УДК 616.895.8 - 616.891

[1]Распопова Н.И., [2]Джамантаева М.Ш., [3]Бастасова У.А. [2]Сулейменова А.А., [2]Бойко В.С., [2]Логачева Н.Н.,
[1] АО «Национальный медицинский университет» Алматы, Казахстан
[2] РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК Алматы, Казахстан
[3] КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» УЗ г. Алматы

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ПСЕВДОНЕВРОТИЧЕСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ И НЕВРОЗОВ

В статье представлены результаты клинического анализа 30 пациентов, находившихся на стационарном лечении в Республиканском научно-практическом центре психического здоровья с диагнозом: «Шизотипическое расстройство F21.3». В процессе исследования было установлено, что при истинных неврозах основой для формирования обсессивно-компульсивных, ипохондрических и астенических расстройств являются аффективные тревожно-депрессивные расстройства, а при псевдоневротической шизофрении данные расстройства являются следствием характерных для шизофрении нарушения ассоциативного процесса мышления.
Ключевые слова: *шизотипическое расстройство, псевдоневротическая шизофрения, невроз, обсессивно-компульсивное расстройство, ипохондрия, неврастения.*

Понятие о «благоприятно, мягко протекающей шизофрении» [1] связано с термином «латентная» шизофрения, который впервыев 1908 году был использован M. Jahrmaerker [2]. Под термином «латентная» dementiaprraecox он подразумевал такие незначительные изменения «в направлении слабоумия», которые при обычном, не тщательном обследовании не обнаруживаются. В последующем концепция «латентной шизофрении» освящалась в работах E. Bleuler [3, 4], который первоначально рассматривал «латентную шизофрению» как ранний этап манифестного психоза, но в последующем сложилось мнение, что «мягкая» шизофрения – это «самостоятельный шизофренический процесс», выступающий под видом различных неврозов с разнообразной «микросимптоматикой» [5-7]. В настоящее время в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10) данная форма шизофрении выделена в самостоятельную рубрику «Шизотипическое расстройство F21», а псевдоневротическая или неврозоподобная шизофрения является одним из его клинических вариантов.
Как в работах, посвященных вялотекущей неврозоподобной шизофрении, так и в исследованиях, касающихся клиники и динамики тревожно-депрессивных невротических расстройств [8-13], часто указывается на сложности в дифференциальной диагностике этих различных по этиологии, но во многом схожих по клиническим проявлениям психопатологических состояний, что определяет актуальность настоящей работы.
Целью исследования является уточнение клинических критериев псевдоневротической шизофрении и неврозов, позволяющих проведение их дифференциальной диагностики.
Материал и методы исследования: С использованием основного клинико-психопатологического метода исследования было обследовано 30 пациентов психиатрического стационара РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК с диагнозом по МКБ-10 «Шизотипическое расстройство в форме псевдоневротической шизофрении F21.3». Для проведения целенаправленного клинического анализа все обследованные пациенты с шизотипическим расстройством по ведущему психопатологическому синдрому были разделены на 3 группы:
1-я группа – пациенты с преобладанием в клинической картине псевдоневротической шизофрении обсессивно-компульсивных расстройств;
2-я группа – пациенты с преобладанием в клинической картине псевдоневротической шизофрении ипохондрических расстройств;
3- я группа – пациенты с преобладанием в клинической картине псевдоневротической шизофрении астенических расстройств.
1. Пациенты с преобладанием в клинической картине псевдоневротической шизофрении обсессивно-компульсивных расстройств составили группу из 11 человек. Это были преимущественно лица мужского пола: (8 – мужчины и 3 – женщины), молодого возраста от 19 до 30 лет.
Обращает на себя внимание достаточно часто выявляющаяся в анамнезе этих больных отягощенная наследственность психическими расстройствами и суицидами у близких родственников. Лишь у 5 из них в анамнезе не имелось прямых указаний на наличие психических расстройств у родственников, но отмечались некоторые особенности характера родителей, такие как повышенная тревожность и мнительность, эмоциональная холодность и жестокое обращение с детьми.
В преморбиде заболевания у пациентов не наблюдалось задержек в психическом развитии, в отдельных случаях даже отмечалось опережение сверстников в интеллектуальных способностях. Все пациенты достаточно успешно обучались в общеобразовательной школе, многие в дальнейшем продолжили обучение в высших учебных заведениях. В то же время практически у всех пациентов в этой группе с детских лет описываются особенности отдельных черт формирующегося характера: тревожно-мнительные, сензитивные, эгоцентричные, рано начавшие проявляться шизоидные черты характера в форме нарастающей замкнутости, отгороженности, эмоциональной холодности. В отдельных случаях прослеживалась утрата способности испытывать положительные эмоции (ангедония), потеря интереса к учебе, элементы метафизической интоксикации с оторванными от реальности однонаправленными интересами: увлечение религиозными учениями, нумерологией и т.п.
Как правило, развернутая клиническая картина обсессивно-компульсивных расстройств начинала проявляться у пациентов после 20 лет с разнообразных навязчивых страхов. В ряде случаев их можно было квалифицировать как часто встречающиеся в клинике неврозов фобии страх загрязнения (мизофобия), страх заражения инфекционным

заболеванием (бациллофобия), страх заболеть онкологическим заболеванием (канцерофобия). В отличие от истинных неврозов, у обследованных пациентов с псевдоневротическими расстройствами обсессииотличались рядом особенностей. Они возникали без провоцирующих психотравмирующих моментов. В некоторых случаях пациенты и их родственники все же указывали на некоторые, якобы, провоцировавшие психические расстройства психотравмирующие обстоятельства (смерть одного из близких родственников, конфликтные взаимоотношения в семье и т.п.). Но эти «психотравмы» при псевдоневрозах не имели у пациентов личностно значимого эмоционального отклика и не отражались в клинике обсессивно-компульсивных расстройств, что исключало их психогенный характер.

Анализ проведенных клинических наблюдений свидетельствует, что в основе возникновения и развития обсессивно-компульсивных расстройств в клинике псевдоневротической шизофрении лежат характерные для эндогенного процессуального заболевания расстройства мышления. Расстройства мышления выявлялись в данной группе пациентов как при клинико-психопатологическом, так и при экспериментально-психологическом исследовании: склонность к рассуждательству; неравномерность мыслительной деятельности; использование маловероятных, случайных признаков; резонерство; соскальзывания; паралогичность, непоследовательность, амбивалентность суждений. Жалобы на нарушения мышления предъявляли и сами пациенты: «в голове каша», «неуправляемый поток мыслей» «невозможность сосредоточиться», «мысли наплывают» с ощущением психической деперсонализации: «был одним, стал другим».

Ведущая роль характерных для шизофрении нарушений мышления в развитии обсессивно-компульсивных расстройств у больных псевдоневротической шизофренией подтверждается их вычурностью, причудливостью и своеобразием пояснений, которые пациенты дают по поводу своих обсессий.

Так, у одного из пациентов с подросткового возраста появились навязчивые «рассуждения о Всевышнем». Попробовал наступить ногой на Коран, чтобы проверить правду ли сказал отец о каре за такие действия. В последующем появились разнообразные навязчивые действия: постукивания по стене, окнам, по экрану монитора, голове, прикусывание языка, нажатие на глазные яблоки, рассматривание своего горла в зеркале. При этом пациент объясняет мотивацию своих навязчивых действий паралогично: «Есть желание проверить грань возможностей, найти и почувствовать соприкосновение с каким-то предметом».

Другой пациент постоянно испытывал навязчивые страхи о том, что что-то может случиться с родителями. Для предотвращения этого стал совершать определенные действия в виде почесывания кожи определенных участков тела в определенной последовательности, определенной кратности. Эти навязчивые действия сопровождались идеаторными ритуалами – повторение пришедших в голову мыслей и мысленное комментирование своих ритуальных действий.

Некоторые пациенты, отмечая навязчивые «хульные мысли», указывали на то, что при этом слышат внутри головы «свой внутренний голос, который нецензурно бранится». Другие больные говорили о ничем не мотивированном, «автоматическом» появлении в голове навязчивых мыслей и желаний, например, желания «писать плохие слова», а также в связи с патологическим символизмом, придавали особое значение отдельным цифрам. Одна из пациенток, когда ей исполнилось 20 лет, стала придавать особое значение цифре 20. Она решила, «чтобы избавиться от прошлого и начать сначала, надо вычистить квартиру, все переставить, перемыть все по 20 раз», после этого все свои действия стала навязчиво выполнять по 20 раз.

Характерной особенностью истинных навязчивостей (обсессий) согласно классическим представлениям об этом расстройстве мышления в клинике неврозов, является сохранность критического отношения пациента к этим расстройствам и стремление к их преодолению. При псевдоневротических расстройствах у обследованных пациентов критическое отношение к имеющимся у них обсессивно-компульсивным расстройствам было чаще формальное или полностью отсутствовало. Если на начальных этапах заболевания обследованные пациенты еще обнаруживали признаки борьбы со своими навязчивостями, то в дальнейшем прослеживалась дезактуализация борьбы с обсессиями. Пациенты уже не стремились избавиться от навязчивых мыслей и страхов, а скорее старались приспособиться к ним путем вычурных ритуалов или изменения образа жизни.

Отличительной особенностью истинных невротических состояний, как психогенных расстройств, является преобладание в их клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, а для псевдоневротических пациентов - характерна «первичная безаффективность» этих расстройств вследствие общего эмоционального оскудения, «уплощенности аффекта» в рамках первичных негативных расстройств. У обследованных пациентов данной группы первичные негативные расстройства, с учетом малой прогредиентности процесса («мягкой» формы шизофрении), были неярко выражены и представлены не в полном объеме, но эмоциональная уплощенность, элементы ангедонии, асоциальность, встречались наиболее часто. Это отражалось в описании психического состояния пациентов с псевдоневротическими обсессивно-компульсивными расстройствами: «эмоционально тускл, маловыразителен», «эмоционально монотонна», «эмоционально однообразен», «асинтонен». Иногда сами пациенты отмечали свою нарастающую замкнутость, образно описывали изменение своей эмоциональности: «сердце закрылось, не испытывает никаких чувств», «чувство кола на душе» и.т.п.

Таким образом, проведенный клинический анализ позволяет сделать вывод о том, что в основе возникновения и развития обсессивно-компульсивных расстройств в клинике псевдоневротической шизофрении лежат характерные для эндогенного процессуального заболевания расстройства мышления, что определяет своеобразную вычурность и причудливость как самих обсессивно-компульсивных расстройств, так и их мотивацию у пациентов с псевдоневротической шизофренией.

В МКБ-10 в разделе «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства», отдельно выделяется «Ипохондрическое расстройство F45.2», основным признаком которого является озабоченность больного в возможности наличия у него одного или более соматического заболевания или фиксация на соматическом уродстве. Многие современные ученые придерживаются мнения о том, что ипохондрические расстройства являются «масками» тревожно-депрессивных расстройств [10, 14-17], а шизофрения, с доминирующими нарушениями телесной сферы рассматривается как псевдоневротическая ипохондрическая шизофрения [9, 18, 19]. Это вызывает необходимость

уточнения её клинических критериев для проведения дифференциальной диагностики с невротическим ипохондрическим расстройством.

2. Пациенты с преобладанием в клинической картине псевдоневротической шизофрении ипохондрических расстройств в настоящем исследовании составили группу из 7 человек. Это также были преимущественно лица мужского пола: (5 – мужчин и 2 – женщины), но более зрелого возраста от 30 до 45 лет.

В 2-х случаях больные отметили суициды у близких родственников, но сведений о наличии каких-либо психических расстройств у их родственников получить не удалось. В преморбиде пациентов чаще отмечались такие черты характера как мнительность, стеснительность, ранимость, отгороженность, многие отмечали, что им было трудно адаптироваться к новым условиям, часто возникали навязчивые сомнения в собственной физической и психической полноценности, несистематизированные, отрывочные идеи отношения, реальные психотравмирующие события легко провоцировали кратковременные депрессивные состояния.

Отчетливая клиническая картина ипохондрических расстройств чаще формировалась у этих пациентов в более поздние сроки – после 30 лет. Незначительные изменения в своем самочувствии пациенты начинали расценивать как проявления какой-то скрытой болезни. При этом одни начинали выискивать причины «разлада в организме» путем многократных обращений к различным специалистам и многочисленных безрезультатных обследований, а другие, считая, что «за организм нужно бороться», начинали устанавливать определенный распорядок жизни, диету и т.п.

В некоторых случаях пусковым механизмом являлся эпизод реального соматического неблагополучия, но в дальнейшем психическое расстройство все больше приобретало характер эндогенного процесса. Так, один из пациентов стал испытывать боли в ноге, при этом первоначально у него появились мысли о том, что он «простудил нерв». По этому поводу он обратился в неврологическое отделение, где на попытку оказать ему врачебную помощь отреагировал неадекватно: отказался от инъекции, заявив, что «опасается стать наркоманом». В дальнейшем озабоченность соматическим здоровьем трансформировалась в постоянные мысли и уверенность в том, что он «тяжело болен». Стал испытывать «боли во всем теле», говорил о том, что ему «не хватает воздуха» при этом, продолжал отказываться от медицинской помощи, не пытался бороться с «болезнью», а старался приспособиться к ней: чувствовал облегчение «когда начинал свистеть».

У другой пациентки после анафилактического шока стали возникать приступы нехватки воздуха по типу соматоформной вегетативной дисфункции дыхательной системы. Пытаясь облегчить свое состояние, она разработала защитные механизмы: в период приступа удушья мыла многократно руки, либо непрерывно смотрела в одну точку. В последующем состояние стало прогрессивно ухудшаться с присоединением вычурных сенестопатий: «как иголки в голове, протыкают голову изнутри», «голова как облако», которые уже утратили связь с перенесенным в прошлом анафилактическим шоком. Ипохондрические переживания стали приобретать нигилистический оттенок: «как-будто нет пищевода», «не чувствую глотки, как-будто её нет», стала прибегать к ограничениям, перестала есть твердую пищу.

При невротическом ипохондрическом расстройстве также могут наблюдаться сенестопатии, которые непосредственно связаны с соматизацией тревоги и депрессии путем активизации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Поэтому эти сенестопатии, имитируя реальные соматические расстройства, проявляются соматическими симптомами, которые часто встречаются в клинике внутренних болезней: колющие боли в области сердца, спазмы в кишечнике, учащенное мочеиспускание и т.п. В отличие от этого у пациентов с псевдоневротическим ипохондрическим расстройством сенестопатии носят крайне необычный, вычурный характер, с их паралогичной интерпретацией. Так, некоторые обследованные пациенты заявляли о своих необычных ощущениях: «ощущение жидкости в голове и в носу, которая двигается, сжимается, вызывает судороги в мозгу», при этом пациент боится, что эта жидкость «вырвется наружу».

Таким образом, при псевдоневротической ипохондрической шизофрении ведущими синдромообразующими расстройствами являлись характерные для шизофрении нарушения мышления. У пациентов данной группы они проявлялись в форме склонности к рассуждательству, искажения уровня обобщения, нарушения стройности и последовательности ассоциаций с соскальзыванием и витиеватостью суждений.

3. Пациенты с преобладанием в клинике псевдоневротической шизофрении астенических расстройств составили группу из 12 человек – 9 мужчин, женщин было в 3 раза меньше – 3. Все обследованные пациенты были молодого возраста от 18 до 27 лет, что соответствует имеющимся литературным данным [20].В эту группу были объединены пациенты со стойкими астеническими проявлениями, сочетающимися с нарастающей аутизацией, эмоциональным уплощением, признаками редукции энергетического потенциала и выраженной социально-трудовой дезадаптацией.

В клинической картине неврозов астенический синдром представлен в форме «Неврастении», которой в МКБ -10 соответствует рубрика F48.0. К основным критериям данного синдрома относятся повышенная возбудимость и быстрое истощение психическое деятельности («нервная слабость»). Отличительной чертой синдрома является озабоченность пациента по поводу снижения умственной и физической работоспособности, что сопровождается раздражительностью и ангедонией.

Клинически схожие с неврастенией состояния ещё в начале прошлого века описывал в своих работах E. Bleuler [3], указывавший на то, что «значительное число легких случаев шизофрении наблюдается среди неврастеников». Одной из характерных черт латентной шизофрении E. Bleuler считал «патологически преувеличенную» раздражительность, которая наблюдается и у больных неврастенией. Он отмечал, что «в связи с «патологической раздражительностью и чувствительностью» больные шизофренией ограничивают контакт с окружающим миром; из-за какой-нибудь мелочи они могут обидеться, в то же время не отреагировать эмоционально адекватно на эмоционально значимые внешние стимулы».

Анализ клинических наблюдений с псевоневротической шизофренией с преобладанием астенических расстройств показал, что у 3 из 12 обследованных пациентов в анамнезе имелись указания на психопатологически отягощенную наследственность: тетя по линии матери страдает психическим заболеванием, двоюродный брат совершил суицид; тетя по отцовской линии страдает психическим заболеванием, в связи с чем, является инвалидом; дед по линии матери покончил жизнь самоубийством, у матери была суицидальная попытка.

Преморбидные особенности личности пациентов данной группы диаметрально противоположны: некоторые пациенты в преморбиде заболевания характеризуются как активные, общительные, веселые, озорные, другие, напротив: как спокойные, малообщительные, склонные к уединению, или «отгороженные, упрямые». Но для всех представителей этой группы были характерными довольно резкие изменения характерологических особенностей в подростковом возрасте часто на кардинально противоположные: гиперактивные, общительные становились замкнутыми, отгороженными, а тихие, спокойные – раздражительными, конфликтными, беспричинно агрессивными по отношению к близким. Иногда эти изменения в характере и поведении подростков какое-то время носили переменчивый волнообразный характер и наблюдались на фоне аутохтонно возникающих колебаний настроения субклинического уровня, что внешне проявлялось разноплановостью отношения с близкими. Так, родственники одного из пациентов, описывая его состояние в подростковом возрасте, указывали: «К родителям проявлял противоречивые чувства: то проявлял неприязненность, нетерпимость, то становился заботливым, любящим». Но постепенно в динамике развития заболевания у всех представителей данной группы стали формироваться клинические признаки состояний, схожих с астеническим синдромом: жалобы на повышенную утомляемость, общую слабость, невозможность сосредоточиться, выполнять умственную нагрузку, что сочеталось с повышенной раздражительностью и конфликтностью с близкими родственниками. Это приводило к тому, что, успешно начав обучение в колледжах и высших учебных заведениях, они быстро теряли интерес к учебе, пропускали занятия, не справлялись с учебными нагрузками. В подобных случаях родственники были вынуждены ходатайствовать об оформлении им академического отпуска, или же они исключались за неуспеваемость. В дальнейшем эти пациенты не стремились к трудоустройству или часто меняли место работы, в связи с их увольнением, как не справляющихся со служебными обязанностями.

Так, одна из пациенток, с детства характеризовалась родителями как активная, общительная, училась с отличием, на олимпиадах занимала призовые места. В период учебы в университете стала испытывать дискомфорт, общую слабость, повышенную утомляемость, не могла сосредоточиться, «мысли мешались, каша в голове», невозможность чем-либо заниматься. Появилась апатия, рассеянность, невозможность сконцентрировать внимание, говорила, что «мысли путаются, не дают закончить мысль», стало беспокоить чувство никчемности и неуверенности в своих силах. Снизилась интеллектуальная активность, инициативность, пропал интерес к учебе. Стала прослеживаться холодность в отношении матери, заявляла, что «мама не понимает её». Постепенно нарастала интровертированность, фиксированность на своем внутреннем мире. Время проводила за компьютерными играми, пропала заинтересованность в социальной жизни. Нет ни друзей, ни подруг: «с ними у меня нет ничего общего, мне с ними не интересно». Настроение однообразно, тусклое. 2-й год подряд оформляется академический отпуск в университете.

У другого пациента психические нарушения стали проявляться с подросткового возраста: стал предъявлять жалобы на повышенную утомляемость, общую слабость, стал апатичен, не было желания ни с кем общаться, хотя успеваемость в школе оставалась хорошей. Успешно поступил в институт, но вскоре был отчислен за неуспеваемость. В беседе с врачом сообщил, что чувствует «отсутствие исходной энергии», в «голове пелена», «параллельные мысли», «тусклый свет, виден не глазами, а где-то в голове». При этом предъявлял жалобы на общий дискомфорт и некоторые неприятные телесные ощущения: «похолодание конечностей», «ватность ног». Заявлял, что испытывает «упадок сил», здоровым себя не чувствует.

Аналогичные нарушения мышления, характерные для эндогенного процесса, отмечали и другие пациенты с псевдоневротическими расстройствами астенического круга: «наплывы мыслей сменяются пустотой в голове», «рассеянность мышления», «не хватает сил и концентрации», «ощущение слабости, уязвимости нервной деятельности с крайней сложностью преодоления этого состояния».

Приведенные выше клинические примеры еще раз подтверждают высказывание E. Bleuler о том, что «заявляемое больными шизофренией «неврастеническое истощение» является более субъективным, чем объективным: больным шизофренией трудно мыслить, и они приписывают это «истощению» [3].

Таким образом, проведенный клинический анализ пациентов с шизотипическим псевдоневротическим расстройством позволил выделить некоторые основные клинические признаки, позволяющие дифференцировать эти состояния с невротическими расстройствами со сходными по клинической картине психопатологическими проявлениями.

1) В отличие от истинных неврозов, развитие которых этиопатогенетически непосредственно связано с перенесенной или длительно сохраняющейся психотравмирующей ситуацией, у обследованных пациентов с шизотипическим расстройством псевдоневротические нарушения возникали без провоцирующих психотравмирующих моментов.

2) В основе возникновения и развития псевдоневротических симптомов в клинике шизотипического расстройства лежат характерные для эндогенного процессуального заболевания расстройства мышления: склонность к рассуждательству; неравномерность мыслительной деятельности; использование маловероятных, случайных признаков; соскальзывания; паралогичность, непоследовательность, амбивалентность суждений. Это определяет своеобразную вычурность и причудливость как обсессивно-компульсивных, так и сенесто-ипохондрический расстройств в клинике псевдоневротической шизофрении.

3) Характерной особенностью истинных навязчивостей (обсессий) согласно классическим представлениям об этом расстройстве мышления в клинике неврозов, является сохранность критического отношения пациента к этим расстройствам и стремление к их преодолению. При псевдоневротических расстройствах критическое отношение пациентов к имеющимся у них обсессивно-компульсивным расстройствам чаще формальное или полностью отсутствует. Поэтому эти пациенты не стремятся преодолеть свои навязчивости, а скорее стараются приспособиться к ним.

4) Отличительной особенностью истинных невротических состояний, как психогенных расстройств, является преобладание в их клинической картине тревожно-депрессивной симптоматики, а для псевдоневротических пациентов - характерна «первичная безаффективность» этих расстройств вследствие общего эмоционального оскудения, «уплощенности аффекта» в рамках первичных негативных расстройств.

Основными же дифференциально-диагностическими критериями шизофрении в любых ее формах, позволяющими выделить это заболевание среди других психических расстройств, до настоящего времени остаются актуальными критерии E. Bleuler[3]: «Уверенно диагноз шизофрении можно поставить, когда доказывается или ***шизофреническое расстройство аффекта, или аномалия ассоциаций –*** это не относительные, а абсолютные критерии заболевания».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1 Снежневский А.В. Шизофрения. Цикл лекций. – М.: 2010. – С.73 - 85.

2 Jahrmaerker M. Endzustaende der Dementia praecox. AllgemeineZeitschriftfuerPsychiatrie und Psychisch-GerichtlicheMedizin (Herasgeb. von DeutschlandsIrrenaerzien). Fuenfundsechzigster Band. Berlin: Druck und Variag von Georg Reimer; 1908; 429-436.

3 Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1916; 518

4 *Bleuler E*. *Lehrbuch* der *Psychiatrie*. *Dritte Auflage*. *Berlin*. *Verlag* von *Julius Springer*. *1920*:539.

5 *Розенштейн Л.М*. *Проблема мягких форм шизофрении*. //Pohlisch R. Ztschr. Psychiatr. – *1933*. - №99. – P.193-202.

6 Снежневский А.В. NososandPathosSchizophreniae. В кн.: Мультидисциплинарное исследование. - М: Медицина, 1972. – 402 с.

7 *Беккер Р. А*., *Быков Ю. В*., *Морозов П. В*. Б42 *Выдающиеся психиатры XX века*. *– М*.: *ИД* «*Городец*», *2019*. –256 с.

8 Пятницкий Н.Ю. Латентная и простая форма шизофрении в концепции E.Bleuler.//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2017. - №12. – С.57-66.

9 Пятницкий Н.Ю. «Первичные», «основные» и «вторичные» симптомы шизофрении в концепции Е. Блёйера. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 2017; 117(8): 88-97.

10 Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. //J Neurol Neurosurg Psychiatry. - 1986 Feb; 49(2): 227.

11 Ktwis SF, Escalona R, Kcith SJ. Phenomenology of Schizophrenia. In: Sadock BJ, Sadok VA, Raiz P. Kaplan &Sadock,s Comprehensive Textbook of Psychiatry, - 2017.

12 Marder S.R. Garderisi S. The current conceptualization of negative symptoms in schizophrenia. World Psychiatry 2017, 16:14-24

13 Harvey PD, Kleefe RS, Eesley CE. Neurocognition in Schizophrenia. In: Sadock BJ, Sadok VA, Raiz P. Kaplan &Sadock,s Comprehensive Textbook of Psychiatry, - 2017.

14 Воронова Е.И., Дубницкая Э.Б. Реактивные (психогенные) депрессии.//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. - № 2. – С. 75-85.

15 Марачев, М.П. Трудности терапии депрессии в условиях коморбидности (по материалам 24-го конгресса ЕРА, март 2016) // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2016. - № 2. - С. 62-66.

16 Тураев Б.Т., Очилов У.У.,Кубаев Р.М. Распределение тревоги и депрессии при аффективных расстройствах соматизированной депрессии //MEDICUS, "Издательство "Научное обозрение" (Волгоград). 2020.№3(33): С. 58-60.

17 Александровский Ю.А. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства // Психиатрия: национальное руководство. –М., 2009. – С.525-555.

18 Mier D, Kirsch P. Social-Cognitive Deficits in Schizophrenia. CurrTopBehavNeurosci. 2017; 30: 397-409.

19 Пятницкий Н.Ю. Шизофреническая деменция: концепция E.Bleuler. Психическое здоровье, 2017:6.

20 Горчакова Л.Н. Вялотекущая шизофрения с преобладанием астенических расстройств // ЖурналНевропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова – М., 1988 №5. – С.76-82.

Авторы:

Распопова Н.И. – д.м.н., кафедра психиатрии и наркологии АО «Национальный медицинский университет» г.Алматы

Джамантаева М.Ш. – к.м.н., доцент, РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК Алматы, Казахстан

Бастасова У.А. – заведующая отделением скорой неотложной специализированной психиатрической помощи КГП на ПХВ «Центр психического здоровья» УЗ г. Алматы

Сулейменова А.А. –аведующая психосоматическим отделением РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК Алматы, Казахстан

Бойко В.С. –врач психосоматического отделения РГКП на ПХВ «Республиканский научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК Алматы, Казахстан

Логачева Н.Н. – старший врач РГКП на ПХВ «Республиканский Научно-практический центр психического здоровья» МЗ РК Алматы, Казахстан

Распопова Н. И., Джамантаева М.Ш., Бастасова Y. А., Сулейменова А. А.,Бойко В. С., Логачева Н. Н.

ПСЕВДОНЕВРОТИКАЛЫҚ ШИЗОФРЕНИЯ МЕН НЕВРОЗДЫҢ ДИФФЕРЕНЦИАЛДЫ ДИАГНОЗЫ ТУРАЛЫ

Түйін: *Мақалада "Шизотиптік бұзылу F21.3" диагнозымен Республикалық психикалық денсаулық ғылыми-практикалық орталығында стационарлық емделуде болған 30 пациенттің клиникалық талдауының нәтижелері берілген. Зерттеу барысында шынайы невроздармен обсессивті-компульсивті, ипохондриялық және астеникалық бұзылулардың пайда болуының негізі аффективті мазасыздық-депрессиялық бұзылулар екендігі анықталды, ал псевдоневротикалық шизофренияда бұл бұзылулар шизофренияға тән ассоциативті ойлау процесінің бұзылуының салдары болып табылады.*

Түйінді сөздер: *шизотиптік бұзылыс, псевдоневротикалық шизофрения, невроз, обсессивті-компульсивті бұзылыс, ипохондрия, неврастения.*

Raspopova N. I., jamantaeva M. Sh., Bastasova U. A., Suleimenova A. A., Boiko V. S., logacheva N. N.

ON THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF PSEUDONEUROTIC SCHIZOPHRENIA AND NEUROSES

Resume: *The article presents the results of a clinical analysis of 30 patients who were on inpatient treatment in the Republican Scientific and Practical Center of Mental Health with the diagnosis: "Schizotypal disorder F21.3". In the course of the study, it was found that in true neuroses, affective anxiety-depressive disorders are the basis for the formation of obsessive-compulsive, hypochondriac and asthenic disorders, while in pseudoneurotic schizophrenia, these disorders are the result of disorders of the associative thinking process characteristic of schizophrenia.Key words: schizotypal disorder, pseudoneurotic schizophrenia, neurosis, obsessive-compulsive disorder, hypochondria, neurasthenia.*

Keywords: *schizotypal disorder, pseudoneurotic schizophrenia, neurosis, obsessive-compulsive disorder, hypochondria, neurasthenia.*