

Н. О. Марута, Ю. В. Ніканорова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Суїцидальна поведінка у хворих тривожними розладами
(клініко-психопатологічна та патопсихологічна
характеристика, система профілактики)**

В процесі виконання роботи були обстежені 124 пацієнти з тривожними розладами (F 41.0 — панічний розлад, F 41.1 — генералізований тривожний розлад, F 41.2 — змішаний тривожний і депресивний розлад), в структурі яких виявлено суїцидальну поведінку. Контрольну групу склали 101 пацієнт з аналогічними формами патології (F 41.0, F 41.1, F 41.2), без ознак суїцидальної поведінки.

Аналіз результатів психопатологічного, психометричного і патопсихологічного дослідження хворих з суїцидальною поведінкою при тривожних розладах дозволив виявити предиктори й уточнити механізми суїцидогенезу у даній категорії хворих.

На цій основі розроблена програма диференційованої профілактики суїцидальної поведінки при тривожних розладах, заснована на принципах системності, етапності та диференційованості.

Вищевикладене свідчить про необхідність впровадження розроблених клініко-психопатологічних і патопсихологічних предикторів та системи профілактики в практичну діяльність лікарів-психіатрів, психотерапевтів і медичних психологів.

Ключові слова: тривожні розлади, суїцидальна поведінка, психопатологічні та патопсихологічні предиктори, система профілактики.

N. A. Maruta, Yu. V. Nikanorova

*State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)*

**A suicidal behavior in patients with anxious disorders
(clinical-psychopathological and pathopsychological
characteristics, the system of prevention)**

Within the framework of the study it was performed an examination of 124 patients with anxious disorders (F 41.0 — panic disorder, F 41.1 — generalized anxious disorder, F 41.2 — mixed anxious and depressive disorder), in the structure of which a suicidal behavior had been revealed. The control group consisted of 101 patients with the same forms of pathology (F 41.0, F 41.1, F 41.2) without signs of a suicidal behavior.

An analysis of results of psychopathological, psychometric, and pathopsychological examinations of patients with a suicidal behavior and anxious disorders allowed us to define predictors and to make more precise mechanisms of suicidogenesis in this category of patients.

On this basis it was developed a program of a differential prevention for a suicidal behavior in anxious disorders, which was based on principles of the system, staging, and differentiation.

All the stated above suggest a necessity to implement of the developed clinical-psychopathological and pathopsychological predictors and the system of prevention into practice of psychiatrists, psychotherapists, and medical psychologists.

Key words: anxious disorders, suicidal behavior, psychopathological and pathopsychological predictors, system of prevention.

УДК 616.895.8-07-08

С. О. Сазонов, Н. А. Байбарак, О. С. Серікова, А. Г. Назарчук

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

**ВІТЧИЗНЯНІ ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ
(Перше повідомлення)**

З урахуванням підходів, які існують у Світі, вивчався процес диференціальної діагностики шизоафективного розладу (ШАР) в клінічній практиці. Досліджено 69 пацієнтів. Виявлено, що в середньому пацієнтові встановлювалося 2,48 диференціальних діагнозів, більше при депресивному типі (частіше 3), і менше — при маніакальному та змішаному (здебільшого 2 диференціальних діагнози). Встановлено, що нечіткість критеріїв різних психіатричних шкіл ускладнює своєчасну вірну ідентифікацію і вірне лікування. Маніакальний полюс афекту сприяє вірній кваліфікації стану, на відміну від депресивного полюса, атипичного при ШАР. Також за різних обставин лікарем не завжди у випадку ШАР ідентифікувався психотичний рівень розладу.

Ключові слова: шизоафективний розлад, діагностика, диференціальна діагностика.

Серед найбільших, класичних і невирішених на цей час проблем психіатрії є проблема взаємного відношення між собою таких основоположних для психіатрії дорослого віку нозологічних одиниць як шизофренія та маніакально-депресивний психоз (Н.-J. Möller, 2012) [1], нині біполярний афективний розлад (БАР). За поглядами Е. Крепеліна (1913) [2], випадок ендогенного психозу у пацієнта повинен відноситись або до кругу шизофренічних захворювань, або до циклоїдних («Крепелінівська дихотомія»). При наявності в клінічній картині захворювання як галюцинаторно-параноїдної, так і афективної симптоматики діагноз слід встановлювати в залежності від домінування тих чи інших хворобливих проявів (дімensionальний підхід, запропонований ним). Дійсно, вже давно виявлені випадки захворювання психозом, коли позитивні симптоми шизофренії (наприклад, неконгруентне

афекту маячіння впливу, керування та інші компоненти синдрому психічного автоматизму Кандинського — Клерамбо і тому подібне) тісно співіснують та проявляються разом із симптомами порушень настрою. Крім того, випадки із такою клінічною картиною не мають характерних для шизофренії безперервного перебігу, резидуальної дефіцитарної симптоматики та прогредієнтності. Це дозволило J. Kasanin (1933) [3] запропонувати виокремити нову нозологічну одиницю «гострий шизоафективний психоз» (нині шизоафективний розлад (МКХ-10, ВООЗ, 1992) [4].

Щодо правомірності застосування термінів «шизоафективний психоз» (J. Kasanin, 1933) [3] та «шизоафективний розлад» (МКХ-10, ВООЗ, 1992) [4], слід зазначити, що відповідно до затверджених у 1992 році та дійсних на сьогодні в Україні діагностичних критеріїв МКХ-10 демонструє обов'язкову належність випадків шизоафективної хвороби до психотичного реєстру.

© Сазонов С. О., Байбарак Н. А., Серікова О. С., Назарчук А. Г., 2013

Хоча шизоафективний розлад (ШАР) отримав нозологічну самостійність тільки в МКХ-10 (шифр F25), однак теоретичні розмірковування щодо його нозологічної, таксономічної належності мають велику історію. Так, К. Conrad (1958) [5], А. С. Тіганов (1969) [6], Т. Ф. Пападопулос (1975) [8] та інші дослідники відносили його до періодичної шизофренії зі сприятливим перебігом. З. И. Случевский (1958) [9], J. Angst (1995) [10], А. Marneros et al. (2004) [11] відносили його до атипічних форм афективних розладів (маніакально-депресивного психозу). Такі різні розмірковування були продиктовані не лише існуючими з часу Е. Крепеліна теоретичними основами психопатології, а й проблемами практичної психіатрії [2]. Досі дискутується навіть можливість зникнення ШАР як самостійної нозологічної одиниці в майбутній класифікації МКХ-11 (С. А. Маляров, 2011) [12]. Існування ШАР як самостійного розладу є дискусійним ще і з позиції рангів психопатології А. В. Снежневського (1983) [13], Згідно з його поглядами, психотична шизофренічна симптоматика належить до більшого рангу, ніж афективна. І саме тому психотична симптоматика повинна за синдромотаксисом обумовлювати нозологічну належність ШАР до кола шизофренії. Однак більшість психіатрів, в тому числі і в доповідях Робочої групи МКХ-11 з психотичних розладів (W. Gaebel, 2012) [14] ШАР розглядають як окремі психічні розлади.

Ще одним приводом для дискусії щодо нозологічної самостійності є результати тривалого катамнетичного спостереження за хворими із цією нозологією (Ю. Л. Нуллер, И. Н. Михайленко, 1988) [16], які свідчать про те, що протягом хвороби стан частини пацієнтів втрачає ознаки ШАР у чистому вигляді. Клінічні прояви цього розладу все більше набувають ознак або шизофренічного або біполярного афективного розладу. Причому «продуктивна» психопатологічна симптоматика у них може доповнюватись ознаками так званої «резидуальності».

Вище наведені клініко-психопатологічні особливості ШАР призводять до труднощів його діагностування. Комбінований із ознак афективних розладів з одного боку, та шизофренії — з іншого, комплекс діагностичних критеріїв вже за своєю структурою схиляє до діагностування ШАР шляхом виключення, диференціювання.

Доволі складним є диференціювання між ШАР та рекурентною шизофренією із афективно-параноїдними нападами. Щодо цього в МКХ-10 існує рекомендація за наявності відносно рівномірного сполучення афективної симптоматики із шизофренією встановлювати діагноз ШАР, а не шизофренії, навіть, якщо в повному обсязі у хворого присутні діагностичні критерії шизофренії. Тобто, у клінічних випадках, коли існує сполучення симптомів шизофренії із афективними симптомами, діагноз ШАР є пріоритетним (МКХ-10, ВООЗ, 2010) [2].

З іншого боку, психотичні форми рекурентної депресії або маніакальних чи змішаних проявів біполярного розладу утруднюють їх диференціальну діагностику з ШАР. Однією із найбільш уживаних на практиці та розповсюджених у літературі диференціальних рис цих груп психічних розладів є зміст переживань. Мають

значення так звана конгруентність або неконгруентність змісту переживань характеру афективних порушень, наявність переживань впливу, «зробленості» та інші ознаки «типової» для шизофренії продукції. Однак часто наявності цих ознак для остаточного визначення діагнозу недостатньо. Тому доводиться продовжувати спостереження, що призводить до несвоєчасності встановлення вірного діагнозу і, відповідно, призначення адекватної терапії.

Одним із доказів складної структури континууму «шизофренія/афективні розлади» є проблема складності відокремлення депресивного, тужливо-апатичного, тим більше із анестетичним та адинамічним компонентами афекту, особливо континуального за перебігом, від дефіцитарної симптоматики шизофренічного генезу. І хоча за класичними, особливо вітчизняними уявленнями про ШАР як про розлад, який не залишає психічного дефекту (в міжнародних класифікаційних критеріях про цю його особливість вказано менше), зручної категоричної феноменологічної «безодні» між таким, що має континуальний перебіг, або прогресуючим апато-адинамічно-анестетичним депресивним афектом та емоційно-вольовим дефектом на практиці знайти часто не вдається.

Описана типова закономірність синдромокінезу розгортання шизоафективного нападу, який в більшості випадків починається виникненням несформованого маревного настрою із неспокоєм і внутрішнім напруженням. До цих проявів поступово приєднується відчуття енергетичного підйому з розвитком гіпо- чи гіпертимно забарвленого чуттєвого марення, яке, в свою чергу трансформується у синдроми образного марення та онейроїдних станів. Потім має місце зворотна динаміка з поступовою їх редукцією (В. Н. Краснов, 2011) [17]. Цей погляд на динаміку нападу ШАР має глибокі історичні коріння. Ще Е. Крепелін (1913) [1] наводив аналогічний опис таких клінічних випадків. Він відносив їх до атипичних форм перебігу маніакально-депресивного психозу (з огляду на позитивний прогноз, на відміну від шизофренії). Надзвичайно близьким за клінічним описом є і «гострий шизоафективний психоз» J. Kasanin (1933) [3].

На жаль сучасні діючі критерії МКХ-10 та DSM-IV-TR не містять вказівок на прогноз ШАР. Це можливо і виправдане з огляду на те, що практична класифікація має, в першу чергу, давати змогу встановити проспективний, актуальний на теперішній час діагноз, а не тільки ретроспективний (при більш глибокому дослідженні стає очевидним, що діагностування ШАР без деякого катамнезу доволі утруднене).

Також у МКХ-10 вказівки на періодичний перебіг містяться лише в текстовому описі і відсутні в переліку критеріїв. Причому, серед типів ШАР у класифікації МКХ-10 навіть із застосуванням п'ятого знаку шифру відсутня кваліфікація стану його загострення чи покращання. В той же час при кваліфікації інших психопатологічних процесів, які перебігають періодично та фазно, наприклад БАР, існує шифр для стану ремісії (F31.7). Така ж сама картина спостерігається і щодо уявлень про гостроту дебюту ШАР. А важливий для практики клінічний критерій змістовної неконгруентності маревних переживань афекту (неявно, але

представлений у формі вказівки на типове для шизофренії марення впливу, автоматизму, «керування» та «відкритості», на відміну від кататимних марень величч або переслідування чи провини при психотичних формах БАР) доповнений динамічним критерієм — присутність шизофренічних симптомів впродовж 2 тижнів без афективної симптоматики.

Отже дотепер існує низка проблем уже на етапі діагностики, зокрема диференціальної діагностики ШАР, що обумовлює актуальність їх вирішення.

Метою дослідження було дослідити структуру (сукупність?) діагнозів, які використовуються в практичній психіатрії, перед остаточним встановленням діагнозу шизоафективного розладу.

Матеріал: дослідження медичної документації та клінічне обстеження 69 пацієнтів, які хворіли на різні типи ШАР та проходили амбулаторне та стаціонарне лікування в клініці ДУ «ІНПН НАМН України».

Методи дослідження: клініко-психопатологічний метод, метод експертних оцінок, класифікаційний метод, анамнестико-катамнестичний метод, метод квантифікованих шкал, методи математичної статистики.

При виконанні дослідження застосовувались наступні особливості *методичного підходу*:

Статистичний підхід, при якому як одиницю дослідження вивчали не лише клінічний випадок окремого хворого, а й усю сукупність діагностичних подій щодо нього. А саме: як історію встановлення остаточного клінічного діагнозу, так і здійснення лікарями-діагностами усього спектра діагностичних припущень. Тобто, аналізували не лише остаточний діагноз хворого на момент дослідницького обстеження, а і динаміку діагностичних уявлень спеціалістів-експертів про стан хворого протягом усього доступного катамнезу. Це дозволило збільшити інформаційну цінність кожного клінічного випадку цієї хвороби. Таким чином, на 69 клінічних випадків було проаналізовано 171 актів клінічного діагностичного диференціювання.

Дослідження всього спектра діагностичних попередніх припущень лікарів-психіатрів як одного з джерел аналізу симптоматики пацієнта. Тобто, особливості спектра психопатології при досліджуваному розладі вивчали за допомогою дослідження спектра діагнозів, між якими здійснювалася диференціальна діагностика.

Зіставлення виявленого спектра застосованих у диференціальній діагностиці діагнозів, шифрів за класифікацією із статистикою розповсюдженості таких розладів у популяції в цілому. Визначені психопатологічні компоненти рейтинговим методом зважувалися кількісно, а потім зіставляли із поширеністю цієї патології в популяції. Було зроблене припущення, що визначені відмінності можуть вказати на унікальні для досліджуваного захворювання особливості, варті подальшого поглибленого вивчення.

Предмет досліджували у двох ракурсах: а) дослідження плеяд діагностичних шифрів, встановлених одномоментно, проміж яких проводили диференціацію; б) дослідження хронологічної послідовності встановлених пацієнту раніше психіатричних діагнозів.

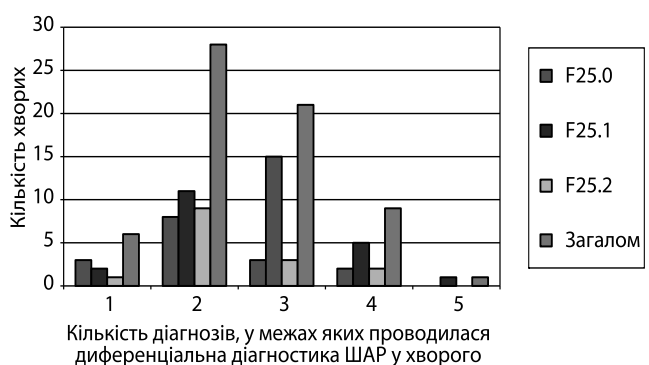
Дизайн дослідження а): були зібрані плеяди діагнозів, в діапазоні яких лікар-діагност протягом обмеженого періоду часу, майже одномоментно, симультанно,

«в зрізі» — від однократної первинної консультації до одного курсу стаціонарного обстеження та лікування, здійснював диференціальну діагностику ШАР у досліджуваних пацієнтів.

Дизайн дослідження б): із загальної кількості хворих було відібрано пацієнтів, у яких було можливо докладно дослідити катамнез із динамікою встановлюваних їм діагнозів у відповідності до клінічного опису їх стану та динаміки. Всі вони на час обстеження мали встановлений діагноз ШАР.

Виявлено, що діагноз ШАР був встановлений одразу лише у 6 (8,7%) випадках із 69 (3 пацієнти із маніакальним, 2 — з депресивним та 1 із змішаним типом ШАР), що відображає діагностичну важкість сучасного встановлення цієї нозології. Тобто, у 91,3% хворих цей діагноз потребував диференціювання.

На діаграмі 1 можна бачити спектр діагнозів диференціювання у досліджуваній виборці загалом, який склався із 171 акту встановлення клінічного діагнозу, які були зібрані у 69 хворих на ШАР. Тобто в середньому, до остаточного встановлення діагнозу ШАР, у кожного хворого було попередньо встановлено 2,48 діагнозів.

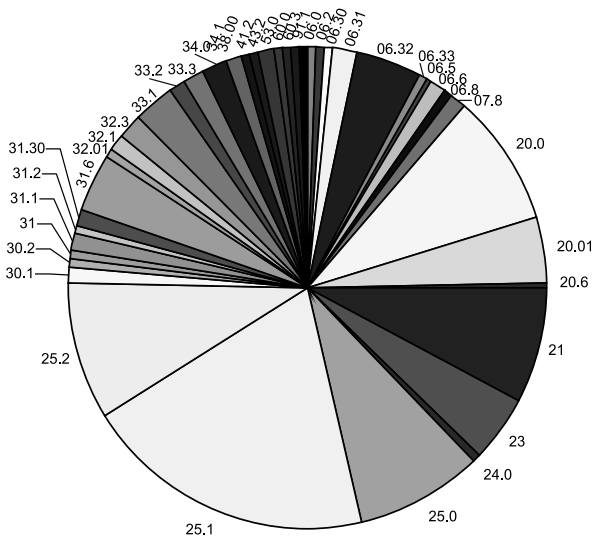


Діаграма 1. Розподіл кількості діагностичних припущень, діагнозів, між якими проводилося диференціювання при різних типах ШАР (вказані у шифрах за МКХ-10)

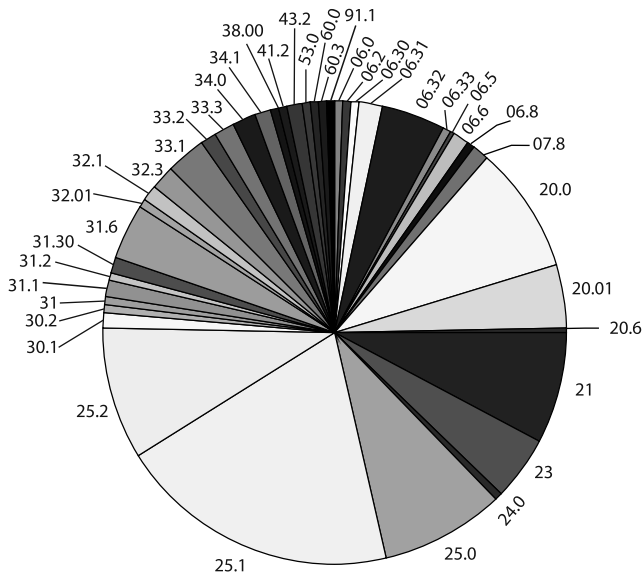
На діаграмі 1 стовпчиками наведена кількість хворих із встановленою їм тією чи іншою кількістю попередніх діагнозів диференціювання під час огляду або дослідження. Лише у 6 хворих діагноз ШАР був встановлений з самого початку без диференціювання правильно. У випадках з маніакальними та змішаними проявами ШАР диференціювання здійснювалося лікарем у межах 2-х діагнозів. В той же час депресивний тип у більшості випадків потребував диференціації у межах 3-х діагнозів. Це наочно відображає більшу клінічну яскравість психотичних станів із маніакальним компонентом афекту, додатковим чи осьовим. Однак, на жаль, оброблення даних за критерієм Вілкоксона — Мана — Уїтні не визначило достовірних відмінностей між середніми показниками кількості попередніх діагнозів.

На діаграмах 2—4 наведено спектр диференціювання, у межах якого здійснювався діагностичний процес при встановленні діагнозу ШАР у досліджуваних хворих.

Спектр діагнозів, які припускалися у досліджуваних хворих загалом, без виключень та узагальнень, наведено на діаграмі 2, а із виключенням власне діагнозів ШАР за типами — на діаграмі 3.

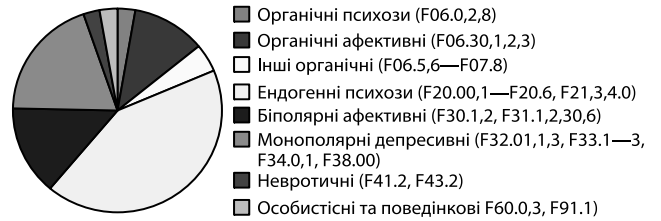


Діаграма 2. Загальний спектр діагнозів диференціювання (у шифрах за МКХ-10) у хворих на ШАР на первинному огляді



Діаграма 3. Спектр діагнозів (у шифрах за МКХ-10), із якими диференціювали ШАР у досліджуваних хворих

Результати узагальнення, групування діагностичних шифрів у відповідності до рубрик МКХ-10 за етіологічним та іншими принципами наведені на діаграмі 4. Категоризацію, зокрема, проводили за генезом психічного розладу. Як і у МКХ-10 та класичній психопатології, були виокремлені та згруповані розлади органічного, психогенного та ендогенного генезу. Їх розподіл був проведений також за регістром психопатології (психотичний або невротичний рівень), психопатологічною сферою переважаючої симптоматики та полюсом домінуючого афекту.



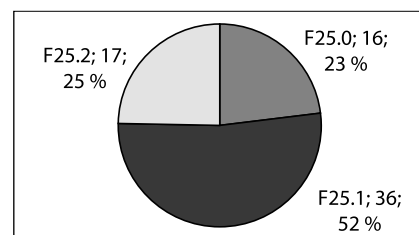
Діаграма 4. Узагальнений за групами розладів (за етіологією, регістром та полярністю) спектр диференціювання у хворих на шизоафективний розлад

На діаграмі 4 можна побачити, що найбільшу частку діагнозів диференціювання займають розлади шизофренічного кола (42 %).

У 14 % хворих ШАР попередньо диференціювали із біполярним афективним розладом, а у 19 % — рекурентною депресією. Це можна пов'язати із таким необхідним для встановлення факту «біполярності» розладу компонентом, як відсутність виявлення лікарем в анамнезі у хворого маніакальних фаз, що своєчасно вдається встановити не завжди.

Цілком логічним є попереднє диференціювання ШАР із органічними та ендогенними афективними (уніполярними та біполярними) розладами, а також — з розладами шизофренічного кола, та екзогенними психотичними розладами. Але аналіз перебігу попереднього диференціально-діагностичного процесу дає можливість побачити також диференціювання із непсихотичними формами психічної патології, зокрема — з розладами невротичного регістру. Можливо це були так звані «реабілітаційні» діагнози, намагання лікарів-психіатрів запобігти встановленню хворому стигматизуючого психотичного діагнозу. Серед розладів органічного генезу (19 %) найчастіше диференціальний діагноз проводився із органічними афективними розладами. В 3 % випадків диференціальний діагноз проводився із розладами рубрики невротичних, особистісних та поведінкових розладів. Зрозуміло, що розвиток психомоторного збудження, неадекватність вчинків із імпульсивністю при маніакальному та змішаному афектах вимагає на первинному огляді диференціювання із декомпенсацією психопатій збудливого кола, а шизоїдні риси — із шизоїдним розладом особистості.

У одному випадку розвитку гострого афективно-параноїдного синдрому був спровокований пологами, та проводилося диференціювання із психотичними розладами внаслідок пологів (F53). Але подальший перебіг психопатологічних проявів швидко набув рис шизоафективного психозу.



Діаграма 5. Розподіл хворих на ШАР за типами (на діаграмі про кожну частку вказано послідовно: шифр за МКХ-10, абсолютну кількість хворих та їх відсоток)

Видно, що, як і в загальному спектрі психіатричної патології, домінують депресивні стани.

Отже можна зробити такі висновки:

Неоднотайність уявлень різних психіатричних шкіл щодо діагностичних критеріїв шизоафективного розладу призводить до неузгодженості досліджень цієї важливої теоретичної і практичної проблеми, утруднює процес кваліфікації стану хворого у практиці охорони психічного здоров'я. Зокрема різними є погляди на характер перебігу — чи він обов'язково рекурентний, періодичний при шизоафективному розладі, із інтермісіями високої якості та відсутністю резидуальної симптоматики, чи прийнятним є хвилеподібний характер перебігу із персистуванням резидуальної симптоматики впродовж періодів часткового покращання.

Дослідження спектра диференціальних діагнозів при встановленні діагнозу шизоафективного розладу виявило, що, особливо на початку хвороби у ході діагностичного процесу привертають увагу лише окремі прояви патологічного процесу (періодичність перебігу, домінування афективної чи психотичної симптоматики, порушення поведінки і таке інше. Навіть психотичний стан хворого також знаходить відображення у діагнозі не завжди, і хворому встановлюються діагнози невротичного регістру.

Поява в клінічній картині шизоафективного розладу атипичності, негармонійності, поліморфності хворобливих проявів значною мірою утруднює синдромальну та нозологічну кваліфікацію цього розладу, особливо у випадках депресивного та змішаного типів. Несвоєчасна або неправильна діагностика ШАР призводить до його неадекватної терапії, негативно відбивається на перебігу і прогнозі.

Перелік посилань

1. Möller H.-J. Dichotomy versus spectrum concepts in approaching psychotic disorders: Are we ready to make the final decision? / H.-J. Möller // The First Interdisciplinary Congress "Psychiatry and Related Sciences" Nov 29 — Dec 2, 2012, Athens, Greece. — Book of abstracts. — P. 6.
2. Kraepelin, E. 1913. *Psychiatrie* 8th ed., vol.III. Leipzig, Barth. Translated in part by Barclay R.M. *Dementia praecox and paraphrenia*. — Huntington, NY: Robert E. Krieger, 1971.
3. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses / J. Kasanin // *Am J. Psychiatry*, 1933. — Vol. 90. — P. 97—126.
4. Международная классификация психических и поведенческих расстройств: (МКБ-10): Карманное руководство с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями: пер. с англ. — К.: Сфера. — 2000. — 410 с.
5. Conrad K. Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns / K. Conrad — Stuttgart: G. Thieme, 1958. — 165 S.
6. Тиганов А.С. Психопатология и клиника маниакальных состояний при шизофрении: дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук / А.С. Тиганов. — М., 1969.
7. Тиганов А.С. О некоторых особенностях маниакальных состояний при шизофрении, протекающих в виде шубов / А.С. Тиганов // *Журнал невропатологии и психиатрии*. — 1969. — Вып. 2. — С. 249—252.
8. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы (психопатология, систематика) / Т.Ф. Пападопулос. — М.: Медицина, 1975. — 192 с.
9. Случевский Ф.И. Об атипичных формах маниакально-депрессивного психоза: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Ф.И. Случевский. — Л., 1958.

10. Angst J. Course of a clinical cohort of unipolar, bipolar and schizoaffective patients. Results of a prospective study from 1959 to 1985 / J. Angst, M. Preisig // *Schweiz. Arch. Neurol. Psychiatr.* — 1995. — Vol. 146, № 1. — P. 5—16.

11. Das neuer Handbuch der Bipolaren und Depressive Erkrankungen / A. Marneros, H.S. Akiskal, J. Angst, B. Brimmarher, [et al.] // Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag, 2004. — 781 p.

12. Маляров С. А. От МКБ-10 к МКБ-11: первые шаги [Электронный ресурс] / С. А. Маляров. — Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/article/341.html>

13. Руководство по психиатрии / за ред. О.В. Снежневского. У 2-х томах. — М., 1983.

14. Gaebel W. Schizophrenia and other primary psychotic disorders: From ICD-10 to ICD-11 / W. Gaebel // *The First Interdisciplinary Congress "Psychiatry and Related Sciences" Nov 29 — Dec 2, 2012, Athens, Greece: Book of abstracts*. — P. 6.

15. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы / Ю.Л. Нуллер, И.Н. Михаленко. — Л.: Медицина, 1988. — 264 с.

16. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра / В.Н. Краснов. — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.

Надійшла до редакції 08.04.2013 р.

С.О. Сазонов, Н.А. Байбарак, О.С. Серікова, А.Г. Назарчук
 ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (г. Харків)

Отечественные особенности дифференциальной диагностики шизоаффективного расстройства (первое сообщение)

Рассмотрен процесс дифференциальной диагностики шизоаффективного расстройства (ШАР) в современной клинической практике. Обследовано 69 пациентов с ШАР. Выявлено, что в среднем до окончательной диагностики ШАР пациенту устанавливалось 2,48 дифференциальных диагноза, больше при депрессивном типе (чаще 3), и меньше — при маниакальном и смешанном (в основном 2 дифференциальных диагноза). Установлено, что нечеткость критериев разных психиатрических школ затрудняет своевременную верную идентификацию и правильное лечение ШАР. Маниакальный полюс аффекта способствует более быстрой верной квалификации состояния, в отличие от депрессивного полюса, атипичного при ШАР. Также психиатрами по разным обстоятельствам не всегда идентифицировался психотический уровень расстройства.

Ключевые слова: шизоаффективное расстройство, диагностика, дифференциальная диагностика.

S. O. Sazonov, N. A. Baybarak, O. S. Serikova, A. G. Nazarchuk
 State institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
 of the NAMS of Ukraine" (Kharkiv)

National features of differential diagnostics of schizoaffective disorder

The process of differential diagnostics of schizoaffective disorder (SAD) in clinical practice was studied. The actual diagnostic approaches existing in the World were used. There were investigated 69 patients. Were revealed that for the patient were set 2.48 differential diagnoses on the average, more for depressive type (usually 3), and less for manic or mixed type (mostly 2 differential diagnoses). Found that the unclearness of the different schools' criteria complicates timely identification and proper treatment. The manic affect facilitates the correct qualification of condition in opposite to the depression affect having at SAD atypical character. Also, for various reasons the cases of SAD are not always identified as psychosis.

Key words: schizoaffective disorder, diagnostics, differential diagnostics.