



ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ, КАК ОСНОВНЫХ ПРЕДИКТОРОВ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НАСТРОЕНИЯ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Беспалов Ю.И., Адильханова К.А., Беспалова Л.Ю.

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова (г. Алматы);
«Центр психического здоровья» (г. Алматы)

Абстракт

В статье сопоставляются особенности депрессивных и маниакальных синдромов, наблюдаемых в клинической картине аффективных расстройств настроения и шизоаффективных расстройств.

Ключевые слова: маниакальные и депрессивные синдромы, аффективные расстройства настроения, шизоаффективные расстройства.

Введение

В клинической практике для постановки диагноза аффективных расстройств настроения и шизофрении до сих пор психиатры ориентируются, в первую очередь, на критерии, предложенные ещё Э. Крепелиным в 1899 году, когда им были выделены все формы периодических психозов под названием маниакально депрессивного психоза (МДП). Шизофрению и её основные проявления, как известно, он назвал ранним слабоумием на 3 года раньше. Им же предложены критерии диагностики этих психических заболеваний.

Однако и в настоящее время дифференциальная диагностика и шизофрении, и МДП остаётся клинически сложной проблемой. По-прежнему требуется дальнейшее наблюдение и исследование, в первую очередь, типологии приступов МДП и шизоаффективных психозов. В отечественной психиатрии до 1983 года приступы шизоаффективной структуры рассматривались в качестве наиболее благоприятного течения приступообразно - прогрессирующей шизофрении. Проблему дифференциальной диагностики рассматриваемых расстройств, осложнил переход в Республике Казахстан на официальную номенклатуру психических расстройств в соответствии с 10-м пересмотром Международной классификации болезней (МКБ-10). Шизоаффективное расстройство теперь выделено в отдельную диагностическую рубрику, но сохраняет своё место в разделе «Шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства». МДП в настоящее время рассматривается в рубрике «Аффективные расстройства настроения». Большинство психиатров эти расстройства относят к той или иной нозологии в зависимости от доминирующего аффекта в структуре приступа и критериях, предложенных МКБ-10. В рамках шизоаффективного расстройств выделяются в связи

с этим маниакальный, депрессивный и смешанный тип, которые присутствуют и при аффективном расстройстве настроения и подразделяются в зависимости от типа аффективного синдрома, его структуры, продолжительности и наличия моно или биполярного течения.

Актуальность изучения особенностей аффективных расстройств при шизоаффективном расстройстве и аффективном расстройстве настроения растёт в связи с тем, что диагноз аффективного расстройства настроения в соответствии с критериями МКБ-10 должен выставляться и в тех случаях, когда в структуре аффективного синдрома наблюдается не только аффективный бред, но и отдельные «неконгруентные» (т.е. неадекватные настроению) бредовые идеи и галлюцинации.

Цель: Провести сравнительный анализ структуры аффективных синдромов в клинической картине шизоаффективных расстройств и аффективных расстройств настроения.

Материалы и методы

Всего было обследовано 50 больных с использованием психопатологического и катamnестического методов исследования. В половине случаев клиническая картина заболевания соответствовала критериям аффективного расстройства настроения, а в другой части - шизоаффективному расстройству.

Основное внимание уделялось изучению особенностям структуры и характеру выраженности аффективных синдромов - депрессивных и маниакальных, динамике их становления и обратного развития. Катamnестические наблюдения в течение 2-3 лет позволяло с большей уверенностью говорить о адекватности выставленного нами в стационаре РНПЦППН и ГЦПЗ того или иного

заболевания, ориентированного в основном на структуру аффективных синдромов.

При депрессивной фазе обязательно учитывалась триада основных симптомов:

- пониженное настроение;
- двигательная заторможенность;
- замедленное мышление.

При маниакальном синдроме также анализировалась базовая триада:

- повышенное настроение;
- двигательное возбуждение;
- идеаторно-психическая активность.

Все указанные симптомы в той или иной степени выявлялись во всех изученных синдромах.

Среди депрессивных расстройств, в рамках диагноза аффективных расстройств настроения, наблюдалась не только той или иной выраженности тоска, подавленность, двигательная заторможенность, выраженная витальность, ангедония, но и тревога, идеи самообвинения, отрывочные идеи отношения и вербальные галлюцинации, тесно связанные с депрессивным аффектом, отсутствие желаний, безразличие к близким, навязчивая ипохондричность, наличие соматических и вегетативных симптомов.

В целом эти депрессивные синдромы мы отнесли к следующим вариантам:

- тоскливо-меланхолическая депрессия;
- анестетическая;
- депрессия с бредом самообвинения;
- тревожно-ажитированная;
- ступорозная;
- соматизированная;
- адинамичная;
- ироническая;
- депрессия с ипохондрическими идеями (на уровне навязчивых и сверхценных идей);
- депрессия с галлюцинозом (галлюцинации отрывочные и тесно связанные с аффектом).

В рамках маниакального синдрома выделены варианты:

- гипомания;
- весёлая мания;
- гневливая мания;
- спутанная мания;
- непродуктивная мания;
- мания с идеями величия;
- мания с галлюцинациями.

У пациентов с этими синдромами не только определялись симптомы классической мании, но и такие феномены, как преобладание раздражительности, гневливости, идеи величия, ускорение мыслительных процессов, отрывочные вербальные галлюцинации и идеи отношения, тесно связанные не только с аффектом, но и с внешними обстоятельствами.

Перечисленные формы депрессий и маниакальных состояний можно было отнести к фазовым состояниям, т.к. у всех больных приступы заканчивались полным восстановлением психического здоровья, достаточной критикой к перенесенному психотическому эпизоду. Светлые промежутки наблюдались у всех больных в течение 2-3 лет катамнестического наблюдения.

Клиническая типология приступов при шизоаффективном расстройстве характеризовалась наличием более сложной структуры, включающей в

себя кроме выраженного аффекта, менее связанного с продуктивной психосимптоматикой, различные синдромы более сложного регистра. К аффекту постепенно присоединялась бредовая симптоматика в виде острого чувственного бреда, бреда инсценировки символического значения, наглядно образного, антагонистического воображения, острого фантастического, парафренного бреда. Кульминацией формирования синдромов являлось формирование ориентированного онейроида. В структуре этих разнообразных бредовых формирований, как правило, наблюдались различного рода псевдогаллюцинации, психические автоматизмы в рамках синдрома Кандинского-Клерамбо.

В зависимости от преобладающего аффекта и структуры приступа нами выделены варианты депрессивных синдромов:

- депрессия с интерпретативным бредом;
- с чувственным бредом;
- с бредом ущерба;
- с ипохондрическим бредом;
- с галлюцинозом;
- с онейроидом.

Среди маниакальных синдромов рассматривались следующие варианты:

- мания с интерпретативным бредом;
- с чувственным бредом;
- с галлюцинозом;
- с онейроидом;
- с синдромом Кандинского-Клерамбо;
- дурашливая мания.

Результаты

Анализ перечисленных вариантов приступов на фоне преобладающего того или иного аффекта показал, более сложную структуру синдромов при шизоаффективных расстройствах по сравнению с таковыми при аффективных расстройствах настроения и более тяжёлое течение заболевания, требующего более продолжительного и интенсивного лечения с применением гораздо больших доз антидепрессантов и нейролептиков при их частом сочетании. При шизоаффективном расстройстве более медленно наступал регресс аффективной и бредовой симптоматики, медленно формировалась критика, а у части пациентов, уже при 2-3 приступах можно было наблюдать социальную дезадаптацию с формированием негативной симптоматики. Только при шизоаффективном расстройстве у 5 больных нами наблюдался развёрнутый онейроидно-кататонический приступ, начинающийся с изменения аффекта, появления страха и тревоги, чувства изменённости своего «Я» и окружающего, затем появления симптомов положительного и отрицательного двойника, симптома Фреголи, всех видов психических автоматизмов, бреда инсценировки, депрессивной и экспансивной парафрении. Следует отметить, что до явного изменения психического состояния больных, требующих госпитализации, родные замечали симптомы неправильного поведения детей, но вместо того чтобы обратиться к психиатрам возили их на «святые» места, обращались к знахарям и «целителям», что способствовало позднему обращению к врачам психиатрам, а следовательно к запаздыванию лечения. Время пребывания такого рода пациентов затягивалось на 1,5 – 2 раза дольше остальных пациентов с аналогичной симптоматикой.

Выводы

Проведенный анализ структуры приступов при аффективных расстройствах настроения и шизоаффективных расстройствах, позволил выделить варианты депрессивных и маниакальных синдромов, показать их клиническую структуру, способствующую адекватной диагностике. Процесс лечения и катamnестическое наблюдение позволяет рекомендовать родственникам больных уже при первых изменениях психического состояния обращаться только к врачам психиатрам, что позволит раньше начать психофармакологическую терапию, быстрее прервать психоз и сократить время пребывания в психиатрическом стационаре.

Литература:

1. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии в 2-х томах. М.: медицина,1999.
2. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. –Л. Медицина, 1988.-264с.
3. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Клинические описания и указания по диагностике. СПб.,1994.300 с.
4. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Шизоаффективная полиморфная, шубообразная шизофрения. Руководство для врачей. Под редакцией А.В.Снежневского.М., 1963.Т.с. 319-321.
5. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. СПб., 2002,-352с.
6. Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник- М. Медицинское информационное агентство. 2009.- 829с.
7. ДжеймсЛ. Джекобсон, АланМ.Джекобсон. Секреты психиатрии. Перевод с английского под общей редакцией акад. РАМН, проф. П.И.Сидорова .М., «Медпресс-информ», 2007.