

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства  
здравоохранения Российской Федерации**

*Кафедра психиатрии и наркологии с курсом ПО*

Зав. кафедрой: ДМН, доцент Березовская М.А.

## **РЕФЕРАТ**

**«Шизоаффективное расстройство»**

Выполнила Купенко Е.Е.

Красноярск, 2019г.

## Оглавление

Введение .....	3
История.....	4
Определение и классификация по МКБ-10 .....	6
Эпидемиология .....	7
Причины возникновения .....	8
Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип .....	9
Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип .....	11
Лечение .....	13
Выводы:.....	15
Источники информации .....	16

## Введение

Если классификацию эндогенных расстройств представить в виде прямой линии, то на одном конце окажется шизофрения, на противоположном- биполярное аффективное расстройство, и ровно посередине между ними мы увидим шизоаффективное расстройство, которое в свое клинике имеет симптоматику как шизофрении, так и БАР, и при этом нам не удастся выделить достаточно диагностических признаков, чтобы установить один из вышеперечисленных диагнозов.

## История

Хотя первым автором, написавшим классический труд, посвященный шизоаффективным расстройствам, считается Якоб Казанин, имеются еще по меньшей мере два сообщения, в которых описываются сходные состояния. G.H.Kirbi (1913) и A. Hoch (1921) описали больных, у которых имели место смешанные проявления, свойственные и шизофрении, и аффективным расстройствам. Поскольку у описанных ими больных отсутствовали разрушающие личность симптомы раннего слабоумия, Kirbi и Hoch классифицировали их как группу психотических маниакально-депрессивных больных, выделенную Крепелиным. В 1933 г. Казанин описал группу больных, у которых в одно и то же время выявлялись симптомы и шизофрении, и аффективных расстройств, и отметил наличие факторов, вызывающих стресс и способствующих развитию психического заболевания, острое начало и наличие в некоторых случаях в семейном анамнезе расстройств настроения. Хотя эти больные выздоравливали, Казанин диагностировал их заболевание как подтип шизофрении. К этому времени то важное значение, которое придавал Блейлер наличию симптомов шизофрении для постановки этого диагноза, сменилось крепелиновским акцентированием внимания на типе течения заболевания при проведении дифференциальной диагностики между шизофренией и аффективными расстройствами. С 1933 г. приблизительно до 1970 г. больным, клинические проявления которых напоминали те, что были описаны Казаниным, ставились очень разные диагнозы: шизоаффективные расстройства, атипичная шизофрения, периодическая шизофрения или циклоидные психозы— названия, которые подчеркивают связь данного заболевания с шизофреническими расстройствами.

В 1970 г. появилось три вида данных, обуславливающих изменение взгляда на шизоаффективные расстройства как на заболевание шизофренией и замену его взглядом на эти расстройства как на расстройства настроения.

Во-первых, лечение карбонатом лития оказалось эффективным и специфическим методом терапии как для биполярных, так и для некоторых шизоаффективных расстройств. Во-вторых, исследования, проведенные в Великобритании и опубликованные в 1968 г. J. Соорег и его сотрудниками, показали, что разница в количестве больных, диагностируемых как больные шизофренией в США и Великобритании, обусловлена переоценкой в США наличия психотических симптомов как диагностического критерия шизофрении. В-третьих, в исследованиях некоторых американских авторов имеются данные о наличии отчетливой группы маниакальных симптомов, которые свидетельствуют в пользу диагностирования расстройств настроения, несмотря на психотические симптомы достаточной степени выраженности.

## Определение и классификация по МКБ-10

**Шизоаффективные расстройства (F25)-** эпизодические расстройства, при которых одинаково ярко проявляется шизофреническая и маниакальная симптоматика, на основании которой невозможно поставить диагноз только шизофрении либо только депрессивного или маниакального эпизода. Психотическая симптоматика в виде выраженных нарушений настроения при аффективных расстройствах не дает основания для диагностирования шизоаффективного расстройства.

### ***F25.0 Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип***

Расстройство, при котором и шизофренические, и маниакальные симптомы настолько выражены, что невозможно поставить диагноз ни шизофрении, ни маниакального эпизода. Эту рубрику следует использовать как для одиночного эпизода, так и для рецидивирующего расстройства, при котором большинство эпизодов являются шизоаффективными, маниакального типа.

### ***F25.1 Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип***

Расстройство, при котором и шизофренические, и депрессивные симптомы настолько выражены, что невозможно поставить диагноз ни шизофрении, ни депрессивного эпизода. Эту рубрику следует использовать и для одиночного эпизода, и для рецидивирующего расстройства, при котором большинство эпизодов являются шизоаффективными, депрессивного типа.

### ***F25.2 Шизоаффективное расстройство, смешанный тип***

Циклическая шизофрения

Смешанный шизофренический и аффективный психоз

### ***F25.8 Другие шизоаффективные расстройства***

### ***F25.9 Шизоаффективное расстройство неуточненное***

Шизоаффективный психоз БДУ

## Эпидемиология

Распространённость оценивается в пределах 0,5—0,8 %, преобладания по полу не обнаруживается. Эти данные довольно приблизительны из-за теоретически обусловленных различий в диагностических подходах. Однако, А.А.Шафаренко в своей работе «Диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством» приходит к выводу, что только у 30% респондентов диагноз «Шизоаффективное расстройство» установлен верно, в 70% случаев более уместно было бы выставить БАР. Исходя из вышесказанного можно сделать два вывода: во-первых, шизоаффективное расстройство не такое уж частое явление в структуре эндогенных заболеваний, во-вторых, на данном этапе развития психиатрии существуют выраженные затруднения дифференциальной диагностики биполярного аффективного расстройства и шизоаффективного расстройства.

## Причины возникновения

Сегодня настоящие причины анализируемого отклонения доподлинно неизвестны, однако можно выделить несколько этиологических факторов, при существовании которых это расстройство обнаруживается чаще. Таким фактором, прежде всего, считается генетическая предрасположенность.

Изучение генетических факторов, отвечающих за возникновение данного нарушения, проводится зачастую на близнецах, поскольку довольно сложно в реалиях современности разграничить воздействие генетики от влияния среды.

Ученые определили ген риска, обуславливающий появление шизофренических отклонений. Этот ген в преобладающем большинстве обнаруживается у каждого индивида, но пребывает словно в «спящем состоянии». Таким образом практически у каждого человеческого субъекта могут возникнуть шизоподобные проявления различного уровня тяжести. Помимо того возникновение описываемого гена нередко обусловлено генетическими мутациями у родителей

Существует некая зависимость шизоаффективного отклонения от качества бытия на определенной территории либо в поселении, где обнаруживается расовая дискриминация, бедность, граничащая с нищетой, вынужденная миграция. Перечисленные факторы являются предпосылками для возникновения шизоидной симптоматики. Признаки описываемого расстройства зачастую, обнаруживаются у одиноких людей, у которых отсутствует поддержка и забота ближайшей родни равно как помощь от посторонних лиц.



## Шизоаффективное расстройство, маниакальный тип

Расстройство, при котором выражены как шизофренические, так и маниакальные симптомы во время одного и того же приступа. Расстройство настроения выражается в форме состояния с переоценкой собственной личности, идеями величия. Однако часто возбуждение или раздражительность более выражены и могут сопровождаться агрессивным поведением, идеями преследования. В обоих случаях, отмечается повышенная энергичность, гиперактивность, сниженная концентрация внимания, утрата нормального социального торможения. Могут отмечаться бредовые идеи отношения, величия или преследования, но для установления диагноза шизофрении необходимы другие более типичные шизофренические симптомы. Например, больной настаивает на том, что его мысли передаются другим или их прерывают, или посторонние силы пытаются взять контроль над ним. Он может утверждать, что слышит различные голоса, или выражать вычурные, нелепые бредовые идеи, не носящие характер только величия или преследования. Тщательный расспрос больного может установить, действительно ли больной испытывает эти болезненные феномены, а не шутит или говорит метафорами. Шизоаффективные расстройства маниакального типа характеризуются яркой симптоматикой с острым началом. Хотя поведение резко нарушено, в течение нескольких недель возникает полное выздоровление.

Диагностические указания:

Должно присутствовать приподнятое настроение или сочетание менее выраженной приподнятости с раздражительностью или возбуждением. Во время такого эпизода должны присутствовать по крайней мере один или

предпочтительней два типичных шизофренических симптома (F20,-, диагностические указания а) - г)).

Эта категория используется для единичного шизоаффективного эпизода маниакального типа или для рекуррентного расстройства, где большинство эпизодов шизоаффективные, маниакального типа.

Включаются:

- приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, маниакальный тип;
- шизоаффективный психоз, маниакальный тип;
- шизофреноформный психоз, маниакальный тип.

## Шизоаффективное расстройство, депрессивный тип

Расстройство, при котором в течение болезни выражены как шизофренические, так и депрессивные симптомы. Депрессивное настроение обычно сопровождается некоторыми депрессивными чертами или расстройством поведения: заторможенностью, бессонницей, утратой энергии, потерей веса или аппетита, снижением обычных интересов, нарушением концентрации внимания, чувством вины, безысходности, суицидальными мыслями. В то же время или в рамках этого же приступа имеются другие более типичные для шизофрении симптомы, например, больной утверждает, что его мысли узнают или их прерывают, посторонние силы пытаются его контролировать. Он может утверждать, что за ним шпионят или плетут заговор против него. Он слышит голоса, которые не только его осуждают или обвиняют, но говорят, что его хотят убить, или обсуждают его поведение между собой. Шизоаффективные эпизоды депрессивного типа обычно менее яркие и тревожащие, чем при маниакальном типе, но они имеют тенденцию к более длительному течению и менее благоприятному прогнозу. Хотя большинство больных полностью выздоравливают, у некоторых в конечном счете развивается шизофренический дефект.

Диагностические указания:

Должна быть выражена депрессия с наличием хотя бы 2-х характерных депрессивных симптомов или сопутствующих нарушений поведения, указанных для депрессивных эпизодов (F32.-). В рамках того же эпизода должны отчетливо присутствовать хотя бы один или предпочтительней два типичных шизофренических симптома (смотри F20.-, диагностические указания а) - г)).

Эта категория должна быть использована при наличии одного шизоаффективного эпизода депрессивного типа или для рекуррентного

расстройства, при котором большинство эпизодов шизоаффективные депрессивного типа.

Включаются:

- приступообразная шизофрения, шизоаффективный вариант, депрессивный тип;
- шизоаффективный психоз, депрессивный тип;
- шизофреноформный психоз, депрессивный тип.

## Лечение

В лечении шизоаффективного расстройства основное место занимают медикаментозная терапия и психотерапия.

На этапе скорой помощи применяются Бипериден, Хлорпромазин, Левомепромазин, Галоперидол, Дроперидол, Диазепам. В стационаре проводится комплексное лечение, чаще всего используются нейролептики (рисперидон, кветиапин, трифлуоперазин, амисульприд, галоперидол, хлорпромазин, левомепромазин); нормотимики (вальпроевая кислота, карбамазепин); антидепрессанты (пароксетин, флуоксетин, флувоксамин, сертралин, amitриптилин).

Психотерапия направлена на ликвидацию причинных факторов, преодоление психотравмирующей ситуации. Если у пациента обнаруживается зависимость от алкоголя или других психоактивных веществ, ее лечению необходимо уделить особое внимание.

Начинать психотерапию можно после выхода из психотического состояния, когда восстанавливается критическое отношение к своему состоянию и болезни.

Прогноз относительно благоприятный. В большинстве случаев качество ремиссий очень высокое, личностные изменения развиваются медленно, после первых приступов заболевания в большинстве случаев их еще нет. Обычно они начинают проявляться только после 3-4 приступов. В период ремиссии критическое отношения к приступам болезни присутствует, пациенты четко разграничивают психотические эпизоды и состояние психического благополучия. Вне приступов работоспособность, как правило, не нарушена.

Любопытно отметить, что несмотря на определенное сходство симптоматики ШАР и шизофрении, пациенты с шизоаффективным расстройством имеют меньше отличий от здоровых испытуемых в нейрофизиологических и вегетативных реакциях при проведении исследования когнитивно-перцептивных процессов, в частности моторного воображения путем оценки подавления мю-ритма на ЭЭГ,

## Выводы:

В ходе своей работы я пришла к заключению, что шизоаффективное расстройство- достаточно «молодое» и мало изученное явление в психиатрии. На данном этапе развития нашей специальности существует масса сложностей в дифференциальной диагностике данного состояния и еще не разработаны рекомендации по ведению таких пациентов.

Данное состояние имеет общие черты с биполярным аффективным расстройством и шизофренией, поэтому молодому врачу необходимо быть крайне внимательным, чтобы установить верный диагноз, поскольку от этого зависит дальнейшая судьба пациента и качество его жизни.

## Источники информации

<https://cyberleninka.ru/article/v/depressivnoe-shizoaffektivnoe-rasstroystvo-tipologiya-manifestnyh-pristupov> Депрессивное шизоаффективное расстройство (типология манифестных приступов) Бобров А.С., Рожкова М.Ю., Рожкова Н.Ю., «Социальная и клиническая психиатрия», 2013г.

<http://mniip-repo.ru/uploads/1443448714.pdf> - «Диагностика биполярного аффективного расстройства у больных с приступообразной шизофренией и шизоаффективным расстройством» Шафаренко А.А. 2014г.

<http://ncpz.ru/lib/1/book/14>

<http://onevroze.ru/prichiny-vozniknoveniya-i-simptomy-shizoaffektivnogo-rasstroystva-metody-lecheniya.html>

<https://psyera.ru/2689/shizoaffektivnye-rasstroystva>

[http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyj-po-psihiatrii/tema-no9-sizofrenia/sizofrenia-v-v-dunaevskij-#ТОС-F-25-. - Шизофрения, шизоаффективное и шизотипическое расстройства, хронические бредовые психозы \(В.В. Дунаевский\)](http://www.s-psy.ru/obucenie/kurs-psihiatrii/5-kurs-lecebnyj-fakultet/elektronnyj-ucebnyj-po-psihiatrii/tema-no9-sizofrenia/sizofrenia-v-v-dunaevskij-#ТОС-F-25-.)

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ И ВЕГЕТАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ  
МОТОРНОГО ВООБРАЖЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И  
ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ Ж.В. Гарах<sup>1</sup>, Ю.С. Зайцева<sup>2</sup>,  
И.Я. Гурович<sup>2</sup>, А.Б. Шмуклер<sup>2</sup>, В.Б. Стрелец<sup>1</sup> СОЦИАЛЬНАЯ И  
КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХИАТРИЯ 2015, т. 25 № 3

Стандарт от 31 января 2013 г. Об утверждении стандарта скорой  
медицинской помощи при шизофрении, шизотипических и бредовых  
расстройствах