промежуточный характер между фазной динамикой и близким к рекуррентному приступообразным его развитием.
- После первого манифестного приступа повторные шизоаффективные эпизоды развиваются уже только аутохтонно по типу «клише», на фоне мании или смешанного состояния.
- Частота последующих аффективных и шизоаффективных эпизодов при вариантах с наглядно-образным бредом воображения также практически одинакова — по 1 приступу в 2 года.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Более чем у половины этих больных течение шизоаффективного психоза регредиентное, с последующим переходом на чисто аффективный уровень расстройств и с доминированием биполярного аффекта, но в них отчетливее начинает преобладать маниакальный аффект.
- В ремиссиях становятся заметными личностные изменения: заострение доманифестных истеро-шизоидных особенностей, появляются черты излишнего рационализма.

Аффект доминантная форма с наглядно-образным бредом воображения

- Более чем в 1/3 случаев социально-трудовая адаптация характеризуется снижением профессионального уровня, хотя образовательный уровень многих больных повышается.
- Большинство больных на протяжении всего заболевания сохраняют трудоспособность.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Уже на доманифестном этапе в период возрастных кризов, начиная с детского возраста, в этих случаях нередко отмечаются эпизоды ночных страхов, неразвернутые психические автоматизмы, чувство измененности своего «Я», неразвернутые идеи преследования.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Биполярные колебания настроения возникают аутохтонно и сразу в виде сдвоенных фаз.
- Первой из них, как правило, бывает психопатоподобная мания, которая изначально преобладает над астеноадинамическими субдепрессиями.
- Но за 2—3 года до манифестации шизоаффективного психоза нарастает тяжесть маниакальной симптоматики, аффективные расстройства принимают континуальный характер или выступают в виде мономаний.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- При этом картина психопатоподобных маний усложняется в результате присоединения гетерономных включений в виде эпизодов неразвернутых идеаторных автоматизмов, рудиментарных идей воздействия и эротического притязания, которые наблюдаются амбулаторно и проходят в течение нескольких суток.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Развитие манифестного шизоаффективного приступа чаще всего происходит аутохтонно и только на фоне маниакального эффекта.
- За этапом развернутых маниакальных расстройств обычно следует этап атипичного маниакального бреда с элементами идеаторной разработки по типу вымысла, который при дальнейшем развитии расстройств видоизменяется, сменяясь бредовыми расстройствами по типу «бредовой догадки».

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- На фоне патологически усиленного идеаторного компонента процесса воображения происходит как бы «интуитивное» проникновение в смысл текущих событий с элементами их «творческой разработки» и последующим построением фантастических теорий и формулированием «гениальных» открытий, объединенных общей сюжетной линией.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Для этих случаев нехарактерен эйдетический компонент психопатологических феноменов.
- В структуре бреда отмечаются отдельные элементы бредовой ретроспекции.
- Бредовой психоз в целом отличается острым развитием, подвижностью проявлений, обратимостью и синдромальной незавершенностью.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Выход из бредового психоза при этом варианте, как правило, постепенный, в течение 2—3 нед, через маниакальный бред и последующий маниакальный аффект.
- Обратное развитие аффективных расстройств носит затяжной характер — до 3—5 мес.
- Критика к острому периоду психоза у больных чаще является неполной, с «рациональным» психологическим объяснением причин болезненных проявлений.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- Заболевание при этом варианте носит приступообразно-прогредиентный характер.
- В течении его доминирует биполярный аффект, но с преобладанием маниакальных расстройств и характерной для этого варианта континуальной их сменой.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- В ходе болезни отмечается значительное уменьшение собственно тимического компонента в проявлениях аффективных расстройств с возникновением в картине мании дисфорических включений, идей переоценки собственной личности небредового характера, а затем и гетерогенных включений в виде неаффективного бреда.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- В то же время депрессии переходят на более легкий уровень и зачастую проявляются атипично, лишь трудностями сосредоточения внимания.
- При достаточно высокой средней частоте приступов (1 приступ в год) они нередко приобретают затяжное течение. Наблюдается тенденция к хроническому течению заболевания.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- На протяжении болезни сохраняется клишированный характер структуры бредовых расстройств в повторных шизоаффективных приступах.
- Переход болезни на уровень чисто аффективных расстройств встречается крайне редко, а течение заболевания часто принимает континуальный характер.
- В ремиссиях выявляются негативные личностные изменения в виде эмоциональной дефицитарности и снижения продуктивности, расстройства мышления.

Аффектдоминантная форма с доминированием интеллектуального бреда воображения

- У подавляющего большинства больных в ходе заболевания выявляются снижение профессионального уровня и низкие показатели социально-трудовой адаптации с тенденцией к инвалидизации.
- Заболевание по этому типологическому варианту развивается неблагоприятно, и его отнесение к собственно шизоаффективному психозу спорно.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- По клиническим особенностям шизодоминантная форма шизоаффективного психоза наименее соответствует строгим рамкам его определения как нозологически самостоятельного заболевания
- Клинико-психопатологические проявления ее также зависят от особенностей бредовых синдромов в структуре шизоаффективного приступа
- Их клинико-психопатологическая структура определяется смешанными механизмами

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- Общей особенностью формирования бредовых расстройств при шизодоминантной форме является **представленное в разных соотношениях участие проявлений острого чувственного бреда и тенденций к идеаторной разработке бредовых построений**
- В этих случаях преобладает более глубокий, параноидный, регистр психопатологических симптомов с развитием на высоте психотического состояния признаков острого синдрома Кандинского — Клерамбо.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- В динамике шизоаффективных приступов при шизодоминантной форме не обнаруживается столь четкого чередования этапов аффективных расстройств аффективного бреда и собственно бредовых синдромов, нередко они как бы наслаиваются друг на друга и сосуществуют одновременно, определяя полиморфизм психопатологических проявлений шизодоминантного шизоаффективного приступа
-
- В отличие от аффектдоминантной формы собственно аффективные расстройства в картине манифестного шизодоминантного состояния обычно менее продолжительны (не более 1—3 нед)
- Но период собственно бредовых расстройств здесь более длительный, превышает 3—4 нед

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- Шизофренические симптомы представлены при шизодоминантной форме в большем объеме и не менее чем двумя признаками из обязательных диагностических критериев шизофрении (по МКБ-10)
- Общая длительность шизодоминантного шизоаффективного приступа 4—6 мес.
- Соотношение аффективных и шизофренических (бредовых) расстройств в картине такого шизоаффективного состояния в среднем 1,5:1.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- Заболевание в рамках шизодоминантной формы развивается также у лиц шизоидного склада

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- В **доманифестном периоде** уже с пубертатного возраста обнаруживается заострение преморбидных свойств на фоне биполярных аффективных расстройств с затяжным (до 6 мес) течением фаз и атипией их проявлений: депрессии протекают с утратой побуждений, нарастанием заторможенности, а мании — лишь с повышением общей активности без компонента веселья и радости
- За 1,5—2 года до манифестации болезни усиливается тяжесть проявлений аффективных расстройств.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- В доманифестном периоде
- В картине депрессий наряду с их витализацией возникают преходящие идеи малоценности, сверхценные ипохондрические расстройства, склонность к алкоголизации
- В маниях преобладают психопатоподобное поведение с расторможением влечений, элементы дурашливости, эйфории.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- В доманифестном периоде
- Незадолго до манифестации психоза глубина и выраженность аффективных расстройств заметно нарастают
- В депрессиях иногда усиливается заторможенность, в маниях — психопатоподобные нарушения
- Иногда на высоте мании возникают сверхценные образования, неразвернутые и кратковременные аффективно-бредовые расстройства, эпизоды деперсонализации, отдельные ассоциативные автоматизмы
- В картине аффективных расстройств можно обнаружить отдельные параноидные включения, единичные идеи отношения, оклики, эпизоды тревоги.
- Характерны сдвоенные, строенные фазы или наблюдается континуальная смена фаз.

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

- **Манифестный** шизодоминантный шизоаффективный приступ развивается, как правило, аутохтонно, реже — после соматогений.
- Его клинические проявления и прогноз определяются бредовыми расстройствами.
- В этих случаях приступ протекает по типу параноидного психоза (острого синдрома Кандинского — Клерамбо).

ШИЗОДОМИНАНТНАЯ ФОРМА

Манифестный шизодоминантный шизоаффективный приступ

Разные синдромальные картины таких расстройств определяют клинические варианты шизодоминантной формы:

- Острый параноид с элементами интерпретативного бреда
- Наглядно-образный бред с элементами интерпретации
- Острый (несистематизированный) интерпретативный бред с элементами чувственного бреда

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- Психоз развивается постепенно, обычно после соматогений.
- В большинстве случаев он формируется в период астеноадинамической депрессии, реже — непосредственно в момент смены депрессивной фазы на маниакальную
- Циркулярный аффект в последующем сохраняется на первых стадиях развития параноида.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- В картине шизоаффективного состояния уже в самом его начале, на фоне аффективных расстройств, наблюдаются рудиментарные проявления бредового настроения, диффузной подозрительности с элементами бреда значения

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- В течение 1—2 нед циркулярный аффект полностью сменяется бредовым и начинает преобладать аффект тревоги, аффективного напряжения и бредовой настороженности.
- Затем в течение нескольких дней полностью формируется бред.
- Больные замечают «пристальные» взгляды прохожих, улавливают «особое значение» в их поступках и т. п.
- Фабула бреда в этих случаях содержит обычно тему морального урона для больного, а не угрозы его физическому существованию.
- Могут отмечаться единичные «ложные узнавания».

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- Бредообразование в целом носит смешанный характер, включая компоненты не только чувственного, но и интерпретативного бреда.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- Дальнейшее развитие психоза происходит как бы по двум направлениям с формированием:
- - синдрома Кандинского — Клерамбо,
- Синдрома К-К + фантастическое видоизменение бреда восприятия

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **формированием острого синдрома Кандинского — Клерамбо**, его признаки развиваются уже через 3—5 дней после начала бредового психоза и в его структуре доминируют бред воздействия и ассоциативный компонент психического автоматизма.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **формированием острого синдрома Кандинского — Клерамбо,**
- Бред преследования сохраняет конкретность и реальную фабулу. Бредовые идеи воздействия и симптомы параноида, сочетают в себе свойства бреда восприятия и элементы интерпретации, возникают одновременно с психическими автоматизмами и нередко являются как бы их бредовым толкованием.
- Отсутствует четкое представление о способе и конкретном источнике воздействия.
- Ассоциативный автоматизм ограничивается чаще симптомом внутренней открытости или чтения мыслей.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **формированием острого синдрома Кандинского — Клерамбо,**
- Сенестопатический и кинестетический автоматизмы элементарны. В поведении больных отсутствует стремление к активному контакту и разрешению бредовой ситуации.
- Этому варианту состояний свойственны монотематичность, конкретность и несистематизированность бреда.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо** происходит генерализация расстройств, обнаруживается их больший синдромальный полиморфизм.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- В картине параноида наряду с конкретной и обыденной фабулой некоторые поступки людей и события начинают восприниматься как непонятные, неординарные.
- В предположениях относительно участников и целей преследования у больных довольно быстро утрачивается связь с реальной ситуацией, появляется тенденция к масштабности идей преследования.
- Ложные узнавания теряют конкретность, определенность.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- При нарастании остроты психоза иногда в его картине появляются признаки растерянности на фоне сохраняющейся фабулы преследования, его содержание становится менее конкретным, диффузно распространяясь на все окружающее, которое начинает восприниматься «измененным», «как спектакль», «эксперимент», «божье испытание», «лаборатория» «макет города», «павильон киносъемки» и т. п.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- В течение 1—2 дней нарастает масштабность бреда и вместе с тем отмечается его большая фрагментарность.
- Аффект становится лабильным, иногда с быстрым переходом от страха к восторгу.
- Фабула бреда становится полиморфной, наряду с идеями преследования и воздействия возникают идеи осуждения, элементы манихейского бреда.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Могут появляться отдельные рудиментарные обонятельные галлюцинации и идеи отравления, иллюзорные и истинные вербальные галлюцинации, кататонические включения.
- Однако перехода к помрачению сознания не обнаруживается.
- Мотивы бреда инсценировки или символического значения часто остаются ведущими среди проявлений бреда восприятия и не получают дальнейшего развития.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Содержание фантастических бредовых переживаний ограничивается «приземленными» темами с моральной направленностью бредовых мотивов.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Полиморфизм картины шизоаффективного состояния в период развития бредовых расстройств дополняют конгруэнтные предшествующему циркулярному аффекту неразвернутые бредовые идеи осуждения, виновности (при депрессиях) или переоценки собственной личности (при маниях), хотя сам циркулярный аффект перестает звучать в жалобах больных и в картине бредового психоза уступает место бредовому аффекту.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Поведение больных на высоте психоза носит бредовой характер.
- Выход из психоза обычно литический.
- На завершающем этапе обратного развития расстройств в течение 1—1,5 мес после редукции бредовых проявлений в состоянии вновь начинают преобладать аффективные расстройства, картина которых, как правило, аналогична таковой перед развитием бредового шизодоминантного психоза.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Постприступная депрессия и мания могут носить затяжной характер.
- При повторных приступах структура шизодоминантного психоза не меняется, но его проявления могут быть редуцированными, а приступы затяжными, хотя и без выраженной прогрессивности. По мере течения болезни все отчетливее становятся преморбидно свойственные больным признаки эмоциональной дефицитарности и психической пассивности.

Шизодоминантная форма Вариант с картиной острого параноидного синдрома (КК-) с острым бредом восприятия с элементами интерпретативного бреда

- **фантастическое видоизменение бреда восприятия одновременно с развитием острого синдрома Кандинского — Клерамбо.**
- Выраженного снижения уровня социально-трудовой адаптации больных и явных признаков инвалидизации не бывает, хотя повышения творческой активности и профессионального роста у них также не наблюдается. Больные часто переходят на работу в домашних условиях.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- в большинстве случаев формируется аутохтонно, через 2—3 дня после инверсии депрессивной фазы на маниакальную.
- На фоне нарастающего идеаторного возбуждения появляется горделивый оттенок настроения с явно завышенной самооценкой, констатацией собственной значимости, идеями особой миссии.
- Параллельно в состоянии больного начинают звучать бредовые персекуторные расстройства с бредовым значением окружающего и нестойкими симптомами инсценировки.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- На начальных этапах шизоаффективного приступа как бы совмещаются циркулярные аффективные расстройства, аффективный (маниакальный) бред и проявления неаффективного бреда, обнаруживается полиморфизм расстройств.
- Бредовые переживания больных быстро утрачивают связь с реальной ситуацией, воспринимаются ими как непонятные по содержанию.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Их дальнейшее развитие идет по пути формирования острого синдрома Кандинского — Клерамбо: возникает недифференцированное ощущение постороннего влияния, управления с необычной по содержанию их интерпретацией; явления ассоциативного психического автоматизма сопровождаются насильственным ментизмом, наплывом образных сновидений, галлюцинациями воображения с одновременными попытками проанализировать логику бредовых событий.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- При углублении психоза психический автоматизм переживается как тотальная открытость мыслей, идеи преследования и воздействия принимают мегаломанический и парафренный характер, сопровождаются бредовой деперсонализацией фантастического содержания.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Расширение фабулы бреда происходит по типу «внезапной мысли» с элементами бредовой ретроспекции и произвольным «разматыванием воспоминаний» образного характера.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Тесная взаимосвязь бредовых расстройств с циркулярным аффектом и маниакальными идеями сохраняется на протяжении всего приступа.
- Инверсии аффекта не отмечается, но на высоте психоза циркулярный аффект видоизменяется: на короткое время принимает отчетливо психотический оттенок с переживанием экзальтации, воодушевления, экстаза и особого проникновения в суть событий.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Выход из шизоаффективного состояния при этом варианте литический, в течение 1—2 нед. Бредовые идеи постепенно теряют актуальность, в состоянии вновь начинает господствовать маниакальный аффект с рудиментарными проявлениями синдрома психического автоматизма. Критика к болезни восстанавливается не сразу, в основном касается острого периода заболевания. Продолжительность этапа обратного развития расстройств обычно не превышает 1 мес.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- При дальнейшем течении повторные приступы развиваются аутохтонно.
- В их картине структура психоза не меняется, но его проявления становятся все более редуцированными, рудиментарными; бредовые расстройства утрачивают образность, преобладающими становятся бредовые интерпретации.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Приступы носят все более затяжной характер, аффективные расстройства принимают континуальный характер. В ремиссиях на фоне атипичных по проявлениям аффективных расстройств возникают эпизоды психического автоматизма, деперсонализации, тревоги.
- Переход на аффективный уровень расстройств бывает крайне редко.
- В течение года после завершения первого манифестного психоза наблюдается отчетливый личностный сдвиг с появлением негативных расстройств в виде усиленного рационализма, психической ригидности, инертности в поведении, резонерством, снижением продуктивности.

Шизофоминатная форма с развитием острого параноидного психоза (синдрома Кандинского — Клерамбо) с наглядно-образным бредом с элементами интерпретации

- Эти проявления могут усиливаться после 2—3-го рецидива заболевания и сопровождаться значительной утратой трудоспособности больных.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Развивается, как правило, аутохтонно.
- Признаки бредового психоза обычно проявляются в период смены полюса аффективной фазы.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- В их картине одновременно с циркулярным аффектом возникает бредовой аффект тревоги, диффузной подозрительности и параллельно с этим развиваются бредовые идеи аффективного содержания (бреда греховности и осуждения или эротического и любовного притязания).

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Формирование собственно бредовых расстройств в этих случаях идет по закономерностям бредового видоизменения и обострения длительно существующих на доманифестном этапе сверхценных образований различного содержания.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Эти аффективные бредовые идеи уже на начальном этапе развития шизоаффективного состояния приобретают персекуторное оформление, а фабула их — тенденцию к большей масштабности.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Если до этого они имели характер предположений и догадок, сочетаясь с соответствовавшими аффекту бредовыми идеями и самими аффективными нарушениями, то на следующей стадии развития шизоаффективного состояния дальнейшее изменение бреда (присоединение идей другой тематики) происходит вследствие появления элементов неразвернутого бреда восприятия и постепенного формирования бреда, типичного для синдрома Кандинского — Клерамбо.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Бред преследования остается интерпретативным и несистематизированным, но начинает обнаруживаться его связь с бредом воздействия, который также имеет лишь тенденцию к систематизации.
- При этом четко больной называет причины воздействия и от кого исходит последнее.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Наряду с бредом психического влияния из всех компонентов синдрома Кандинского — Клерамбо на рассматриваемом этапе шизоаффективного состояния в наиболее развернутом виде выступают признаки психического автоматизма, ведущим среди которых является ассоциативный компонент.
- Менее выраженный сенсорный компонент обычно имеет отношение к сексуальной сфере.
- Если возникают псевдогаллюцинаторные расстройства, то они, как правило, в этих случаях бывают беззвучными.

шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- В дальнейшем развитии шизоаффективное состояние остается синдромальнополиморфным. Речь идет о том, что рудиментарные бредовые идеи восприятия не имеют тенденции к генерализации и углублению, и на высоте психоза остаются фрагментарными; среди них доминирует лишь бред значения с элементами интерпретации поведения окружающих.
- Бредовое поведение в этих случаях определяется проявлениями синдрома Кандинского — Клерамбо и доминирующим бредовым аффектом.
- В некоторых случаях наблюдается парафренное видоизменение бреда.

Шизоаффективная форма с острым паранойдным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- Границы психоза при этом варианте шизодоминантной формы неотчетливы в том смысле, что часто он имеет затяжной характер (до 3—6 мес) с постепенным развитием и окончанием.
- В период редукции психотических явлений часто можно наблюдать смену аффекта на противоположный тому, который наблюдался в начале манифестации шизоаффективного состояния и в период развития бредового психоза.

Шизоаффективная форма с острым параноидным синдромом (Кандинского — Клерамбо), характеризующийся острым (несистематизированным) интерпретативным бредом с элементами чувственного бреда

- В картине завершающего аффективного состояния обычно остаются резидуальные бредовые и галлюцинаторные проявления, часто с фрагментарными признаками психического автоматизма.
- После окончания психоза критика больных даже к острому периоду болезни в этих случаях бывает неполной.
- Дальнейшее течение заболевания обычно характеризуется приступами по типу «клише», иногда с упрощением картины, но с большим звучанием параноидного регистра расстройств. Во всех приступах картина