

**МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ У КЛІНІЦІ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
ТА ЗАЛЕЖНИХ СТАНІВ**

Є. М. Харченко, О. О. Хаустова, О. В. Чернышов

Резюме. У статті наведені дані та сучасний погляд на взаємозв'язок маскованих депресій з соматоформними захворюваннями та залежними станами.

Ключові слова: масковані депресії, психосоматичні захворювання, залежні стани.

**MASKED DEPRESSION IN THE CLINIC OF PSYCHOSOMATIC DISEASES
AND DEPENDENT STATES**

Y. N. Kharchenko., E. A. Khaustova., O. V. Chernushov

Summary. In the article the data and the current view on the relationship of masked depression, somatoform disorders and dependent states.

Key words: masked depression, somatoform disorders, dependent states.

УДК 616.895–06:616.89–091] –089.4

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХОЗОВ
В УСЛОВИЯХ ПАТОМОРФОЗА ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

Н. Е. Хомицкий

ГУ «Запорожский государственный медицинский университет»

Правильно проведенная дифференциальная диагностика эндогенных психозов определяет эффективность лечебной тактики, а также прогноз заболевания и необходимые реабилитационные мероприятия.

К эндогенным психозам относятся 3 основные нозологические единицы: шизофрения, аффективный (маниакально-депрессивный) психоз и шизоаффективное расстройство. Для дифференциальной диагностики шизофрении и маниакально-депрессивного психоза выделены четкие критерии, имеющие однозначный и в определенной части взаимоисключающий характер. Однако в результате истинного (дотерапевтического) и терапевтического патоморфоза всё чаще встречаются атипичные клинические варианты шизофрении и аффективного психоза [1, 2]. Это приводит к трудностям дифференциальной диагностики эндогенных психозов, особенно на этапе манифестации и при малой длительности болезни. Шизоаффективные психозы остаются одной из наиболее спорных нозологических категорий в психиатрии. Поэтому и сейчас эти психозы не имеют ни постоянного места в психиатрических классификациях, ни общепринятого обозначения.

Диагностика шизофрении основывается на характерных изменениях личности, прогрессиентности заболевания, психопатологических особенностях синдромов, а также на своеобразии патокинеза последних. Однако в ряде случаев возникают затруднения при дифференцировке приступообразной шизофрении с маниакально-депрессивным психозом.

В рамках обеих нозологий часто встречаются остро возникающие депрессивно-параноидные состояния, требующие правильной клинической оценки. Депрессивные состояния, намного превосходящие по тяжести средний диапазон, включают в себя такую, обусловленную интенсивной тревогой, симптоматику, как чувственный бред и слуховые галлюцинации, сенесто-ипохондрический синдром, бред Котара, нарушения сознания. По мере нарастания тяжести депрессии усиливается двигательные нарушения: заторможенность достигает степени полного ступора или возникают состояния меланхолического раптуса. При тяжелом меланхолическом или тревожно-депрессивном синдроме почти всегда обнаруживаются явления деперсонализации. Аффективные синдромы могут включать психопатологические симптомокомплексы, относящиеся к латентным проявлениям шизофрении и

свидетельствующие о возможности развития прогрессивного процесса.

Нередко эндогенную депрессию приходится отграничивать от сходных проявлений нейрорептической депрессии, негативных изменений личности (включающих апато-абулические расстройства).

Патоморфоз и полиморфизм маниакальной фазы МДП приводит к трудностям дифференциальной диагностики с аффективно-бредовыми, маниоформными и гебефренными состояниями в рамках шизофрении. Классическая «солнечная» мания встречается довольно редко. При мании могут наблюдаться симптомы «расщепления»: мании с гневливостью, нарушениями мышления по шизофреническому типу, бредовыми идеями инконгруэнтными аффекту. Особую сложность дифференциальной диагностики представляют смешанные аффективные состояния, в которых присутствует «расщепление» самой Крепелиновской триады. Главным критерием для диагностики маниакально-депрессивного психоза ещё Е. Краепелин считал течение и исход заболевания.

Значительные сложности для дифференциальной диагностики представляют стертые депрессии. Речь в первую очередь может идти об отграничении субдепрессий, развивающихся с преобладанием негативной аффективности (апатии, ангедонии), астенических и анестетических депрессий от дефицитарных проявлений при шизофрении.

Для диагностики шизоаффективного психоза необходимо учитывать как психопатологическую оценку самого шизоаффективного состояния в приступе, так и данные анамнеза и последующего течения заболевания.

По мнению Г.П. Пантелеевой (2003), к основным критериям шизоаффективного расстройства относятся: 1) периодический характер течения с чередованием шизоаффективных и аффективных приступов и разным их количественным соотношением в ходе болезни; 2) благоприятный прогноз без видимых признаков прогрессивности; 3) отсутствие в динамике заболевания видимого личностного сдвига с последующим формированием и нарастанием негативных расстройств; 4) обязательное сочетание в картине шизоаффективного психоза циркулярных аффективных расстройств и шизофренических бредовых симптомов; 5) характерный патокинез расстройств в динамике шизоаффективного приступа с чередованием циркулярных аффективных проявлений, аффективного и неаффективного бреда.

Наиболее часто оспариваемым критерием диагностики шизоаффективного расстройства можно считать критерий непрогрессивности и отсутствия специфических изменений личности. Полищук И.А. с сотр. [3] указывал на формирование признаков церебрастении, нарастающей психопатизации личности, нерезких проявлений психоорганического синдрома. При шизоаффективном расстройстве описаны неглубокие явления апатоабулического дефекта [4], эмоциональное обеднение [5], наличие нейрокогнитивных расстройств [6]. Также выявлено наличие негативных расстройств в ремиссии со снижением уровней социальной и трудовой адаптации [7].

Таким образом, нозологическое выделение шизоаффективных психозов остается не вполне определенным и их диагностика традиционно проводится в рамках или аффективных, или заболеваний шизофренического круга. Тем не менее, очевидно, что среди эндогенных психозов существует группа заболеваний, психопатологические проявления, течение и исходы которых отличаются клиническим своеобразием и не позволяют диагностировать их в рамках традиционного дихотомического деления эндогенных психозов по Е. Краепелину на шизофрению и маниакально-депрессивный психоз.

Список использованной литературы.

1. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия / Самохвалов В.П.– Симферополь: ИМИС – НПФ «Движение» Лтд., 1993.– 286 с.
2. Чугунов В.В. К проблеме истинного и терапевтического патоморфоза клиники психических заболеваний / В.В. Чугунов // Матеріали науково-практичної конференції «Сучасні питання андрології, сексопатології та медичної психології». Медицинская психология.– 2011.– Т. 6, № 3 (23).– С. 70–72.
3. Полищук И.А. Шизофрения / Полищук И.А.– К.: Здоров'я – 1976.– 261 с.
4. Точилон В.А. О симптоматике приступов атипичного аффективного психоза (обзор литературы). // Журнал «Обзор психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева» – 1994.– С. 55–69.
5. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: Учебник.– М.: Медицина, 2002.– 539 с.
6. Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: дисс... канд. психол. наук: 19.00.04 / Сидорова М.А.– Москва, 2005.– 170 с.
7. Головаха Н.Э. Адаптация больных шизоаффективным расстройством (клинический, динамический, реабилитационный аспекты): дисс... канд. мед. наук: 14.00.18 / Головаха Н.Э.– Томск, 2004.– 169 с.