

13. Отношение к болезни и механизмы психологической защиты у женщин с предменструальным синдромом / Л. И. Вассерман и др. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2009. – № 3. – С. 3900-3950.

14. Лекарева, Т. М. Роль половых стероидных гормонов и пролактина в патогенезе предменструального синдрома : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2007. – 19 с.

15. Полухова, Е. В. Коррекция аффективных расстройств у женщин с тяжелыми формами предменструального синдрома : автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Москва, 2001. – 26 с.

Сведения об авторах

Орлов Григорий Владимирович — канд. мед. наук., ассистент кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: vrah16@yandex.ru.

Вердиев Мурад Агаджанович — ст. препод. кафедры криминалистики, ФГКОУ ВО КЮИ МВД России, подполковник полиции. Адрес для переписки: mister.verdiev2013@yandex.ru.

Коновалова Вероника Николаевна — врач-ординатор кафедры психиатрии, ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России. Адрес для переписки: nikakonovalova31@gmail.com.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ РАСХОЖДЕНИЯ В ПСИХИАТРИИ ПРИ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЯХ

УДК:616-02: [616-009+616.89]

С.Н. Осколкова

*Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии
им. В.П. Сербского, г. Москва, Российская Федерация*

В статье проанализированы диагностические расхождения при катamnестически верифицированных диагнозах «шизофрения» и «расстройство личности» в условиях стационарной судебно-психиатрической экспертизы (СПЭ) и при диспансерном наблюдении (всего 105 человек мужского пола в возрасте от 18 до 56 лет). Во всех случаях отмечались психосоматические или соматические расстройства, занимавшие разное место в оформлении клинической картины. При повторном обследовании наряду с клиническим и динамическим экспериментально-психологическим обследованием применялись краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни и шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина. В случаях первичной гиподиагностики шизофрении отсутствовали однозначные признаки эндогенного процесса. Клиническая картина определялась нозологически нейтральными жалобами невротоподобного регистра при недостаточных экспериментально-психологических аргументах. При гипердиагностике шизофрении у лиц с расстройством личности определенное значение имел молодой возраст (до 23 лет), выявлявшиеся в анамнезе интоксикационные психозы с длительным отсутствием критики, отдельные нарушения мышления, эмоционально-волевой сферы, в том числе связанные с психосоматикой. Среди причин обоих вариантов неверного диагноза часто выявлялось самолечение с разным результатом, избирательное снижение критических способностей, диссимуляция, неполный анамнез при высоком уровне тревожности и совпадении субъективной и объективной оценки качества жизни, а в ряде случаев — психопатология, обусловленная опасением COVID-19.

Ключевые слова: диагностические расхождения, психосоматика, причины диагностических ошибок, шизофрения, расстройство личности.

DIAGNOSTIC DIFFERENCES IN PSYCHIATRY IN PSYCHOSOMATIC DISORDERS

S.N. Oskolkova

*National medical research Centre of psychiatry and Narcology, named V.P. Serbsky,
Moscow, Russian Federation*

The article analyzes the diagnostic discrepancies in the follow-up verified diagnoses of "schizophrenia" and "personality disorder" in a stationary forensic psychiatric examination and during dispensary observation (105 males, 18-56 years old). In all cases, psychosomatic or somatic disorders noted occupied various places in the design of the clinical picture. During the second examination, along with clinical and dynamic experimental psychological examination, a short WHO quality of life assessment questionnaire (WHOQoL) used as well as the Spielberger-Khanin Self Trait Anxiety Inventory.

In cases of primary under diagnosis of schizophrenia, there were no clear signs of an endogenous process. The clinical picture determined by nosologically neutral complaints of a neurosis-like register with insufficient experimental psychological arguments. In the overdiagnosis of schizophrenia in persons with personality disorder, young age (up to 23 years old) was of certain importance, as well as intoxication psychoses with a long absence of criticism, some disorders of thinking and emotional-volitional sphere, including those associated with psychosomatics, revealed in the anamnesis. Self-medication with various results, selective decrease in critical abilities, dissimulation, incomplete medical history with a high level of anxiety and the coincidence of subjective and objective assessments of the quality of life, as well as (in some cases) psychopathology due to fear of COVID-19 were often identified among the reasons for both variants of misdiagnosis.

Keywords: diagnostic differences, psychosomatics, misdiagnosis reasons, schizophrenia, personality disorders.

Необходимо помнить, что диагноз больного есть более или менее вероятная гипотеза, которую необходимо постоянно проверять.
С.П. Боткин

Введение

Несмотря на многочисленные исследования, направленные на уточнение диагностических критериев, диагностические расхождения в психиатрии — как в общей, так и в судебной, остаются актуальной проблемой.

В частности, согласно данным НМИЦН им. В.П. Сербского, на протяжении около 40 лет (1980—2019 гг.) одна четверть повторных судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ) расхождется с заключениями первичной экспертизы [1, 2, 3, 4]. Частые диагностические расхождения констатируют отечественные исследователи [5, 6, 7, 8]. Близкие показатели приводят и зарубежные психиатры (Heinz G., 1982; Small J.G., 1985; et al).

Нередко меняются диагнозы лиц, находящихся под диспансерным наблюдением. В последние десятилетия довольно частым явлением стало самолечение с использованием антидепрессантов, транквилизаторов при психосоматических нарушениях и различной базовой патологии [9, 10, 11], что искажает клиническую картину. И в судебной, и в общей психиатрии участились варианты диссимуляции психопатологии и ее объяснения соматическими проблемами [6, 12]. Отмеченные факторы тоже способствуют несвоевременной объективной диагностике, оптимальной терапии и ошибкам заключения СПЭ. Эпидемия COVID-19 оказалась сопряжена с различными факторами, влияющими на возникновение психических, психосоматических расстройств, а также на обострение уже имевшихся.

Цель исследования

Выявление и систематизация основных причин диагностических расхождений в общей и судебной психиатрии при выраженных психосоматических расстройствах.

Материал и методы исследования

При получении информированного согласия обследованы 68 человек в возрасте 18-56 лет, проходивших стационарную СПЭ, и 37 человек, находившихся под диспансерным наблюдением (основные верифицированные диагнозы «шизофрения» — 55 случаев, «расстройство личности» — 50 случаев). В обеих группах выявлялась коморбидная соматическая патология. Длительность катамнеза составляла не менее 11 месяцев.

Методами исследования были клинико-психопатологический, экспериментально-психологический методы (версия ММРП-сокращенный тест МИНИ — СМЛ 65 вопросов), краткий опросник ВОЗ для оценки качества жизни (что считается значимым при психопатологии [13]) и шкала самооценки уровня тревожности Спилбергера-Ханина. Статистическая обработка результатов проводилась согласно Т-критерию Стьюдента для малых групп.

Концепциями исследования был системный

подход к психопатологии, соматическим нарушениям и личностным реакциям, а также целесообразность анализа дифференциально-диагностических сложностей от частных к общим.

Результаты и обсуждение

У всех пациентов в период СПЭ или наблюдения в психоневрологическом диспансере (ПНД) выявлялись или подтверждались соматические расстройства в одном органе (моносистемные) или в нескольких (полисистемные) в разной степени выраженности. Наличие терапевтически резистентных функциональных нарушений в пищеварительной системе, кожных покровах, эндокринопатий, алгические проявления сопровождалось тревожно-депрессивным синдромом, создававшим часть нозологически нейтрального психиатрического фасада.

Первая группа представлена пациентами с начальной гиподиагностикой шизофрении. Она была условно разделена на 2 подгруппы. В анамнезе у пациентов отмечался острый психоз, обычно экзогенно спровоцированный стрессовой ситуацией, тяжелой соматической патологией, употреблением психоактивных веществ (ПАВ) без явлений аддикции. В дальнейшем, в том числе при привлечении к уголовной ответственности, состояние определялось сочетанием резидуальных нестойких идей отношения, нерезко выраженной депрессией с ипохондрическими переживаниями наряду с сенестопатиями, обеспокоенностью, снижением активности, сложностью общения. Некоторые пациенты были убеждены в скорой смерти независимо от выводов СПЭ относительно их вменяемости — «либо в лагере, либо в больнице». В обоих вариантах неизбежность смерти объяснялась убежденностью в неоптимальном лечении соматического заболевания, а разубеждениям в его наличии они не поддавались.

Во второй подгруппе шизофрения в основном имела умеренно-прогредиентное течение. В периоды обострения симптоматика на фоне астено-депрессивного аффекта оживлялась бредовыми ипохондрическими идеями в сочетании с транзиторным ментизмом, идеями ущерба, отношения и параноидной настроенностью. Проявлялись явления деперсонализации, вербализуемые как «превращение непонятно во что», в «мешок с костями», «жилье для паразитов» и др. Это объяснялось различными сенестопатиями — тактильными («ползанием насекомых по телу», «чувством жжения в мозгах», «переливанием крови под кожей» и др.). Во время ремиссий доминирующей была сомато-неврозоподобная симптоматика с явлениями раздражительной слабости, эмоциональной лабильности, обидчивости, неадекватной самооценки. У многих пациентов ремиссия оформлялась тревожной депрессией, жалобами на временное улучшение «неизвестного» или известного заболевания, которое никто не хочет лечить, убежденностью в последующей сложной жизни, даже при благоприятном развитии следственной ситуации. Сенестопатии утрачивали яркость и обсессив-

ный характер. При первичной нозологической квалификации состояния расценивались как расстройство личности, невроз, острая реакция на стресс и др. В 56,5 % случаев (в целом по обеим подгруппам) не было полного анамнеза (пациенты диссимулировали, психологизировали многие расстройства), в медицинской документации содержались данные о многочисленных обращениях к врачам не-психиатрам, указания о выявленной соматической патологии. Большинство пациентов ранее не обращались к психиатрам, хотя многим давались такие советы. Правонарушения охватывали широкий спектр: имущественные, против личности, сексуальные, сочетанные, преимущественно совершенные единолично.

Больным, обследованным в ПНД, диагноз шизофрении обычно устанавливался после периода наблюдения с иной квалификацией расстройств. Важно отметить, что при первичном обращении 48,9 % пациентов были в возрасте 18-23 лет, многие обратились по направлению военкомата. В анамнезе этой группы была соматическая патология, преимущественно моносимптомная, в частности расстройства пищевого поведения, а также школьная дезадаптация, обсессивно-компульсивные расстройства, депрессии невротицического уровня, дисморфомания, а также элементарные обманы восприятия, эпизоды ауто- и гетероагрессии (нанесение самопорезов), эмоциональная лабильность и неадекватность в различных сочетаниях. При клиническом интервью не сразу выявлялись бредовые идеи отношения, транзиторные идеи воздействия, ипохондрического содержания, бредовая мотивация самоповреждений. Анамнез формировался в динамическом наблюдении с первоначальной квалификацией психопатологии в рамках шизотипического расстройства; эмоционально-лабильного расстройства, социально-стрессового расстройства личности, ипохондрического развития, реактивного состояния. Следует отметить, что основная часть пациентов (27 человек) с изначальной гиподиагностикой шизофренией стала наблюдаться в диспансере на фоне пандемии Covid-19, что тоже не способствовало контакту: пациенты боялись заразиться от врачей и других пациентов, но опасениями заражения врачи объясняли часть симптоматики.

Постепенно и в группе пациентов, обследованных при СПЭ и наблюдавшихся в ПНД, удавалось уменьшить стремление к диссимуляции, выявить психологизацию специфических эндогенных расстройств (сложности концентрации внимания, ментизм, транзиторные истинные и/или псевдогаллюцинации, идеи воздействия), установить аутохтонность аффективных колебаний. В той и другой ситуации некоторые опасались усиления психических проблем при рассказе о них. Не все хотели сообщать истинную картину изменения стереотипа жизни: сужение круга общения с утратой друзей, переход от реального общения к виртуальному, уменьшение интересов, изменение диапазона возможных

эмоциональных реакций, периоды страха сойти с ума, определявшего решения, поведение. Существенное дифференциально-диагностическое значение имело экспериментально-психологическое исследование. Ретроспективно статистически чаще, согласно МИНИ-СМИЛ при первом обследовании (первой СПЭ) и первом посещении ПНД, чем при повторном, выявлялись позиции «недостаточно откровенные ответы», «сверхконтроль», «пессимистичность», «эмоциональная лабильность», «тревожность» ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще были отмечены специфические для шизофрении нарушения мышления (паралогичность, соскальзывания, нецеленаправленность), искажения ассоциативной сферы, эмоциональных реакций (выхолащенность, неадекватность), волевых механизмов ($p < 0,05$). Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 42 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (86,1 % пациентов, направленных на СПЭ и 75,7 % наблюдений ПНД); в 8 — от 133 до 180 — среднее качество (13,9 % пациентов, направленных на СПЭ) и в 5 случаях свыше 181 балла — хорошее качество (24,3 % наблюдений ПНД). Таким образом, плохим качеством жизни достоверно чаще, чем средним или хорошим, считали и пациенты, направленные на СПЭ, и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Оценка качества жизни как «хорошее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили установить, что снижение критических способностей часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни состояние психического состояния и ситуации нарушалось. Это также имело значение при дифференциальной диагностике, однако данный опросник применялся уже при повторном обследовании (повторной СПЭ).

В большинстве случаев при повторном обследовании (СПЭ) применялась и шкала самооценки уровня тревожности, хотя, согласно литературным данным, это считается информативным при анализе психосоматических расстройств при любой психической нозологии [14], несмотря на то, что тревожность является нозологически нейтральным признаком или свойственным пограничным психическим нарушениям. По результатам шкалы Спилбергер-Ханина, достоверных различий в самооценке уровня тревожности между группами с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ и в условиях ПНД не выявлено.

Вторую часть исследования представляли случаи первичной гипердиагностики шизофрении при верифицированных расстройствах личности (37 человек при первой СПЭ, 13 — в начале наблюдения в ПНД). В обеих группах в анамнезе отдельных пациентов были транзиторные психотические состояния интоксикационного генеза, но без явлений зависимости. Они включали шизофреноформную симптоматику — кратковременные истинные и псевдогаллю-

цинации, различные по фабуле бредовые идеи (отношения, преследования, заражения, воздействия и др.) на фоне аффекта страха, ауто- и гетероагрессии. У некоторых обследованных ретроспективно выявлялись нарушения сознания, длительно не формировалась полная критика к перенесенному состоянию. При начальном отсутствии комплаенса в отношениях с врачом пациенты психологизировали перенесенное состояние, неохотно сообщали запомнившиеся детали. Феноменологически разнородные проявления дисгармонии личности трактовались как психопатоподобный и неврозоподобный фасад эндогенного расстройства, хотя определялись реакцией личности на ощущение неполноценности из-за соматической патологии, в том числе в сексуальной сфере, недоверием к окружающим. Депрессии расценивались как элемент ремиссии с дефектом. Некоторые пациенты, сознавая неврологические и соматические проблемы, придавали им сверхценное значение, придерживались утрированно щадящего режима. Другие, напротив, считали, что недолго проживут, и следовали гедонистической позиции, вредя здоровью, совершая антисоциальные действия, обусловленные преморбидной асоциальностью. Некоторые пациенты имели длительный криминальный анамнез с различными правонарушениями, направлялись на СПЭ, у 41,5 % диагностировалась шизофрения или шизотипическое расстройство, они проходили принудительное лечение, что играло большую роль в диагностической концепции повторной СПЭ. Ретроспективно происходило уточнение анамнеза, выявлялся четкий соматизированный характер депрессии. Некоторые аггравировали трудности мышления, вялость, что могло имитировать дефектное состояние.

Ретроспективно статистически чаще, согласно МИНИ-СМИЛ при первом обследовании (первичной СПЭ) и первом посещении ПНД, чем при повторном, выявлялись позиции «закрытость», «сверхконтроль», «оппозиционность», «эмоциональная лабильность», «состояние стресса», «тревожность» ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще отмечены специфические для шизофрении нарушения мышления (паралогичность, соскальзывания, нецеленаправленность), искажения ассоциативной сферы, эмоциональных реакций (выхолощенность, неадекватность), волевых механизмов ($p < 0,05$). Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 42 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (86,1 % пациентов, направленных на СПЭ, и 75,7 % наблюдений ПНД); в 8 — от 133 до 180 — среднее качество (13,9 % пациентов, направленных на СПЭ) и в 5 случаях свыше 181 балла — хорошее качество (24,3 % наблюдений ПНД). Таким образом, плохим качеством жизни, чем средним или хорошим, достоверно чаще считали и пациенты, направленные на СПЭ и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили до-

полнительно оценить критические способности обследованных. Снижение критических способностей часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни состояния психического состояния и ситуации нарушалось. Это также имело значение при дифференциальной диагностике, но данный опросник применялся уже при повторном обследовании (повторной СПЭ, а не первом осмотре в ПНД).

Также согласно МИНИ-СМИЛ, при изначальной гипердиагностике шизофрении выявлялись позиции «установочные ответы», «сверхконтроль», «эмоциональная лабильность», «тревожность» наряду с ажитированной депрессией, негативным отношением к врачу ($p < 0,05$). При повторном обследовании достоверно чаще отсутствовали специфические для шизофрении нарушения мышления (хотя и могли отмечаться единичные соскальзывания, искажения ассоциативной сферы), эмоциональных реакций (неадекватность), волевых механизмов с импульсивными реакциями ($p < 0,05$). Выявлялись невысокая стрессоустойчивость, внушаемость. Применение краткого опросника ВОЗ для субъективной оценки качества жизни при ответе на все пункты (суммарный показатель) в 25 случаях составил до 133 баллов — плохое качество (60,1 % пациентов, направленных на СПЭ и 27,0 % наблюдений ПНД); в 2 — от 133 до 180 — среднее качество (5,5 % пациентов, направленных на СПЭ); хорошее качество отмечено не было. Таким образом, плохим качеством жизни, чем средним или хорошим, достоверно чаще считали и пациенты с расстройством личности, направленные на СПЭ, и наблюдавшиеся в ПНД ($p < 0,05$). Оценка качества жизни как «среднее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$). Такие данные в сопоставлении с объективными позволили дополнительно оценить критические способности обследованных. Снижение критических способностей, как и при шизофрении, часто было избирательным: при адекватной оценке качества жизни оценка психического состояния и ситуации нарушались. Как отмечалось выше, данный опросник применялся уже при повторной СПЭ, не первом осмотре в ПНД.

В большинстве случаев не при первом обследовании (СПЭ) применялась и шкала самооценки уровня тревожности, хотя, согласно литературным данным, она считается информативной при анализе психосоматических расстройств при любой психической нозологии [14], хотя тревожность и является нозологически нейтральным признаком или свойственным пограничным психическим нарушениям [15]. По результатам шкалы Спилбергера-Ханина, достоверных различий в самооценке уровня тревожности между группами с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ и в условиях ПНД не выявлено.

Оценка качества жизни как «хорошее» достоверно чаще имела место у молодых пациентов ПНД ($p < 0,05$) с гипо- и гипердиагностикой шизофрении.

В большинстве случаев не при первой СПЭ и не при первом осмотре в ПНД при гипердиагностике шизофрении применялась и шкала самооценки уровня тревожности. При верифицированном диагнозе расстройства личности ее данные имели особенно важное значение, причем самооценка уровня тревожности в группе с гиподиагностикой шизофрении при СПЭ достоверно не отличалась от показателя пациентов ПНД. В обеих группах (гипер- и гиподиагностики шизофрении, обследованных в период СПЭ, преобладала высокая личностная тревожность, обусловленная следственно-судебной ситуацией, а также убежденностью в плохом лечении соматической патологии как в психиатрической больнице, так и в местах лишения свободы. У пациентов ПНД при гипо- и гипердиагностике шизофрении феномен тревожности объяснялся возможным ухудшением соматического состояния, в том числе при заболевании COVID-19, и/или психики по неопределенным причинам, из-за неблагоприятной микросоциальной ситуации.

Представляется, что важную роль в дифференциально-диагностическом процессе во всех группах нередко играли данные о самолечении пациентов наряду с соматотропными препаратами-транквилизаторами, антидепрессантами, которые периодически помогали. Это в ряде случаев способствовало точке зрения, что психические расстройства не требовали коррекции нейролептиками, что, в свою очередь, противоречило диагнозу шизофрении или выраженному расстройству личности.

Литература

1. Боброва, И. Н. Анализ экспертных и диагностических расхождений по данным повторных судебно-психиатрических экспертиз / Боброва И. Н., Печерникова Т. П., Герасимова С. М. // Шизофрения (судебно-психиатрический аспект). – М., 1983. – С.29-37.
2. Осколкова, С. Н. Дифференциальная диагностика шизофрении и резидуально-органического поражения головного мозга при психопатоподобных состояниях : автореферат дис. ... док. мед. наук. – М., 1992. – 45 с.
3. Осколкова, С. Н. К вопросу дифференциальной диагностики шизофрении и расстройства личности при атипичной клинической картине у серийной убийцы / Осколкова С. Н., Федорова Т. В. // Практика СПЭ. – 2000. – № 38. – С. 34-45.
4. Шумский, Н. Г. Диагностические ошибки в судебно-психиатрической практике. – СПб. : Гуманитарное агентство «Академический проект», 1997. – 390 с.
5. Нуллер, Ю. Л. Практические аспекты психофармакотерапии: трудности и ошибки // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2002. – Т. 4, № 1. – С. 46-48.
6. Кондратьев, Ф. В. Судьбы пациентов с шизофренией (клинико-социальный и судебно-психиатрический аспекты). – М. : ЗАО Юстицинформ, 2010. – 401 с.
7. Романов, Д. В. Диагностические ошибки врачей-психиатров при распознавании пограничного расстройства личности // Известия Самарского научного центра РАН. – 2014. – Т. 16, № 5 (4). – С. 1309-1311.
8. Савенко, Ю. С. Анализ ошибок как необходимое направление исследований в психиатрии // Независимый психиатрический журнал. – 2016. – № 2. – С. 7-10.
9. Абрамов, В. А. Основы качественной психиатрической практики / Абрамов В. А., Табачников С. И, Подкорытов В. С. – Донецк-Каштан, 2004. – 248 с.
10. Carras, M. G. Antidepressant use and lifetime history of mental disorders in community sample: results from the Baltimore psychological catchment Area Study / Carras M. G., Eaton W. W., Mojtabai R. // The J. Clin. psych. – 2015. – Vol. 76, № 1. – P. 40-44.
11. Frances, A. Antidepressant Use Has Gone Crazy: Bad News from the CDC // Psychiatric Times. – 2011.
12. Кадина, Т. И Психосоматические расстройства у пациентов с приступообразно-прогредиентной шизофренией в практике судебно-психиатрической экспертизы // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 94-96.
13. Хритинин, Д. Ф. Качество жизни лиц с психическими расстройствами: актуальность и особенности исследования / Д. Ф. Хритинин, О. Е. Коновалов, Д. С. Петров // Психич. здоровье. – 2008. – Т. 6, № 11 (30). – С. 39-43.
14. Батаршев, А. В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности : Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб. : Речь, 2005. – С. 44-49.
15. Артемьева, М. С. Клинико-психофизиологические характеристики пациентов с нарушениями пищевого поведения : автореферат дис. ... доктора медицинских наук. – М, 2015. – 53 с.
16. Лебедева, Н. С. Исходы острых атипичных психозов в процессе принудительного лечения // Российский психиатрический журнал. – М., 2003. – С. 24-26.

Ретроспективно, при уточнении анамнеза, выявлялся четкий соматизированный характер депрессии. Некоторые агgravировали трудности мышления, вялость, что могло имитировать дефектное состояние, особенно с учетом патоморфоза шизофрении [16, 17]. У обследованных в период СПЭ и в ПНД нередко отмечалось ухудшение вегетососудистого состояния, алгий, что усугубляло невротоподобные ипохондрические переживания и, соответственно, полиморфность клинической картины. У некоторых пациентов можно было предполагать давно описанное «бегство в болезнь», связанное с социальными проблемами [18].

Выводы

Следуя от частных причин диагностических расхождений к общим, можно сделать вывод, что правильная нозологическая квалификация состояний, определяемых сочетанием диссимуляции многих специфических расстройств, их психологизацией, невротоподобной и психосоматической симптоматикой при неполноте и противоречивости анамнеза для устранения расширительного толкования места психосоматических проявлений в клинической картине требует: 1) клинико-динамического наблюдения, системного анализа психопатологии с учетом личностных особенностей, многофакторного патоморфоза шизофрении, а также применения информативных параклинических данных; 2) изучения психопатологии при наличии соматического неблагополучия с учетом наличия / отсутствия социально-стрессовой ситуации.