

УДК 616.895.2

**Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний****Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States**<https://doi.org/10.30629/2618-6667-2019-17-3-30-37>**Сизов С.В.**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия

**Sizov S.V.**

FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia



30

**Цель:** клинико-психопатологическая дифференциация маниакально-парафренных состояний (МПС), анализ взаимоотношения и взаимовлияния маниакального аффекта и бредовых расстройств, разработка типологии, значимой для диагностики и прогноза.

**Больные:** в исследование были включены 78 пациентов женского пола в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 33,6 года). У 56 больных состояние было квалифицировано как маниакально-парафренное, у 22 — как маниакально-бредовое без парафренного бреда и изменения самосознания. Данные состояния развивались в рамках приступообразного течения эндогенных психозов. Все больные были обследованы в период лечения в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья».

**Методы:** для обследования больных использованы клинико-психопатологический и клинико-катамнестический методы. Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

**Результаты:** на основании психопатологического анализа установлена неоднородность маниакально-парафренных состояний, которая касалась как механизмов бредообразования, так и особенностей собственно маниакального аффекта в их структуре. Описаны два типа маниакально-парафренного синдрома. При первом типе МПС отмечался смешанный тип аффективного бредообразования с доминированием острого чувственного бреда в картине психоза, в меньшей степени — бредообразования. Маниакальный аффект характеризовался преобладанием идеаторного возбуждения. При втором типе МПС отмечалось исключительно неаффективное бредообразование с преобладанием интерпретативного бреда и эпизодами бреда восприятия на фоне атипичной гневливой мании. У больных с маниакально-бредовыми состояниями доминировал аффективный механизм бредообразования с высоким удельным весом наглядно-образного бреда воображения и значительно меньшей долей бреда восприятия. Маниакальный аффект характеризовался наличием типичной маниакальной триады.

**Выводы:** типология маниакально-парафренных состояний, основанная на характеристике маниакального аффекта и бредовых расстройств, выступающих во взаимосвязи друг с другом в каждом из выделенных типов, несет дифференцированную диагностическую информацию и может служить основой прогностической значимости психоза и способствовать оптимизации терапевтической тактики.

**Ключевые слова:** парафренные состояния; маниакально-бредовые состояния; типология; приступообразная шизофрения; шизоаффективный психоз; аффективный психоз.

**Для цитирования:** Сизов С.В. Клинико-психопатологическая дифференциация эндогенных маниакально-парафренных состояний. *Психиатрия*. 2019;17(3):30–37.

*Конфликт интересов отсутствует*

**Objective:** clinical and psychopathological differentiation of manic-paraphrenic states, the analysis of the relationship and mutual influence of manic affect and delusional disorders, the development of their typological classification, which is significant for improving diagnostics and prognosis.

**Patient:** the study included 78 female patients aged 18 to 55 years (mean age 33.6 years). In 56 cases the condition was qualified as manic-paraphrenic, in 22 as manic-delusional, without paraphrenic delusion and change in the self-consciousness. These conditions developed as part of the attack of endogenous psychoses. All participants were in-patients of the FSBSI «Mental Health Research Centre» in 2016–2019.

**Methods:** the main investigation methods were clinical-psychopathological and follow-up study. Statistical processing was carried out using the program STATISTICA 10.0 for Windows OS.

**Results:** Based on the psychopathological analysis found heterogeneity of manic-paraphrenic states, which dealt both with the mechanisms of formation of delusion, and features of the manic actually affect the structure and describe the 2 types of manic-paraphrenic syndromes (MPs). In the first type of MPs noted the prevalence of mixed type formation of delusion on affective dominance in his picture of acute sensory delusion and, to a lesser extent, imaginative delusion. Manic affect was characterized by the dominance of ideational excitation. In the second type of MPs was observed exclusively non-affective formation of delusion dominated interpretative delusions and episodes of delusion of perception. Manic state characterized with atypical

irritable mania. In patients with manic-delusional states dominated mostly affective mechanisms formation of delusion with a high proportion of imaginative delirium and much lower representation of delusions of perception in the presence of a typical manic triad.

**Conclusions:** the typology of manic-paraphrenic states, based on the characteristics actually manic affect and delusional disorders, their interrelationships, carries differentiated diagnostic and prognostic information important for optimization of therapeutic intervention.

**Keywords:** paraphrenic states; manic delusional states; typology; schizophrenia; schizoaffective psychosis; affective psychosis.

**For citation:** Sizov S.V. Clinical and Psychopathological Differentiation of Endogenous Manic-Paraphrenic States. *Psychiatry*. 2019;17(3):30–37.

*There is no conflict of interest*

## ВВЕДЕНИЕ

Маниакально-парафренные состояния (МПС) являются одними из частых синдромов в структуре приступов эндогенных психозов. Несмотря на многочисленные зарубежные и отечественные исследования психопатологии и систематики парафренных состояний, изучение психозов с картиной сложного МПС сохраняет свою актуальность и в современной психиатрии [1–4]. Так, ряд исследований последних лет свидетельствует о том, что особенности психопатологической картины данных состояний и механизмов бреодообразования во взаимосвязи с маниакальным аффектом имеют диагностическое значение для суждения о клинических и прогностических характеристиках как исследуемого маниакально-парафренного приступа, так и заболевания в целом [1, 5–7].

По мнению ряда авторов, клинико-психопатологические особенности маниакально-парафренных состояний отражают различные уровни поражения психической деятельности при эндогенных психозах, тем самым позволяя уточнить прогноз и характер течения болезни с возможностью выделения значимых биологических маркеров [7–10].

Термин «парафрения» можно встретить еще в древнегреческих трактатах, но впервые клиническую систематику парафренных психозов предложил Э. Крепелин (1912), выделивший парафрению как самостоятельную клиническую форму раннего слабоумия (*Dementia praecox*) и описавший четыре ее варианта (систематическую, экспансивную, конфабulatorную и фантастическую парафрению). Среди них ближе всего к МПС были экспансивная и фантастическая парафрения. Одним из характерных признаков парафрении Крепелин считал измененность восприятия своего психического «Я». В последующем W. Mayer-Gross (1960), выделяя первичные бредовые переживания, считал важными бреодообразующими факторами осознание особого значения данных идей и бредовое отношение к оценке своего психического «Я».

Парафренные состояния и их систематику подробно исследовали такие отечественные психиатры, как Н.Г. Шумский (1959), В.Ф. Землич (1962), Э.С. Петрова (1967), давшие тщательное описание фантастическо-параноидной, конфабulatorной и галлюцинаторной форм. Со временем появились описания парафрении и в рамках остро протекающих психозов

[6, 11–13]. В их картине необязательным было участие аффективных расстройств, хотя и допускалось их присутствие. Научную новизну в описание психопатологии и клиники острых парафренных состояний внес А.С. Тиганов в серии работ (1965, 1969). В рамках маниакальных приступов им были выделены три группы острых парафрений: с бредом восприятия Ясперса, галлюцинаторная и конфабulatorная. Развивая учение А.В. Снежневского о динамическом подходе к исследованию структуры синдромов, автор обосновывал актуальность их изучения на модели острого маниакально-парафренного состояния, анализируя «саморазвитие и самодвижение синдромов», в частности их аффективную составляющую. Н.В. Субботская (2005) провела дифференциацию особенностей психопатологических картин острых парафренных состояний по механизмам бреодообразования. На основании детального психопатологического исследования автором были выделены три типологических варианта острых парафрений: с доминированием чувственного бреда, с доминированием синдрома Кандинского–Клерамбо и с доминированием конфабulatorных расстройств. При этом вклад собственно маниакального аффекта в структуре описанных синдромов подробно не изучался. А.В. Соколов (2015) при описании маниакально-бредовых состояний с картиной бреда преувеличенной самооценки выделял вариант парафренного синдрома, который развивался в тесной взаимосвязи с маниакальным аффектом, но по закономерностям развития хронического бреда В. Маньяна с участием острого персекуторного интерпретативного бреда, либо в рамках острого чувственного бреда по типу бреда воображения.

Однако, несмотря на приводимые авторами психопатологические описания парафренных синдромов, анализа взаимоотношения аффективной и бредовой симптоматики в картине маниакально-парафренного синдрома и их влияния на психопатологические особенности и динамику психоза в этих работах не проводилось.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинико-психопатологическая дифференциация маниакально-парафренных состояний с учетом анализа взаимоотношения и взаимовлияния маниакального аффекта и бредовых расстройств в их структуре,

а также разработка их типологической классификации, значимой для усовершенствования диагностики и прогноза.

## БОЛЬНЫЕ

Исследование было проведено в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний (зав. отделом — акад. РАН А.С. Тиганов, директор — д.м.н. Т.П. Ключник) ФГБНУ НЦПЗ. Все больные были обследованы во время лечения в женском отделении клиники ФГБНУ НЦПЗ в период с 2016 г. по 2019 г.

Обследовано 78 пациентов женского пола в возрасте от 18 до 55 лет (средний возраст 33,6 года) с аффективным психозом, приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством (по МКБ-10 диагнозы больных определялись рубриками F31.2, F20.x1–3, F25.0). У всех 78 больных были диагностированы маниакально-бредовые состояния, из них 56 больных были включены в клиническую группу (МПС), остальные 22 — в контрольную группу (маниакально-бредовые состояния, МБС). Больные обследовались как непосредственно в момент развития МПС (27 больных) и МБС (12 больных), так и ретроспективно (29 больных с МПС, 10 больных с МБС). У 20 больных исследуемый приступ был манифестным (16 больных с МПС, 4 больных с МБС), у 58 больных являлся повторным (40 больных с МПС, 18 больных с МБС). Средний возраст на момент манифестации составил  $23,2 \pm 3,8$  года. Давность заболевания варьировалась от 2 месяцев до 32 лет. Число перенесенных приступов, в том числе маниакально-парафренных, насчитывало от 1 до 13.

При квалификации исследуемых состояний использовались как клинико-психопатологические критерии, изложенные в фундаментальных отечественных руководствах по психиатрии [6, 14], так и формальные критерии международной классификации болезней МКБ-10 [15].

Критериями включения являлись:

- наличие острого маниакально-бредового или маниакально-парафренного психоза;
- возраст больных от 18 до 55 лет включительно;
- длительность наблюдения не менее 10 лет (для катamnестической группы).

Критериями невключения были:

- наличие у обследуемых признаков органического заболевания ЦНС, хронических соматических заболеваний в стадии декомпенсации;
- сведения о злоупотреблении психоактивными веществами.

При диагностике маниакально-парафренных состояний использовались критерии, разработанные рядом авторов [11, 12], которые определяли данные состояния как сложный симптомокомплекс, при котором маниакальный аффект сочетается с бредовыми расстройствами как аффективного, так и неаффективного круга. Бредовые идеи имеют фантастическую

(мегаломаническую) фабулу, вплоть до бреда величия, и сопровождаются изменением самосознания, или психического «Я» (бредовой деперсонализацией), а также различными проявлениями синдрома Кандинского–Клерамбо (бредом воздействия, психическими автоматизмами, псевдогаллюцинациями).

Все обследованные больные подписали добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось в соответствии с Хельсинкской декларацией 1975 г. и ее пересмотренного варианта 2000 г. и этическими стандартами Локального этического комитета ФГБНУ НЦПЗ.

## МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основными методами исследования были клинико-психопатологический и клинико-катamnестический. Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием программы STATISTICA 10.0 для Windows OS.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В результате клинико-психопатологического анализа структуры маниакального аффекта и механизмов бредообразования были выделены и описаны два психопатологических типа маниакально-парафренного синдрома — в 1-м типе преобладал острый чувственный бред восприятия, во 2-м типе преобладал малосистематизированный интерпретативный бред.

**1-й тип МПС с преобладанием острого чувственно-го бреда восприятия (26 больных, 33,3%)** характеризовался развитием парафренных расстройств в структуре острого чувственного бреда. Бредовые расстройства развивались на фоне нарастания маниакальной симптоматики с формированием вначале сверхценных идей преувеличенной самооценки, которые в дальнейшем, по мере достижения манией психотического уровня, трансформировались в бредовые идеи переоценки собственной личности вплоть до идей величия. На высоте состояния происходило видоизменение механизмов бредообразования, доминирующим становился острый чувственный бред восприятия с формированием в его структуре острого синдрома Кандинского–Клерамбо [16]. При этом развивались 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» аффекту характер с благожелательным отношением окружающих к больному, и лишь в дальнейшем формировались идеи с фабулой преследования, противостояния, негативного воздействия. В последующей динамике расстройств развивались отдельные идеи воздействия, формировавшиеся по типу острых интерпретаций и так называемого интеллектуального бреда воображения, а далее клиническая картина усложнялась психическими авто-

матизмами, преимущественно сенсорного типа, а также непостоянными кататоническими расстройствами (эпизодами субступора и возбуждения). Именно на данном этапе идеи величия приобретали мегаломанический (фантастический) характер, вплоть до идей мессианства, происходило изменение самоидентификации с нарушением восприятия образа психического «Я». При этом формировалась картина так называемого «инвертированного» варианта синдрома Кандинского–Клерамбо с идеями особых способностей и возможностей влияния и управления окружающими людьми и событиями. 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 психоз с фантастическим содержанием идей величия и бредовой деперсонализацией. Таким образом, бредовые идеи переоценки своих способностей и величия на высоте парафренного психоза вытекали уже из измененной самоидентификации собственного «Я» и, будучи конгруэнтными аффекту по содержанию, не могли считаться конгруэнтными по механизмам бредообразования. Дальнейшая динамика психоза бывала различной: у части больных обратная динамика расстройств происходила с полной, гармоничной редукцией симптоматики, у других, напротив, нарастала острота состояния с усилением кататонических расстройств, возникновением эпизодов ориентированного онейроида. У части больных (26,4%) формировалась формальная критика к перенесенному состоянию, у остальных (73,6%) 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 части пациентов (20%) подобная трактовка психотических переживаний приводила к формированию сверхценного мировоззрения с резким изменением жизненного уклада (феномен «второй жизни»), у других же (53,6%) отсутствие критики не приводило к вышеописанным изменениям.

Анализируя структуру маниакального аффекта в целом, следует отметить преобладание идеаторного возбуждения с возникновением на его высоте феномена «скачки идей», с развитием в ряде случаев картины «спутанной мании». Маниакальный аффект характеризовался благодушно-приподнятым фоном настроения с оптимизмом, склонностью к шуткам и браваде. В дальнейшей динамике парафренного синдрома маниакальный аффект видоизменялся, приобретая атипичный характер с выраженной лабильностью, появлением ощущения восторга, переживанием счастья, экстаза, экзальтации.

**2-й тип МПС с преобладанием малосистематизированного интерпретативного бреда (30 больных, 38,4%)** характеризовался сочетанием как идеатор-

ных, так и чувственных бредовых расстройств. В его структуре 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 и воздействия. У части больных формирование параноидного психоза происходило поэтапно, по стереотипу развития хронического бреда 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) [16].

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, а также появлялись характерные изменения самоидентификации психического «Я», в которых, в отличие от 1-го типа МПС, больные идентифицировали себя как данность без идеаторной разработки, что «подтверждалось» фабулой чувственного бреда и псевдогаллюцинаций (больные заявляли, что видят, как окружающие указывают им на их «избранность», это они видели в теле-трансляциях 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 «невестой Бога», 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.

В отличие от 1-го типа МПС, идеи мессианства, особых способностей трактовались больными в рамках концепции «избранности навязанного им пути», 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 часто (83,9%) было неполным, с сохранением резидуальной бредовой симптоматики в ремиссиях и отсутствием критики к идеям величия.

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 достигали 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, медицинской гигиены и приличия.

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.

### КОНТРОЛЬНАЯ ГРУППА

Контрольную группу составили 22 больных (28,3%), перенесших маниакально-бредовые состояния с идеями завышенной самооценки, величия, которые не удовлетворяли критериям маниакально-парафренного синдрома, указанным выше, и не содержали в своей картине явлений измененной самоидентификации психического «Я».

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. Доминирующий бредовой фабулой явля-

лись идеи самовозвеличивания, 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 достигали мегаломанического масштаба, ограничивались преувеличением своих способностей во многих сферах деятельности и не сопровождалась 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 как данность. Таким образом, данные психопатологические феномены приближались к бреду воображения Е. Dupre (1890). Яркие, образные представления о свадьбе и счастливом замужестве, исцелении других людей, взлете в карьере, эротической значимости являлись характерными для так называемого наглядно-образного бреда воображения (Варавикова М.В., 1993).

Острый чувственный бред восприятия (инсценировки, антагонистический) отличался динамичностью, отсутствием четко разработанной бредовой концепции и отражал фабулу самовозвеличивания. 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 виделись «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 доминировал конгруэнтный аффекту по содержанию бред. На высоте состояния больные производили впечатление самоуверенных, воодушевленных признанием своих заслуг, чрезмерно эмоциональных, гиперэкспрессивных.

В данной группе ни в одном из наблюдений не обнаруживалось проявлений развернутого синдрома Кандинского–Клерамбо, отмечались лишь рудиментарные психические автоматизмы идеаторного и сенсорного типа, имевшие приятное, благожелательное содержание, при этом четких бредовых идей воздействия не выявлялось.

Эпизоды ониризма, возникавшие у ряда больных на высоте психоза, отличались рудиментарностью, ограничивались снами яркого, приятного, оптимистического содержания, которые как бы подтверждали дополнительно фабулу идей величия и особых способностей («вещие сны»), в то же время отчетливой кататонической симптоматики у больных не выявлялось.

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 поведении отмечалось высокомерие и претенциозность. Отмечалась также склонность к избыточным тратам, азартным играм, получению огромного количества кредитов и займов, без учета реального финансового положения пациентов. В то же время идеаторная ускоренность никогда не достигала уровня «скачки идей».

Обратное развитие приступа 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 далее, возможно, будет реализован.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проведенный психопатологический анализ позволил установить 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-м — отличался выраженной атипией с преобладанием психопатоподобной симптоматики с раздражительностью, гневливостью, конфликтностью, оппозиционностью. При 1-м типе маниакально-парафренных состояний отмечался смешанный тип механизмов бредообразования с доминированием в картине психоза бреда восприятия и, в меньшей степени, образного бреда. Второй тип маниакально-парафренных состояний характеризовался исключительно неаффективными механизмами бредообразования (малосистематизированным интерпретативным бредом с неразвернутыми эпизодами бреда восприятия).

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

Кроме того, выявлены различия в динамике становления разных типов маниакально-парафренных синдромов и в особенностях редукции симптоматики в них (в том числе с развитием резидуального бреда).

Представленная в работе 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.

Разработанная типология несет дифференцированную диагностическую информацию об особенностях психического состояния больных и может служить основой для анализа их прогностической значимости, а также способствовать оптимизации терапевтической тактики.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Субботская НВ. Психопатология острого парафренного синдрома и его типологические варианты. *Психиатрия*. 2005;5(17):26–31. [Subbotskaya NV. Psychopathology of acute paraphreniation of the syndrome and its typological variations. *Psychiatry*. 2005;5(17):26–31 (In Russ.)].
2. Соколов АВ. Психопатологические особенности бреда преувеличенной самооценки в картине эндогенных маниакально-бредовых состояний. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2012;112(2):18–24. [Sokolov AV. Psychopathological features and delusion of exaggerated self-esteem in endogenous manic-delusion states. *Zhurnal neuropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2012;112(2):18–24 (In Russ.)].
3. Appelbaum P, Clark Robbins P, Roth Loren H. Dimensional Approach to Delusions: Comparison Across Types and Diagnoses. *The American Journal*

- of psychiatry. 1999;156:1938–1943 DOI: <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1938>.
4. Knowles R, McCarthy-Jones S, Rowse G. Grandiose delusions: A review and theoretical integration of cognitive and affective perspectives. *Clinical Psychology Review*. 2011;31(4):684–696. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.02.009>.
  5. Пашковский ВЭ. Клинические особенности бреда мессианства при психических расстройствах шизофренического спектра. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2006;106(4):15–20. [Pashkovskij VE. Klinicheskie osobennosti bredda messianstva pri psixicheskix rasstrojstvax shizofrenicheskogo spektra. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2006;106(4):15–20. (In Russ.)].
  6. Тиганов АС. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. 2-е изд. Под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 2009;1:27–78. [Tiganov AS. Handbook of Psychiatry. 2 izd. Ed. by A.S. Tiganov. Moscow: Meditsina, 2009;1:27–78. (In Russ.)].
  7. Casanova M. The Pathology of Paraphrenia. *Current opinion in Psychiatry*. 2010;12:196–201. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0108-8>.
  8. Ключник ТП, Зозуля СА, Андросова ЛВ и др. Иммунологический мониторинг эндогенных приступообразных психозов. *Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 2014;114(2):37–41. [Kliushnik TP, Zozulia SA, Androsova LV i dr. Them-immunological monitoring of endogenous diseases-paroxysmal psychosis. *Zhurnal nevrologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 2014;114(2):37–41. (In Russ.)].
  9. Picardi A, Fonzi L. Delusional Themes Across Affective and Non-Affective Psychoses. *Front Psychiatry*. 2018.Apr;5;9:132. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00132>.
  10. Jacobowski N, Heckers S, Bobo W. Delirious mania: detection, diagnosis, and clinical management in the acute setting. *J. Psychiatr. Pract.* 2013;19(1):15–28. DOI: <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000426324.67322.06>.
  11. Соколова БВ. К клинике и психопатологии острых парафренических состояний. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1968;5:754–758. [Sokolova BV. K klinike i psixopatologii ostryx parafrennyx sostoyanij. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1968;5:754–758. (In Russ.)].
  12. Тиганов АС. Клинические особенности острых парафренических состояний и их отношение к формам рекуррентной шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1965;114(2):266–272. [Tiganov AS. Klinicheskie osobennosti ostryx parafrennyx sostoyanij i ix otnoshenie k formam rekkurentnoj shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1965;114(2):266–272. (In Russ.)].
  13. Тиганов АС. Некоторые особенности маниакальных состояний при шизофрении, протекающей в форме шубов. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1969;69;2:249–253. [Tiganov AS. Nekotorye osobennosti maniakal`nyx sostoyanij pri shizofrenii, protekayushhej v forme shubov. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1969;69(2):249–253. (In Russ.)].
  14. Снежневский АВ. Клиническая психопатология. Руководство по психиатрии. Под ред. А.В. Снежневского. М. 1983;Т.1;Ч.1;Г.1;16–80. [Snezhnevskij AV. Klinicheskaya psixopatologiya. Rukovodstvo po psixiatrii. Pod red. A.V. Snezhnevskogo. M. 1983;T.1;Ch.1;G.1;16–80. (In Russ.)].
  15. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии ВОЗ. СПб.: Ардис 1994;102–109. [МКБ-10. Klassifikaciya psixicheskix i povedencheskix rasstrojstv. Issledovatel`skie diagnosticheskie kriterii VOZ. SPb.: Ardis 1994;102–109. (In Russ.)].
  16. Пантелеева ГП. Клинико-диагностическая оценка острых бредовых синдромов при шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1989;89;1:63–68. [Panteleeva GP. Kliniko-diagnosticheskaya ocenka ostryx bredovyx sindromov pri shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1989;89;1:63–68 (In Russ.)].
  17. Шумский НГ. К клинике парафренической (фантастически-параноидной) шизофрении. *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. 1958;4:462–470. [Shumskij NG. K klinike parafrennoj (fantasticheski-paranoidnoj) shizofrenii. *Zhurnal nevropatologii i psixiatrii imeni S.S. Korsakova*. 1958;4:462–470 (In Russ.)].

**Информация об авторе**

Сизов Степан Владимирович, аспирант, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия. ORCID 0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

**Information about the author**

Stepan V. Sizov, Postgraduate Student, Department of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions, FSBSI «Mental Health Research Centre», Moscow, Russia. ORCID 0000-0002-8213-5122

E-mail: sizov.stepan@list.ru

**Автор для корреспонденции/Corresponding author**

Сизов Степан Владимирович/Stepan V. Sizov

E-mail: sizov.stepan@list.ru

Дата поступления 25.07.2019

Date of receipt 25.07.2019

Дата принятия 10.09.2019

Accepted for publication 10.09.2019