

Олейчик И.В., Сизов С.В., Баранов П.А.

**МАНИАКАЛЬНО-ПАРАФРЕННЫЕ СОСТОЯНИЯ В
СТРУКТУРЕ ПРИСТУПООБРАЗНЫХ ЭНДОГЕННЫХ
ПСИХОЗОВ**

Учебно-методическое пособие

Москва
ФГБНУ НЦПЗ
2025

УДК 616.89-02

ББК 56.14-3

А К17

Маниакально-парафренические состояния в структуре приступообразных эндогенных психозов / И.В. Олейчик, С.В. Сизов, П.А. Баранов: Учебно-методическое пособие. – М.: ФГБНУ НЦПЗ, 2025, 30 с.

И.В. Олейчик – заведующий отделом по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, доктор медицинских наук

С.В. Сизов – старший научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, кандидат медицинских наук

П.А. Баранов – ведущий научный сотрудник отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ, кандидат медицинских наук

Рецензенты:

1. Заведующий кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Омский государственный медицинский университет» Минздрава России, д.м.н. Г.М. Усов
2. Заведующий кафедрой психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ, д.м.н., доцент А.А. Шмилович

Аннотация

Учебное пособие подготовлено в соответствии с основными профессиональными образовательными программами высшего образования: программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности «Психиатрия и наркология» и программой подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре по научной специальности «Психиатрия и наркология», реализуемыми в ФГБНУ НЦПЗ в соответствующих дисциплинах. Описана типология маниакально-парафренических состояний (МПС) в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, основанная на клинико-психопатологических характеристиках данных расстройств, определено прогностическое значение выделенных типов МПС и их нозологический спектр. Представлены стратегии дифференцированного подхода к психофармакотерапии МПС на различных этапах течения эндогенных психических заболеваний. Пособие предназначено для обучающихся ординаторов и аспирантов, также оно будет полезно для врачей-психиатров, работающих в данной области.

Учебное пособие утверждено Учебным советом ФГБНУ НЦПЗ (протокол №7 от 15 апреля 2025 г.

ISBN 978-5-6051423-7-9



9 785605 142379 >

© ФГБНУ НЦПЗ

© И.В. Олейчик, С.В. Сизов, П.А. Баранов

Оглавление:

Оглавление:.....	3
Список сокращений:.....	3
Введение	4
Современное состояние проблемы	5
Типология маниакально-парафренных состояний.....	8
Нозологический спектр маниакально-парафренных состояний.....	21
Особенности комплексной терапии.....	25
Заключение.....	27
Вопросы для самоконтроля.....	28
Список литературы.....	28

Список сокращений:

МПС – маниакально-парафренные состояния

МБС – маниакально-бредовые состояния

МКБ – Международная классификация болезней

ППШ – приступообразно-прогредиентная шизофрения

ШАП – шизоаффективный психоз

БАР – биполярное аффективное расстройство

ЭСТ – электросудорожная терапия

ААП – атипичный антипсихотический препарат

DSM-5 –The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

НЦПЗ – Научный центр психического здоровья

Введение

Настоящее учебно-методическое пособие посвящено диагностическим и терапевтическим аспектам эндогенных психозов, протекающих с картиной маниакально-парафренических состояний (МПС). Подобные состояния достаточно часто встречаются в практической работе врачей-психиатров, что объясняется их высокой распространенностью. Понимание клинико-психопатологических и клинико-динамических особенностей МПС способствует применению адекватных методов терапии, предотвращению рецидивов, сокращению продолжительности пребывания больных в стационаре, уменьшению нагрузки на специализированные лечебные учреждения, а также улучшению качества жизни таких больных с сохранением полноценного социально-трудового функционирования. Настоящее учебное пособие способствует формированию знаний врачей-психиатров об особенностях МПС и принципах терапии таких состояний. Представленная в работе типология МПС имеет клиническую и прогностическую значимость, а применение описанной в пособии адекватной терапевтической тактики позволяет осуществить как скорейшую редукцию продуктивной психопатологической симптоматики (купирующий этап), так и повысить эффективность стабилизирующего и противорецидивного этапов лечения, что способствует улучшению комплаентности больных и пониманию ими необходимости соблюдения предписанных врачебных рекомендаций. Настоящее учебное пособие позволяет по-новому взглянуть на принципы диагностики и терапии МПС, учитывая индивидуальные особенности каждого пациента. Изучение материалов пособия позволит врачам обеспечить пациентам, страдающим МПС, персонализированный медицинский подход, который будет учитывать индивидуальные особенности каждого больного и способствовать повышению эффективности терапии в целом, сокращению сроков лечения, уменьшению периодов нетрудоспособности и, соответственно, улучшению социально-трудовой адаптации.

Цель учебно-методического пособия – формирование знаний врачей-психиатров о клинической типологии МПС, развивающихся в структуре различных эндогенных психических заболеваний, а также ее значении по определению дальнейшего прогноза болезни и осуществлению дифференцированных терапевтических подходов в отношении подобных состояний.

Современное состояние проблемы

Исследование эндогенных психозов, протекающих с картиной маниакально-парафренных состояний (МПС) в приступах, остается одной из актуальных задач клинической психиатрии, что прежде всего связано с их высокой распространенностью [Точилон В.А., 1994; Пашковский В.Э., 2006; Субботская Н.В., 2006; Соколов А.В., 2012]. О высокой частоте маниакально-парафренных состояний может также косвенно свидетельствовать работа Р. Appelbaum с соавт. (1999), которые обследовали когорту из 1136 больных и диагностировали бред величия у 43% из них. Несмотря на значительные успехи современной психофармакотерапии маниакально-парафренных состояний, обращает на себя внимание высокая частота рецидивов данных психозов, что обусловлено как особенностями течения заболевания в целом, так и низкой комплаентностью этого контингента больных. Без применения адекватной терапии существует высокая вероятность быстрого прогрессирования негативной симптоматики и значительного снижения социальной и трудовой адаптации пациентов.

Острые маниакально-парафренные состояния описаны в структуре периодических форм эндогенных заболеваний еще в начале прошлого века [Крепелин Э., 1912; Халецкий А.М., 1975]. К сожалению, в последние десятилетия в современной психиатрической литературе отмечается снижение интереса к вопросам клиники, психопатологии и патокинеза психических расстройств, и, в частности, МПС. В связи с этим,

исследования клинико-психопатологических особенностей и создание типологии маниакально-парафренных состояний сохраняют свою актуальность и в современной психиатрии [Carbone M., Miniati M., 2004; Соколов А.В., 2012; Simoncini M. et al, 2017]. Кроме того, по мнению ряда авторов, проблема маниакально-парафренных состояний является, в известной мере, краеугольным камнем дифференциальной диагностики психозов [Соколова Б.В., 1972; Субботская Н.В., 2006; Casanova M., 2010]. Анализ особенностей психопатологической картины маниакально-парафренных состояний и механизмов бредообразования в приступе имеет важное диагностическое значение для суждения о клинических и прогностических характеристиках как исследуемого маниакально-парафренного синдрома, так и всего заболевания в целом [Субботская Н.В., 2006; Пашковский В.Э., 2006; Омельченко М.А., 2011; Соколов А.В., 2012; Casanova M., 2010; Jacobowski N., 2013]. В исследованиях XX века одними авторами маниакально-парафренные психозы изучались в картине аффективных синдромов [Пападопулос Т.Ф., 1975; Соколова Б.В., 1972], другими, напротив, уделялось внимание исключительно механизмам бредообразования без анализа психопатологических особенностей собственно маниакального аффекта [Тиганов А.С., 1969; Субботская Н.В., 2006]. Данные нерешенные вопросы диктуют необходимость проведения тщательного исследования клиники и психопатологии маниакально-парафренных состояний, протекающих в рамках приступообразного течения эндогенных психозов с учетом анализа всех составляющих сложного синдрома.

Парафренные состояния в разные периоды времени подробно исследовали такие отечественные психиатры как Н.Г. Шумский (1958), В.Н. Фаворина (1959), Э.С. Петрова (1967), давшие тщательное описание фантастическо-параноидной, конфабуляторной и галлюцинаторной форм. Со временем появились описания парафрении и в рамках остро протекающих психозов [Тиганов А.С., 1969; Соколова Б.В., 1972; Халецкий

А.М., 1974]. В их картине необязательным было участие аффективных расстройств, хотя и допускалось их присутствие.

В последние десятилетия отечественные исследования маниакально-парафранных и маниакально-бредовых состояний с бредом величия были крайне немногочисленны [Субботская Н.В., 2006; Омельченко М.А., 2011; Соколов А.В., 2012]. В зарубежной литературе, напротив, количество работ, посвященных изучению маниакально-парафранных состояний возрастает, однако, большинство из них посвящено исследованиям исключительно больных позднего возраста [Casanova M., 2010; Radermaker S., 2013; Marinho M., 2018].

Крайне важным является изучение вопросов нозологической оценки эндогенных заболеваний, протекающих с картинами МПС, учитывая противоречивость диагностических критериев в существующих международных классификациях [МКБ-10, 1994; DSM-V, 2013; МКБ-11, 2018]. В данных классификациях диагностика бредовых расстройств при маниях носит вненозологический характер и базируется на психометрической оценке этих состояний, при которой не учитывается целостная психопатологическая структура синдрома мании. Развитие бреда персекуторного содержания, а также величия или знатного происхождения при этом предлагается оценивать лишь как конгруентное или неконгруентное аффекту, не уточняя нозологическое значение этого параметра. Наличие в структуре мании симптомов шизофрении (I ранга по К. Schneider) однозначно расценивается в качестве неконгруентной аффекту симптоматики, требующей обязательной диагностики шизоаффективного расстройства. Таким образом, вышеописанные критерии предполагают оценку бредовых расстройств лишь по фабуле, игнорируя механизмы бредообразования, что, в значительной степени, затрудняет полноценную диагностику данных сложных психопатологических синдромов и решение вопросов прогноза и нозологической оценки. Вопрос о нозологической принадлежности маниакально-парафранных состояний, остается, таким

образом, не вполне решенным.

Большинством отечественных авторов маниакально-парафренические психозы рассматривались в рамках того или иного варианта течения приступообразной шизофрении [Тиганов А.С., 1969; Соколова Б.В., 1972; Субботская Н.В., 2006]. В зарубежной психиатрии этот вопрос остается дискуссионным, подобные состояния там принято относить исключительно к шизоаффективному или биполярному аффективному расстройству [Fink M., 1999; Bhat R., Rockwood K., 2007; Rund B. et al., 2007; Karmacharya R., 2008].

Таким образом, психопатологические особенности маниакально-парафренических состояний, в частности, вопросы о взаимосвязи типа маниакального аффекта и механизмов бредообразования, а также прогностическое значение МПС и их нозологическая принадлежность остаются недостаточно изученными.

Типология маниакально-парафренических состояний

Под маниакально-парафреническими состояниями понимают сложный симптомокомплекс, при котором маниакальный аффект сочетается с бредовыми расстройствами как аффективного, так и неаффективного круга, имеющими фантастическую (мегаломаническую) фабулу, вплоть до идей величия и сопровождающимися изменением самосознания психического «Я» (бредовой деперсонализацией), а также различными проявлениями синдрома Кандинского-Клерамбо (бредом воздействия, психическими автоматизмами, псевдогаллюцинациями) [Первомайский Б.Я., 1959; Тиганов А.С., 1965; Соколова Б.В., 1971; Дикая В.И., 1986; Субботская Н.В., 2005].

Синдром фантастического бреда в сочетании с бредом величия и персекуторным бредом, бредом воздействия и психическими автоматизмами, представляют собой единый бредовой конгломерат, который относится к облигатным составляющим, определяющим

принадлежность данного состояния к парафреническому [Субботская Н.В., 2005].

Результаты клинико-психопатологического анализа показали, что формирование бредового компонента в структуре маниакально-парафренического синдрома, происходит преимущественно по неаффективным механизмам бредообразования. Механизмы бредообразования были реализованы по закономерностям развития острого чувственного бреда, который включал бред воображения и восприятия (инсценировка, антагонистический бред) или острого малосистематизированного интерпретативного бреда.

Аффективный компонент маниакально-парафренического синдрома отличался известной атипичностью по отношению к классическим маниям и был представлен спутанной манией с крайней выраженностью идеаторной ускоренности либо психопатоподобной манией с повышенной гневливостью, оппозиционностью к окружающим.

В структуре маниакально-парафренических состояний бредовые идеи формально конгруэнтны по своему содержанию маниакальному полюсу аффекта и соответствуют идеям завышенной самооценки, свойственной мании. В то же время, формирование бредовых идей происходит преимущественно не по закономерностям развития маниакального синдрома, а определяется механизмами неаффективного бредообразования по стереотипу динамики острого параноидного бреда (острого синдрома Кандинского-Клерамбо) с его видоизменением в острый парафренический синдром.

Проведенный психопатологический анализ, наряду с общими признаками маниакально-парафренических состояний, обнаружил выраженную психопатологическую неоднородность как бредовой, так и аффективной составляющей синдрома.

В зависимости от преобладания тех или иных компонентов маниакально-парафренического синдрома, особенностей аффективной

составляющей и механизмов бредообразования, были выделены 2 типа маниакально-парафренных состояний (МПС): 1-й тип маниакально-парафренных состояний при котором парафренные расстройства развивались по механизмам острого чувственного бреда восприятия. При 2-м типе маниакально-парафренных состояний парафренные расстройства формировались в структуре несистематизированного интерпретативного бреда. В контрольной группе больных, перенесших маниакально-бредовые состояния с бредом величия, которые не отвечали критериям парафренного синдрома и отличались преобладанием наглядно-образный бред воображения. Все вышеперечисленное отражено на рисунке № 1.

Рисунок № 1.



По психопатологическим особенностям бредовых расстройств, участвующих в формировании парафренного синдрома, была разработана типология маниакально-парафренных состояний. В картине синдрома особенности динамики собственно маниакальных расстройств и бредового компонента маниакально-парафренных состояний, находились в тесной взаимосвязи. Выделены 2 типа маниакально-парафренных состояний:

I тип – при котором формирование острого парафренного синдрома происходило с преобладанием острого чувственного бреда восприятия и

бреда воображения, а также незначительным удельным весом малосистематизированных бредовых интерпретаций.

II тип маниакально-парафренных состояний характеризовался развитием малосистематизированного интерпретативного бреда, который, как правило, усложнялся симптомами неразвернутого бреда восприятия.

С целью дифференциации маниакально-парафренных состояний от иных маниакально-бредовых психозов, протекающих с бредом величия, но не отвечающих критериям парафренного синдрома, была изучена контрольная группа больных с маниакально-бредовыми состояниями, характеризовавшаяся преобладанием наглядно-образного бреда воображения.

Маниакально-парафренные состояния с преобладанием острого чувственного бреда восприятия (тип 1)

Для данной группы характерно доминирование в клинической картине психоза острого чувственного бреда восприятия с формированием в его структуре острого синдрома Кандинского-Клерамбо. При этом могут развиваться различные виды острого чувственного бреда восприятия: бред инсценировки с ложными узнаваниями, бред особого значения и антагонистический бред. До возникновения чувственного бреда восприятия содержание бредовых феноменов носило исключительно конгруэнтный маниакальному аффекту характер с благожелательным отношением окружающих к больному. На первых этапах развития психоза идеи переоценки, касавшиеся своей особой профессиональной значимости, красоты, талантов, способностей, были нестойкими, примитивными по содержанию и не складываются в какую-либо бредовую систему. В дальнейшем формировались идеи с фабулой преследования, противостояния, негативного воздействия. В последующей динамике расстройств развивались отдельные идеи воздействия, формирующиеся по типу острых интерпретаций и т.н. «интеллектуального бреда воображения», а далее клиническая картина усложнялась психическими автоматизмами,

преимущественно сенсорного типа, а также непостоянными кататоническими расстройствами (эпизодами субступора и возбуждения). Состояние больных могло достаточно резко меняться: подозрительность, напряженность, враждебность, идеи отношения сменялись эпизодами веселья с шутками и панибратством. В последующем больные заявляли, что они интуитивно поняли смысл происходящего в стране и мире, осознали, кто является им другом, а кто врагом, против каких политических сил и взглядов они должны бороться, проанализировали свою жизнь и «поняли» свое истинное предназначение (интеллектуальный бред воображения). Вместе с тем у больных появлялись эпизодические приятные и неприятные ощущения в теле, генез которых они предполагали в действиях других людей или абстрактных враждебных сил и группировок.

На этом этапе развивалась симптоматика острого чувственного бреда восприятия: больные не могли полностью разобраться в окружающем, замечали подстроенность, странность поведения людей, разделяли их на доброжелательных и враждебных, при этом связывали все увиденное с «озарившей» их концепцией (инсценировка, антагонистический бред). На следующем этапе развития психоза идеи величия приобретали мегаломанический (фантастический) характер, вплоть до идей мессианства, происходило изменение самоидентификации с нарушением восприятия образа своего психического «Я». При этом формировалась картина так называемого «инвертированного» варианта синдрома Кандинского-Клерамбо с идеями особых способностей и возможностей положительного влияния и управления окружающими людьми и масштабными событиями. Появлялись бредовые идеи воздействия, касающиеся влияния на других людей: способность менять их мысли и настроение, управлять их движениями, лечить. Ранее имевшие место идеи собственной значимости и «особого понимания устройства мира» складывались в единую концепцию бреда величия с мегаломаническим, фантастическим содержанием и видоизменением своего психического «Я». Больные заявляли, что они -

властители вселенной, будущие или уже состоявшиеся матери божественных существ, создатели особого справедливого мироустройства, избавители человечества от всех бед. Пациенты считали себя воплотившимся Богом, посланцем инопланетян, мессией, воскресшими или ныне живущими великими людьми. Развитие парафрении в данном случае содержало все этапы ее становления, начиная с бреда преследования (инсценировки, бреда особого значения), с последующим возникновением бреда воздействия, психических автоматизмов, в том числе инвертированного варианта синдрома Кандинского и дальнейшей трансформацией в парафренный бредовой психоз с фантастическим содержанием идей величия и бредовой деперсонализацией. Таким образом, бредовые идеи переоценки своего «Я» и величия на высоте парафренного психоза вытекали уже из измененной идентификации собственного «Я» и, будучи конгруэнтными маниакальному аффекту по содержанию, не могли квалифицироваться как конгруэнтные ему по механизмам бредообразования. Дальнейшая динамика психоза могла быть различной: у части больных обратная динамика расстройств происходила с полной редукцией как бредовой, так и маниакальной симптоматики, у других, напротив, нарастала острота состояния с усилением кататонических расстройств, возникновением эпизодов ориентированного онейроида. У трети больных формировалась формальная критика к перенесенному состоянию, у остальных отмечалось отсутствие критического отношения. Больные полагали, что их посетило «озарение», «дар Божий», что они действительно на время стали наделены особыми способностями и приобрели неповторимый «духовный опыт». У пятой части пациентов подобная трактовка психотических переживаний приводила к формированию сверхценного мировоззрения с резким изменением жизненного уклада (феномен «второй жизни»), у остальных отсутствие критики не приводило к вышеописанным изменениям.

Анализируя структуру маниакального аффекта при 1 типе

маниакально-парафренных состояний в целом, следует отметить преобладание идеаторного возбуждения с возникновением на его высоте «скачки идей» и развитием, в ряде случаев, картины «спутанной мании». Маниакальный аффект характеризовался благодушно-приподнятым фоном настроения с оптимизмом, склонностью к шуткам и браваре. При дальнейшей динамике парафренного синдрома маниакальный аффект видоизменялся, приобретая атипичный характер, с выраженной лабильностью, появлением ощущения восторга, переживанием счастья, экстаза, экзальтацией.

При психометрической оценке данный тип маниакально-парафренных состояний достоверно значимо ($p=0,0001$) имел достаточно высокие показатели по шкале PANSS со средним баллом $87,6\pm 12,9$ баллов, которым соответствуют относительно высокие значения по шкале мании Янга (YMRS) со средним баллом $36,8\pm 6,6$ баллов.

Маниакально-парафренные состояния с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда (тип 2)

В структуре данного синдромального типа МПС преобладали малосистематизированные интерпретативные идеи, сочетавшиеся с эпизодами чувственного бреда восприятия при сравнительно малой выраженности или отсутствии симптомов бреда воображения. Содержание парафренного бреда было конгруэнтно маниакальному аффекту, но инконгруэнтно ему по механизмам бредообразования.

Развитию развернутого маниакально-парафренного синдрома у данных пациентов предшествовало маниакальное состояние с малосистематизированным интерпретативным бредом преследования. У части больных формирование параноидного психоза происходило поэтапно, по стереотипу развития хронического бреда В.Маньяна. В других случаях параноидный синдром в картине психоза формировался без четкой этапности, сразу включая в себя бред воздействия и психические автоматизмы различных типов (сенсорные, идеаторные, моторные). На

фоне атипичного маниакального состояния больные начинали высказывать идеи о преследовании, недоброжелательном отношении к их персоне, что сопровождалось бредовым поведением с оппозицией к «обидчикам». В дальнейшем формировались разнообразные по форме психические автоматизмы и идеи воздействия, объединенные общим содержанием с предшествующими персекуторными идеями. У трети больных отмечались вербальные псевдогаллюцинации информирующего или комментирующего содержания.

У ряда больных симптоматика синдрома Кандинского-Клерамбо достигала степени «полного овладения». На данном этапе развития психоза содержание бредовых идей приобретало характер бреда величия с мегаломанической фабулой, при этом появлялись характерные изменения самоидентификации психического «Я», которые, в отличие от I типа МПС, расценивались больными как данность, без идеаторной разработки, что «подтверждалось» фабулой чувственного бреда и псевдогаллюцинациями (больные заявляли, что видят, как окружающие указывают им на их «избранность» в телетрансляциях и в интернет роликах; узнавали о своей особой миссии в фабуле вербальных иллюзий и обманов восприятия). Идеаторные психические автоматизмы становились основой для формирования бредовых фантастических конфабуляций (больным «активировали» ранее «заблокированные» воспоминания об избранности, знатном происхождении). У части больных сенсорные автоматизмы приобретали эротический характер и трактовались ими в рамках бредовой концепции избранности и мессианства. Пациентки называли себя «невестами Бога», либо же рассказывали о «вынужденной» интимной связи с политическими лидерами для «спасения государства», при этом, порой, расценивали данные эротические ощущения в рамках идей преследования, как тягостные и неприятные. У таких пациенток преобладали сенсорные психические автоматизмы, которые возникают преимущественно в ночное время и расценивались как сексуальное насилие, совершающееся

неоднократно в течение ночи.

Важно отметить, что, в отличие от 1 варианта маниакально-парафренических состояний, идеи величия возникали лишь на высоте приступа, им предшествовали персекуторные идеи, а не идеи завышенной самооценки и самовозвеличивания, которых вообще не наблюдалось на начальных этапах психоза. В целом, идеи величия были как бы «продолжением» бреда воздействия: больных заставляли выполнять особую миссию, или навязывали «особое предназначение» и «тернистый путь», от которого они «с удовольствием отказались бы».

Таким образом, в отличие от 1-го типа МПС, идеи мессианства, идеи особых способностей трактовались больными в рамках концепции «избранности навязанного им пути» и расценивались как вынужденные и неизбежные с осознанием жертвенности и «государственной необходимости».

На высоте развития психоза отмечалось сочетание симптомов развернутого чувственного бреда восприятия (инсценировки, антагонистического) в картине тотального синдрома психического автоматизма Кандинского-Клерамбо, объединенными единой фабулой «преследования и воздействия» и значительным удельным весом несистематизированных бредовых интерпретаций. Обратное развитие синдрома чаще всего было неполным, с сохранением резидуальной бредовой симптоматики в ремиссиях и отсутствием критики к идеям величия. Больные оставались убежденными в преследовании и воздействии, имевших место в прошлом и, лишь на время прекратившихся. При этом, к проявлениям мании, эпизодам чувственного бреда восприятия, бредовому поведению имела частичная критика.

В целом, с самого начала бредовая симптоматика носила неконгруэнтный маниакальному аффекту характер. На высоте парафренного психоза у больных происходило нарушение самоидентификации своей личности, пациенты начинали считать себя

президентами страны, прародительницами человечества, властителями вселенной, делая акцент в бредовых интерпретациях не на своих потенциальных способностях и возможностях или завышенной оценке потенциала своих действий, а на видоизменении самоидентификации своей личности.

Маниакальный аффект, предшествовавший картине сформированного маниакально-парафренного синдрома с идеями преследования и воздействия, отличался чертами атипичности с психопатоподобным поведением - повышенной раздражительностью, гневливостью, злобностью, конфликтностью с окружающими, оппозицией к общепринятым нормам поведения, расторможенностью влечений, злоупотреблением алкоголем и ПАВ, случайными и неконтролируемыми сексуальными связями. Последние достигают степени промискуитета и характеризовались высокой частотой, вплоть до нимфомании, с осуществлением интимной близости на виду окружающих, без учета ситуации, с антисоциальными лицами, без соблюдения контрацепции и гигиены.

При этом наблюдалась диссоциация в структуре маниакальной триады с явным преобладанием моторного возбуждения и беспокойства при слабой выраженности или отсутствии идеаторной ускоренности. Собственно приподнятого фона настроения с весельем и эйфорией, как правило, не отмечалось. При этом больные были напряжены, агрессивны, подозрительны, оппозиционны, малодоступны, что, в известной степени, маскировало собственно тимическую составляющую маниакального синдрома.

При психометрической оценке данный тип маниакально-парафренных состояний достоверно значимо ($p=0,0001$) показал самые высокие показатели по шкале PANSS со средним баллом $97,8 \pm 19,1$ баллов, которым соответствуют максимально высокие значения по шкале мании Янга (YMRS) со средним баллом $39,7 \pm 11,1$ баллов.

Маниакально-бредовые состояния с бредом величия и наглядно-образным механизмом бредообразования, которые не удовлетворяли указанным выше критериям парафренного синдрома (контрольная группа)

В данной группе больных изначально развитие бреда завышенной самооценки происходило в тесной связи с аффективной (маниакальной) симптоматикой. Доминировали аффективные механизмы бредообразования с отчетливым преобладанием наглядно-образного бреда воображения. Лишь на высоте приступа формировались картины острого чувственного бреда восприятия. Доминирующей бредовой фабулой являются идеи самовозвеличения, особых способностей, которые по содержанию на начальных этапах психоза соответствовали сверхценным идеям завышенной самооценки, свойственным картине маниакального аффекта.

Идеи величия характеризовались относительно конкретной, «приземленной» бытовой фабулой, не достигая мегаломанического масштаба и ограничиваясь самовозвеличением своих способностей во многих сферах деятельности, не сопровождаясь изменением самосознания психического «Я». Сохранялась реальная идентификация своей личности. Больные испытывали убежденность в своих необыкновенных профессиональных качествах, магических способностях, особых талантах (дар психолога, экстрасенса, целителя, способность к предсказаниям). Кроме того, часто наблюдалась уверенность в своей особой сексуальной привлекательности, известности, красоте, а также возможности замужества с людьми, имеющими высокий социальный статус. Фабула данных идей была нестойкой, изменчивой, лишенной какой-либо системы доказательств. Сознание своего величия, превосходства переживалось больными как данность. Таким образом, данные психопатологические феномены приближались к «бреду воображения» E. Dupre, (1890).

Острый чувственный бред восприятия (инсценировки, антагонистический) отличался динамичностью, отсутствием четко

разработанной бредовой концепции и отражал фабулу самовозвеличивания больных. Бредовые идеи имели благожелательную направленность: больные замечали, что окружающие восхищаются ими, знаками выражают свое одобрение, улыбаются, намекают на неординарность их деловых и человеческих качеств, демонстрируют готовность к интимной близости, дружбе, особым, доверительным отношениям, финансовому покровительству. В содержании телепередач и интернет-роликов пациенты замечали «намекы» на грядущую блестящую карьеру больных, удачное замужество, возможность приобретения особых качеств здоровья и физического развития.

Таким образом, описанные выше идеи самовозвеличивания приобретали как бы «доказательства» в проявлениях чувственного бреда восприятия. На высоте психоза отмечались проявления антагонистического бреда (часть окружающих людей поддерживала больного в его самомнении, часть – пыталась «опустить его на землю», принизить, умалить его достоинства; одни люди восхищались красотой и сексуальностью пациентки, другие – завидовали, пытались препятствовать «налаживанию» личной жизни, мешать карьере, осуществлению особых способностей, реализации таланта). Как видно из вышеописанного, картина чувственного бреда восприятия отличалась бытовым характером содержания, отсутствием мегаломанических построений, относительной неразвернутостью и фрагментарностью антагонистической фабулы.

Таким образом, на протяжении всего психоза в данной группе больных доминировал конгруэнтный аффекту по содержанию бред. На высоте состояния больные производили впечатление самоуверенных, воодушевлённых признанием своих заслуг, чрезмерно эмоциональных, гиперэкспрессивных.

Маниакальный аффект характеризовался относительной гармоничностью триады с преобладанием в тимическом компоненте оптимизма, повышенной активности и общительности, чувства

самодовольства, самоуверенности, прожектерства, расторможенности влечений с неразборчивостью в сексуальных контактах. Больные были чрезмерно разговорчивы, безапелляционны в суждениях, имели склонность к хвастовству и браваре, в их поведении отмечалось высокомерие и претенциозность. Проявлялась также склонность к избыточным тратам, азартным играм, получению огромного количества кредитов и займов, без учета реального финансового положения. В то же время идеаторная ускоренность никогда не достигала уровня «скачки идей». В данной группе ни в одном из наблюдений не обнаруживалось проявлений развернутого синдрома Кандинского-Клерамбо и кататонической симптоматики.

Обратное развитие психоза характеризовалось гармоничностью и становлением критики к перенесенному состоянию, которая, однако, отличалась некоторыми особенностями, характерными для большинства маниакальных состояний. Больные признавали, что во время психоза теряли грань между фантазиями и реальностью, сожалели о финансовых и репутационных потерях. В то же время оценивали психоз как «взлет», «приятное состояние», «мобилизацию всех ресурсов», «необыкновенное приключение», сожалея о его окончании, надеясь на повторение, и полагая, что приятные события раскрывали их внутренний потенциал, который в последующем, возможно, будет реализован.

При психометрической оценке данный тип маниакально-парафренных состояний достоверно значимо ($p=0,0001$) показывает наименее высокие показатели по шкале PANSS со средним баллом $79,3 \pm 12,5$ баллов, которым соответствуют высокие значения по шкале мании Янга (YMRS) со средним баллом $32,9 \pm 9,8$ баллов.

Таким образом, психопатологический анализ показал неоднородность маниакально-парафренных состояний, которая касалась как механизмов бредообразования в структуре синдрома, так и особенностей собственно маниакального аффекта. Маниакальный аффект при 1-м типе МПС характеризовался доминированием идеаторного возбуждения со скачкой

идей, а при 2-ом – отличался выраженной атипией с преобладанием психопатоподобной симптоматики с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, оппозиционностью. При 1 типе маниакально-парафренных состояний отмечались смешанные (как аффективные, так и неаффективные) механизмы бредообразования с доминированием в картине психоза бреда восприятия и, в меньшей степени, образного бреда. 2 тип маниакально-парафренных состояний характеризовался исключительно неаффективными механизмами бредообразования (малосистематизированным интерпретативным бредом с неразвернутыми эпизодами бреда восприятия).

Маниакально-бредовые состояния с бредом величия, не имеющие признаков парафрении в их структуре, характеризуются относительной гармоничностью маниакальной триады, формированием аффективных механизмов бредообразования и высоким удельным весом бреда воображения с видоизменением в бред восприятия лишь на высоте психоза.

Таким образом, типология маниакально-парафренных состояний основана на характеристике структуры и динамики собственно маниакального аффекта и бредовых расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом в каждом из выделенных типов.

Нозологический спектр маниакально-парафренных состояний

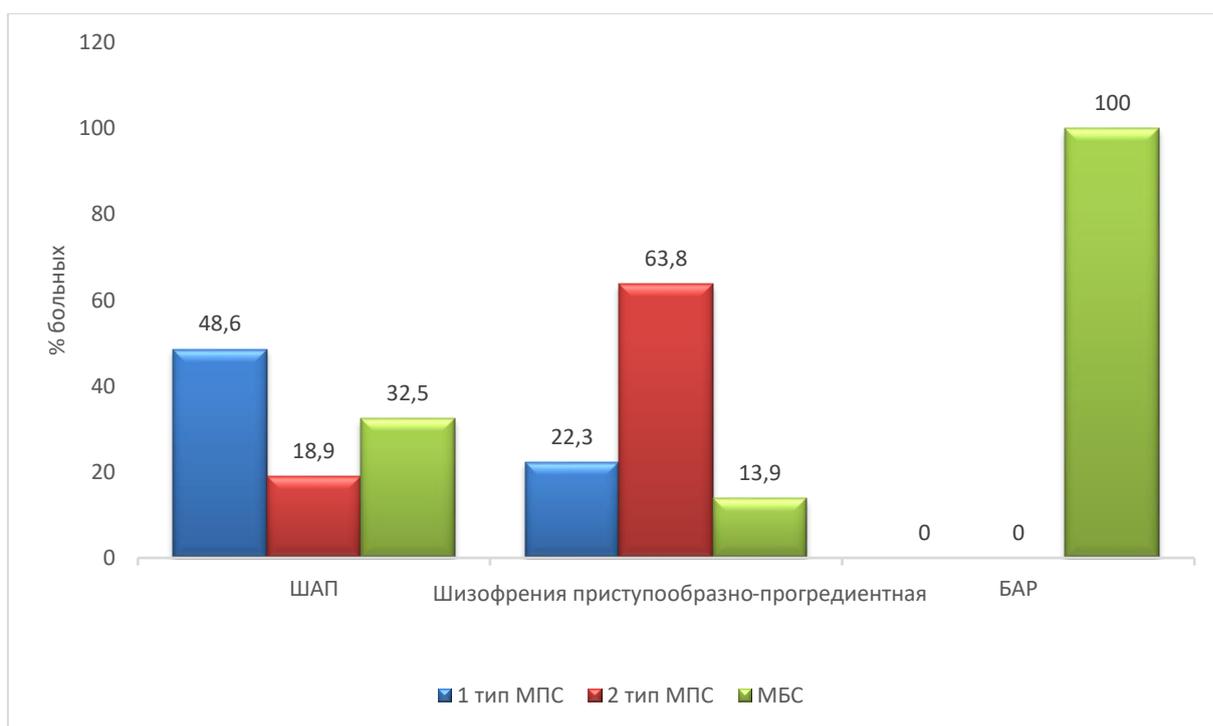
В процессе исследования нами была выявлена взаимосвязь выделенных типологических вариантов МПС с различными нозологическими формами эндогенных приступообразных психозов: шизоаффективным психозом (ШАП), шизоаффективным вариантом приступообразно-прогредиентной шизофрении (ППШ) и биполярным аффективным расстройством (БАР).

Так, I тип маниакально-парафренных состояний наблюдался преимущественно при шизоаффективном психозе, а II тип маниакально-парафренных состояний чаще наблюдался в течении приступообразно-прогредиентной шизофрении. Маниакально-бредовые состояниями с

бредом величия, не отвечающие критериям парафренного синдрома (МБС), преимущественно наблюдались в рамках биполярного аффективного расстройства и, реже, шизоаффективного психоза.

На диаграмме № 1 представлено распределение типологических вариантов в зависимости от нозологической принадлежности.

Диаграмма № 1.



Таким образом, каждый из выделенных типологических вариантов имеет различную прогностическую значимость для оценки как течения заболевания, в рамках которого он развивается, так и его прогноза в целом, что подтверждает правомерность использования разработанных принципов типологической дифференциации МПС на основании характера бредообразования.

В тех наблюдениях, где заболевание манифестировало I типом маниакально-парафренных состояний с преобладанием в их картине острого чувственного бреда восприятия, обнаруживалась тенденция к редукции бредовых расстройств в структуре МПС в каждом из последующих приступов. Выраженность бредового компонента в течении

заболевания от приступа к приступу уменьшалась, бредовые расстройства становились все менее яркими и очерченными. Несмотря на это, в целом, повторные состояния отличались сохранением прежней типологической структуры синдрома. Тимический компонент синдрома сохранял свою выраженность и особенности в повторных маниакально-парафренных состояниях. Наблюдалось увеличение длительности аффективных расстройств и сокращение периодов бредовой симптоматики. Ремиссии, как правило, были продолжительными и характеризовались либо полным отсутствием психопатологической симптоматики, либо наличием стертых аффективных колебаний. В половине наблюдений, изменений в личностной структуре больных, по мере течения заболевания не наблюдалось. У остальных пациентов происходила определенная личностная динамика: усиливались проявления астенического радикала, отмечалось нарастание эгоцентризма, психической ригидности и эмоциональной лабильности, при этом показатели социально-трудовой адаптации не претерпевали существенных изменений.

В тех случаях, где заболевание манифестировало II типом маниакально-парафренных состояний с преобладанием в картине малосистематизированного интерпретативного бреда, выявлялись следующие особенности: наблюдалось увеличение общей длительности аффективно-бредового синдрома наряду со снижением интенсивности собственно тимического компонента. Нарастали черты атипичии маниакальных состояний с дисфорическим характером аффекта и склонностью к аддикциям. Бредовой компонент синдрома также претерпевал изменения – наблюдалось увеличение выраженности и длительности собственно бредовых расстройств в последующих приступах, а в значительной части случаев отмечалось появление симптомов резидуального, в том числе парафренного, бреда в картине ремиссий. В половине случаев заболевание протекало относительно прогрессирующе, с последовательным нарастанием негативных личностных изменений. В

большинстве случаев ремиссии были неполными и протекали с сохранением бредовых расстройств различной степени выраженности, которые, таким образом, становились непрерывной, «сквозной» симптоматикой болезни. В личности больных наблюдалось нарастание аутистических личностных черт, сужение круга интересов и ограничение социальных связей. Явления эмоционального дефицита прогрессивно нарастали в длиннике болезни, в ряде случаев возникали проявления регрессивной синтонности и выраженной эмоциональной дефицитарности.

При манифестации заболевания маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия, которые не удовлетворяют критериям МПС, выявлялись следующие особенности: наблюдалось увеличение продолжительности последующих фаз маниакально-бредового синдрома. Тимический компонент сохранял свою выраженность и яркость в повторных маниакальных состояниях. При этом бредовой компонент синдрома претерпевал некоторые изменения – наблюдалось увеличение длительности бредового компонента и его полиморфизма. В данной группе ремиссии были стойкими, достаточно продолжительными и часто имели тимопатическую структуру, у некоторых же пациентов отмечались интермиссии. По мере течения заболевания, размах аффективных колебаний обычно увеличивался, преобладали маниакальные фазы, в которых обнаруживалась отчетливая сезонность с преимущественным развитием в весенне-летний период. В личностных особенностях больных с течением заболевания выраженных изменений практически не наблюдалось.

Анализируя преморбидные особенности личности и их динамику на доманифестном этапе эндогенных приступообразных психозов, стоит отметить, что I тип маниакально-парафренных состояний чаще формируется у лиц с шизоидными чертами на уровне акцентуации, в то время как при II типе МПС, характеризовавшимся неблагоприятным прогнозом, преобладали преморбидные шизоидные черты

психопатического уровня или, близкие к постпроцессуальным, псевдопсихопатические состояния.

Установленная в описанных типологических вариантах маниакально-парафренного синдрома в рамках приступообразного течения эндогенных психозов взаимосвязь механизмов бредаобразования с особенностями маниакального аффекта, степенью прогрессивности заболевания и характером преморбидного склада личности, имеет прогностическую значимость, а также позволяет уже на ранних этапах заболевания определить адекватную дифференцированную терапевтическую тактику в разных группах больных.

Особенности комплексной терапии маниакально-парафренных состояний

Установленные клинико-психопатологические особенности выделенных типов маниакально-парафренных и маниакально-бредовых состояний, протекающих в рамках приступообразного течения эндогенных психозов, помимо диагностического и прогностического значения, оказались важными параметрами для разработки дифференцированных лечебно-профилактических и социореабилитационных мероприятий.

Для больных с МПС I типа не требуется применения методов интенсивной терапии. Купирование развернутого психотического состояния достигается путем применения в схеме лечения седативных и инцизивных типичных нейролептиков (хлорпромазин, галоперидол, зуклопентиксол), преимущественно внутримышечно, а также атипичных антипсихотиков (оланзапин, клозапин). Лишь у трети больных требуется применение ЭСТ для купирования психоза. Выраженность терапевтического эффекта повышается при добавлении в схему лечения нормотимиков (вальпроевой кислоты, окскарбазепина, карбоната лития). Поддерживающая терапия таких больных обеспечивается длительным применением атипичных антипсихотических препаратов (оланзапин,

клозапин, кветиапин) в сочетании с нормотимиками. При смене маниакального полюса аффекта на депрессивный, присоединении обсессивных, тревожно-фобических и астенических проявлений показано применение седативных антидепрессантов, с предпочтением селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в малых и средних дозах. Проводимая терапия позволяет уменьшить глубину и выраженность бредовых и аффективных расстройств, а также снизить частоту рецидивов.

Для больных с МПС II типа необходимо применение более интенсивной антипсихотической терапии. Купирование активной фазы психоза достигается использованием больших доз инцизивных типичных нейролептиков (зуклопентиксол, галоперидол) или мощных атипичных антипсихотических препаратов (клозапин). При отсутствии либо недостаточности терапевтического ответа, часто используется метод электросудорожной терапии (ЭСТ). Поддерживающая и противорецидивная терапия обеспечивается постоянным применением атипичных антипсихотических препаратов в средних или высоких дозах. Следует отметить, что применение препаратов нормотимического действия, обладает незначительным профилактическим эффектом, что, по-видимому, связано с отсутствием аффективных механизмов бредообразования в структуре маниакально-парафренного синдрома II типа.

У контрольной группы больных с маниакально-бредовыми состояниями с бредом величия, не отвечающих критериям парафренного синдрома, применяется антипсихотическая терапия с использованием умеренных доз препаратов. Купирование развившегося психоза достигается применением как атипичных (оланзапин, кветиапин, клозапин), так, реже, и типичных нейролептиков (зуклопентиксол, хлорпромазин, галоперидол). Метод ЭСТ применяется лишь в единичных случаях. Обеспечение поддерживающей и противорецидивной терапии с успехом достигается путем применения атипичных антипсихотических препаратов в малых или средних дозах, в комбинации с нормотимиками, причем у трети таких

больных эффективным является использование лишь нормотимиков после купирования психоза.

При терапии всех типов маниакально-парафренных и маниакально-бредовых состояний используется комплексный подход с применением психотерапевтических и психообразовательных методик. При нарушении комплаентности дополнительно рекомендуется работа с психологом или психотерапевтом в отделении; в ряде случаев назначается групповая психотерапия для снятия «коммуникативной напряженности». Последним этапом лечения является реабилитационный, с тренингом социальных навыков. Масштабная работа должна проводиться с родственниками больных, что способствует нормализации внутрисемейных отношений и сокращению числа психотравмирующих ситуаций.

Заключение

В настоящем учебно-методическом пособии представлены особенности маниакально-парафренных состояний (МПС) и маниакально-бредовых состояний с бредом величия (МБС), протекающих в рамках приступообразного течения эндогенных психозов.

Изложенная в данном учебном пособии типология МПС и МБС, особенности их динамики и установленные различия психопатологической структуры позволяют уточнить их прогноз, определить нозологическую принадлежность этих состояний, а также в клинической практике осуществить дифференцированный подход к разработке как методов терапии, так и противорецидивных профилактических мероприятий. Ведение больных с МПС и МБС требует комплексного лечебно-диагностического подхода, включающего в себя не только психофармакологическое лечение, но и установление комплаенса, восстановление социально-трудовой адаптации, а также психообразовательные занятия, как с больными, так и с родственниками пациентов в рамках активного амбулаторного наблюдения.

Вопросы для самоконтроля:

1. Опишите типологические варианты МПС, а также особенности клинической картины при каждом из них.
2. Опишите особенности бредообразования при различных типах МПС и при маниакально-бредовых состояниях с бредом величия, не отвечающих критериям парафренного синдрома.
3. Перечислите при каких психических заболеваниях развиваются различные клинические типы МПС, укажите преимущественную нозологическую принадлежность этих состояний.
4. Опишите варианты течения и исхода заболеваний, протекающих с картиной МПС.
5. Расскажите об особенностях стратегии психофармакотерапии при различных типологических вариантах МПС.

Список литературы:

1. Дикая, В.И. Клинико-психопатологические разновидности острого синдрома Кандинского-Клерамбо при шизофрении / В.И. Дикая // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1985. - № 8. - С. 1200-1206.
2. Землич, В.Ф. О конфабулезах / В.Ф. Землич // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1962. - Том 62. - № 3. - С. 297-408.
3. Крепелин, Е. (Kraepelin E.) Учебник психиатрии для врачей и студентов: В 2 томах: Пер. с нем. - М.: Издательство А.А.Карцева. - 1912.
4. Пашковский, ВЭ. Клинические особенности бреда мессианства при психических расстройствах шизофренического спектра / В.Э. Пашковский // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 2006. - № 4. - том 106. - С.15-20.
5. Пападопулос, Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология и систематика) / Т.Ф. Пападопулос, М. - 1975. - 192 с.
6. Петрова, Э.С. Галлюцинаторно-парафренный синдром в течении шизофрении / Э.С. Петрова // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1967. - № 7. - С. 1384-1391.
7. Первомайский, Б.Я. Маниакальная фаза маниакально-депрессивного психоза и маниакальные состояния другой этиологии / Б.Я. Первомайский: автореф. дис. доктора.мед.наук: Л. - 1959.
8. Соколов, А.В. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-

- бредовых состояний. / А.В. Соколов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2012. - № 2. - том 112. – С.18-24.
9. Соколова, Б.В. Острые парафренные состояния при шизофрении с приступообразным течением / Б. В. Соколова: Дисс. ... докт. мед. наук, - М. - 1971. - С.133-134.
 10. Соколова, Б.В. Острые парафренные состояния при шизофрении с приступообразным течением / Б. В. Соколова: Дисс. ... докт. мед. наук, - М. - 1971. - С.133-134.
 11. Субботская, Н.В. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты. / Н.В. Субботская // Психиатрия. – 2005. - № 5. – С. 26-31.
 12. Тиганов, А.С. Некоторые особенности маниакальных состояний при шизофрении, протекающей в форме шубов / А.С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1969. - Т. 69. - № 2. - С. 249-253.
 13. Тиганов, А.С. Об особенностях течения циркулярной шизофрении и клинической структуре маниакальных приступов / А.С. Тиганов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1966. - № 8. - С. 1250-1257.
 14. Точиллов, В.А. Клиника, механизмы синдромаобразования и терапия атипичных аффективных психозов / В.А. Точиллов: Автореф. Доктора мед. наук., СПб. - 1994. – 47 с.
 15. Омельченко, М.А. Юношеский эндогенный психоз с маниакально-бредовой структурой первого приступа / М.А. Омельченко: дис... кандидата. мед. наук. М. - 2011. – 204 с.
 16. Халецкий, А. М. Острая парафрения / А.М. Халецкий // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. -1975. - № 1. - С. 91-97.
 17. Шумский, Н. Г. К клинике парафренной (фантастически-параноидной) шизофрении / Н.Г. Шумский: Дисс. ... канд. мед. наук, М. – 1959.
 18. Appelbaum, P, Clark Robbins P, Roth Loren H. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. / P. Appelbaum, P. Clark Robbins, H. Roth Loren // The American Journal of psychiatry. – 1999. – Vol.156. –P.1938-1943. DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1938>
 19. Bhat R. Delirium as a disorder of consciousness / R. Bhat, K. Roockwod // J. Neurol Neurosurg Psychiatry. – 2007. – Vol. 78(11). – P. 1167-70.
 20. Carbone, M. Pharmacological Hypotension as a Cause of Delirious Mania in a Patient with Bipolar Disorder / M. Carbone, M. Miniati, M. Simoncini, B. Tripodi, C. Tagliarini, C. Carmassi, L. Dell’Osso // Case Reports in Psychiatry. – 2017. – Vol. 1. – 3 p.
 21. Casanova, M. The Pathology of Paraphrenia / M. Casanova // Curr Psychiatry Rep. – 2010. - № 12. – P.196–201. DOI 10.1007/s11920-010-0108-8.

22. Dupre, E. Les delires d'imagination / E. Dupre // L'Encephale, 1911. - № 6. – Vol. 1- P. 337 - 430.
23. Fink, M. Delirious mania / M. Fink // Bipolar Disord. 1999. - № 1. – Vol. 1. – P. 54-60.
24. Jacobowski N. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting / N. Jacobowski, S. Hecker, W. V. Bobo // Journal of psychiatric practice. – 2013. – Vol. 19. - №1. – P. 15-28.
25. Karmacharya, R. Delirious mania: clinical features and treatment response / R. Karmacharya, M. England, D. Ongür // J Affect Disord. -2008. – Vol. 109(3). – P. 312-6. doi: 10.1016/j.jad.2007.12.001.
26. Marinho, M. Late paraphrenia, a revisited diagnosis: case report and literature review / M. Marinho, J. Marques, M. Bragança // Actas Esp Psiquiatr. – 2017. – Vol. 45(5). – P. 248-55.
27. Rund B. The course of neurocognitive functioning in first-episode psychosis and its relation to premorbid adjustment, duration of untreated psychosis, and relapse / B. Rund, I. Melle, S. Friis, J. Johannessen, T. Larsen, L. Midbøe, S. Opjordsmoen, E. Simonsen, P. Vaglum, T. McGlashan // Schizophr Res. - 2007.- Vol. 91(1-3). – P.132-40.

Подписано в печать 16.07.2025 г.

Формат 60*90/9. Бумага офсетная.

Печать цифровая. Тираж 100 экз.

Отпечатано в типографии ООО «Сам Полиграфист»

129090 г. Москва, Волгоградский проспект, д.42, кор. 5

E-mail: info@onebook.ru

Сайт: www.onebook.ru