

УДК 616.895.8:616.895.4-008.447-071-08

Н. О. Марута, Л. В. Малюта
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ
 ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**

Н. А. Марута, Л. В. Малюта
Клинико-психопатологические особенности депрессивных нарушений у больных шизофренией

N. O. Maruta, L. V. Maliuta
Clinical-psychopathological features of depressive disorders in patients with schizophrenia

Статтю присвячено вивченню клініко-психопатологічних та психологічних особливостей депресивних порушень (ДП) у хворих на шизофренію та розробленню принципів терапії цього контингенту хворих.

На ґрунті комплексного клініко-психопатологічного дослідження отримані дані щодо синдромальної структури ДП при шизофренії: при ДП раннього періоду (ДПРП) переважали тривожно-депресивний (39,50 %), obsесивно-депресивний (26,30 %) симптомокомплекси та соматовегетативна депресія (21,10 %); при ДП середнього періоду (ДПСРП) — апатико-адиномічний (46,20 %), деперсоналізаційний (20,50 %) і сенесто-іпохондричний (12,80 %) варіанти депресії; у пацієнтів з ДП пізнього періоду (ДППП) були виражені дисфоричний (25,60 %), анестетичний (20,95 %) варіанти депресії та депресивно-параноїдний симптомокомплекс (20,99 %).

Доведено, що феноменологічна структура депресивної симптоматики у пацієнтів з шизофренією змінюється на різних етапах розвитку хвороби та включає наявність суто афективних, а також негативних та когнітивних порушень. Визначено, що високий та виражений суїцидальний ризик відрізняв пацієнтів з ДПРП, а вираженість депресивної симптоматики — хворих на шизофренію з ДППП ($p \leq 0,01$). Встановлено, що рівень соціальної ізоляції, алекситимії, незадоволеність собою та якістю свого життя збільшувалися протягом перебігу захворювання.

У результаті проведеного клініко-психопатологічного дослідження науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено систему діагностики та терапії ДП при шизофренії.

Ключові слова: шизофренія, депресивні порушення, клініко-психопатологічні особливості, особистісні особливості, диференціальна діагностика, терапія

Стаття посвящена изучению клинико-психопатологических и психологических особенностей депрессивных нарушений (ДН) у больных шизофренией и разработке принципов терапии этого контингента больных.

На основе комплексного клинико-психопатологического исследования получены данные о синдромальной структуре ДН при шизофрении: при ДН раннего периода (ДНРП) преобладали тревожно-депрессивный (39,50 %), obsесивно-депрессивный (26,30 %) симптомокомплексы и соматовегетативная депрессия (21,10 %); при ДН среднего периода (ДНСРП) — апатико-адиномический (46,20 %), деперсонализационный (20,50 %) и сенесто-ипохондрический (12,80 %) варианты депрессии; у пациентов с ДН позднего периода (ДНПП) были выражены дисфорический (25,60 %), анестетический (20,95 %) варианты депрессии и депрессивно-параноидный симптомокомплекс (20,99 %).

Доказано, что феноменологическая структура депрессивной симптоматики у пациентов с шизофренией меняется на разных этапах развития болезни и включает наличие чисто аффективных, а также негативных и когнитивных нарушений. Определено, что высокий и выраженный суицидальный риск отличал пациентов с ДНРП, а выраженность депрессивной симптоматики — больных шизофренией с ДНПП ($p \leq 0,01$). Установлено, что уровень социальной изолированности, алекситимии, неудовлетворенность собой и качеством своей жизни увеличивались с течением заболевания.

В результате проведенного клинико-психопатологического исследования научно обоснована, разработана и внедрена система диагностики и терапии ДН при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные нарушения, клинико-психопатологические особенности, личностные особенности, дифференциальная диагностика, терапия

The article is devoted to the study of clinical, psychopathological and psychological features of depressive disorders (DD) in patients with schizophrenia and the development of the principles of therapy for this contingent of patients.

The leading variants of the symptomatic complexes in patients with DD in schizophrenia are identified: in patients with DD early period — anxiety-depressive (39.50 %), obsessive-depressive (26.30 %) complex of symptoms and somatic-vegetative depression (21.10 %); in patients with DD middle period — apathetic-ady-namic (46.20 %), depersonalization (20.50 %) and senestic-hypochondriac (12.80 %) variants of depression; in patients with DD late period — dysphoric (25.60 %), anesthetic (20.95 %) variants of depression and depressive-paranoid complex of symptom (20.99 %).

It has been proved that the phenomenological structure of depressive symptoms in patients with schizophrenia change depending on stages of disease. It included the presence of affective, negative symptoms and cognitive disorders. It has been established that the level of social isolation, alexithymia, dissatisfaction by themselves and the quality of life has been growing throughout the course of the disease.

As a result, the system of diagnosis and treatment of depressive disorders in patients with schizophrenia has been scientifically substantiated, developed and implemented.

Keywords: depressive disorders, schizophrenia, clinical and psychopathological features, personal features, differential diagnostics, therapy

Шизофренія є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що зумовлено різноманітним проявом клінічних проявів, стрімким патоморфозом цієї патології, коморбідністю та тяжкими медико-соціальними наслідками цього захворювання. Тяжкість симптомів шизофренії, ризик хронізації та інвалідизації зумовлюють високу медико-соціальну значущість досліджень, що стосуються цього захворювання [1, 4, 12, 14].

Депресивні порушення (ДП) у хворих на шизофренію — значуща клінічна проблема, тому що депресія збільшує тяжкість негативних симптомів, нерідко входить до складу маячних переживань, а в фазі ремісії погіршує якість життя хворих і знижує прихильність до лікування, що збільшує ризик рецидиву. ДП спостерігаються при всіх формах шизофренії, на будь-якому етапі розвитку ендогенного процесу. Депресію при шизофренії розглядають як резистентний симптом, наявність якого негативно впливає на терапевтичний прогноз, підсилює

© Марута Н. О., Малюта Л. В., 2017

суб'єктивні страждання пацієнта, суттєво підвищує ризик суїциду, збільшує тривалість термінів госпіталізації, погіршує перебіг хвороби [3, 6, 7, 10].

Частота виявлення депресивних симптомів при шизофренії в повідомленнях різних дослідників коливається від 7 % до 70 %. У наукових дослідженнях депресивну симптоматику розглядають як один із проявів шизофренічного процесу; реакцію хворого на перенесений психоз; самостійне, окреме від шизофренії захворювання; результат побічної дії нейролептичних препаратів [2, 5, 8, 13].

Немає єдиної думки авторів на можливість застосування різних психофармакологічних засобів щодо терапії ДП, які розвиваються у хворих на шизофренію. Одні дослідники вказують на ефективність ад'ювантного призначення антидепресантів, інші стверджують, що ефективність таких додаткових призначень не доведена та наголошують на небезпечності екзакцерації ендогенного процесу у разі їх застосування. Є багато даних про ефективність атипичних антипсихотиків під час лікування депресій, які розвинулися у хворих на шизофренію. Відсутність адекватної терапії ДП при шизофренії значно знижує якість життя хворих та погіршує прогноз захворювання загалом. Багато що із сказаного пов'язано як з недостатнім визначенням диференціально-діагностичних критеріїв ДП, що розвиваються в рамках шизофренії, так і з відсутністю чітких терапевтичних підходів і алгоритмів. Тим часом, поява великої кількості нових антидепресивних і антипсихотичних лікарських засобів розширює можливості лікування депресій, робить необхідним цілеспрямоване дослідження щодо можливості їх застосування [3, 9, 11].

Тобто, незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених проблематиці ДП при шизофренії, основні положення, що стосуються цієї проблеми, на сьогодні залишаються суперечливими. Єдине питання, в якому досягнуто певної узгодженості: депресія — це інтегральна частина клінічної симптоматики шизофренії, яка може розвиватися при різних її формах та етапах перебігу. Здебільшого дослідники розглядають наявність депресивних розладів як несприятливий прогностичний фактор, що знижує якість життя хворих, збільшує порушення їх психосоціального функціонування та підвищує ризик суїциду. Депресивна симптоматика значно впливає на соціальний прогноз хворих на шизофренію та на прогноз перебігу захворювання загалом. Незважаючи на тривалу історію вивчення ДП, що спостерігаються в структурі ендогенних захворювань, на сьогодні все ще немає єдиної думки про механізми їх розвитку, частоту, прогностичну значимість ефективних терапевтичних підходів.

Тому метою дослідження стало визначити клініко-психопатологічні та психологічні особливості депресивних порушень при шизофренії та на ґрунті отриманих даних розробити принципи терапії цього контингенту хворих.

У роботі використовували комплекс методів дослідження:

I. Клініко-психопатологічний метод.

II. Психометричний метод: Калгарійська шкала депресії при шизофренії — CDSS (Addington D., Addington J., 1993); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики — SCL-90 (Derogatis et al., 1974); короткий опитувальник BOO3 для оцінки якості життя — WHOQOL-BREF (Мосолов С. Н., 2001); спосіб визначення суїцидального ризику — СВСР (Гавенко В. Л., 2001); шкала повсякденного і соціального функціонування — PSP (Morosini P. L., 2000).

III. Психодіагностичний метод: опитувальник соціальної ізольованості (Фетіскін Н. П., Козлов В. В.,

Мануйлов Г. М., 2002); Торонтська шкала алекситимії (Райгородський Д. Я., 2002); Методика кількісного виміру самооцінки Будасі С. А. (Іванова Е. Ф., Мельник І. І., 1993); методика диференціальної діагностики депресивних станів Жмурова В. А. (Райгородський Д. Я., 2002); «Самоактуалізаційний тест» (САТ) (Альошина Ю. Е., Гозман Л. Я., Загіка М. В. і Кроз М. В., 1987).

IV. Клініко-статистичні методи обробки отриманих даних з використанням методів описової статистики; двостороннього тесту Фішера, *t*-критерію Стьюдента; методів послідовного статистичного аналізу (Сидоренко Е. В., 2003).

В рамках дослідження було обстежено 162 хворих з верифікованим діагнозом шизофренії (F20.0 — F20.9). Критеріями включення у дослідження були встановлений діагноз шизофренії (F20.0 — F20.9) відповідно до критеріїв МКХ-10; наявність ДП в клінічній картині хворих на шизофренію; вік — 18—59 років; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; здатність пацієнтів адекватно розуміти вимоги до них у зв'язку з дослідженням. Як критерії виключення були визначені: наявність органічного захворювання ЦНС і тяжких соматичних захворювань; вік понад 60 років. Задля реалізації мети та завдань дослідження із загальної кількості обстежуваних хворих були сформовані досліджувані групи (основна та контрольна) на підставі критерію наявності або відсутності ДП в структурі шизофренії. У результаті проведеного аналізу основну групу дослідження склали 120 хворих на шизофренію з ДП, які були поділені на 3 групи залежно від тривалості захворювання: 38 хворих на шизофренію з тривалістю захворювання менше ніж 5 років (ДПРП — ДП раннього періоду), 39 пацієнтів з тривалістю захворювання 10 років (ДПСРП — ДП середнього періоду) і 43 пацієнти з тривалістю захворювання більше ніж 15 років — (ДППП — ДП пізнього періоду). Контрольну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію без ДП.

Соціально-демографічний аналіз даних продемонстрував, що пацієнти з ДПРП були переважно молодого віку (від 20 до 35 років, $p \leq 0,01$), з незакінченою вищою освітою (39,47 %), не одружені (60,53 %) та були працевлаштовані (44,74 %). Пацієнти з ДПСРП та з ДППП були переважно середнього віку — 45—59 років (84,62 % та 74,42 % відповідно), з середньою спеціальною освітою (46,15 % та 51,16 %), переважно розлучені (79,49 % та 55,81 %). Хворі з ДПСРП відрізнялись більшою кількістю непрацюючих осіб (46,15 %), а хворі з ДППП — більшою кількістю пацієнтів з інвалідністю (67,44 %).

У хворих на шизофренію з ДП спостерігалась спадкова обтяженість у переважанні психічних захворювань у батьків та психопатій у родичів (26,39 % та 27,73 % відповідно, $p \leq 0,05$). Пацієнти з ДПСРП та ДППП відрізнялись від пацієнтів з ДПРП більшою кількістю анамнестичних даних щодо психічних захворювань у батьків (41,03 %, $t = 2,098$, $p \leq 0,05$) і (48,84 %, $t = 2,102$, $p \leq 0,05$) відповідно, а хворі з ДПСРП — більшою кількістю анамнестичних даних щодо психопатій та інших аномалій характеру у родичів (33,33 %) порівняно з пацієнтами з ДППП ($t = 2,116$, $p \leq 0,05$). У пацієнтів з ДП серед екзогенно-органічних і соматогенних чинників преморбиду переважали соматичні захворювання (19,94 %, $t = 2,216$, $p \leq 0,05$).

Характер ДП у хворих на шизофренію відрізнявся на різних етапах перебігу захворювання: при ДПРП переважали тривожно-депресивний (39,50 %), обсессивно-депресивний (26,30 %) симптомокомплекс та соматовегетативна депресія (21,10 %), $p \leq 0,0001$.

У пацієнтів з ДПСР найбільш часто спостерігалися апатико-адинамічний (46,20 %), деперсоналізаційний (20,50 %) і сенесто-іпохондричний (12,80 %) варіанти депресії ($p \leq 0,0001$). ДППП характеризувалися наявністю анестетичного варіанту депресії з переважанням його деперсоналізаційного компонента (20,95 %), дисфоричної депресії (25,60 %) і депресивно-параноїдного симптомокомплексу (20,99 %) ($p \leq 0,01$) (рис. 1).

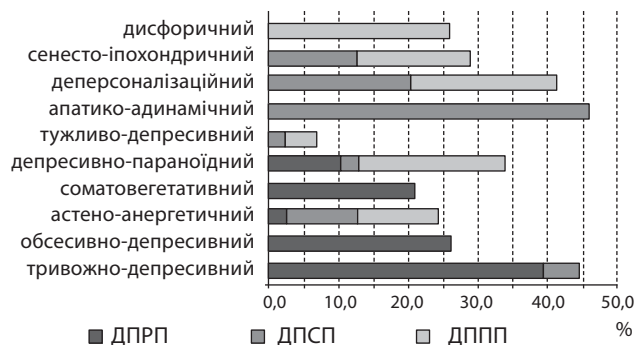


Рис. 1. Представленість симптомокомплексів у хворих на шизофренію з ДП

Феноменологічна структура депресій у пацієнтів з ДП при шизофренії включала наявність суто афективних порушень, поєднаних з негативними та когнітивними розладами.

Оцінювання афективних проявів у хворих на шизофренію з ДП показало, що у пацієнтів з ДПРП найбільш вираженими були такі симптоми: тривога (72,43 %), дратівливість (58,14 %), пригнічений настрій (56,18 %), емоційна лабільність (56,18 %), а також неадекватність емоцій (48,15 %) і плаксивість (47,18 %). У пацієнтів з ДПСР переважали зниження ініціативи (65,87 %), стомлюваність (68,53 %), байдужість (69,87 %), пригнічений настрій (53,85 %) та неадекватність емоцій (52,45 %). У хворих з ДППП найчастіше спостерігалися дратівливість (89,12 %), неадекватність емоцій (79,18 %), байдужість (78,95 %), образливість (74,08 %) та емоційна тупість (64,38 %). У пацієнтів без ДП переважали байдужість (87,15 %), емоційна тупість (59,27 %) і неадекватність емоцій (68,89 %), які вірогідно відрізнялися від таких у хворих основної групи ($p \leq 0,05$).

Оцінювання динаміки негативної симптоматики у хворих на шизофренію з ДП продемонструвало, що при ДПРП негативні симптоми окреслювалися переважно наявністю ангедонії (56,18 %), редукцією енергетичного потенціалу (47,18 %) і загальмованістю рухів (44,71 %). При ДПСР негативна симптоматика наростала та до перелічених симптомів приєднувалися астеничні прояви (65,87 %), апатія (58,04 %), аутизм (52,45 %) та вольові порушення (36,18 %). При ДППП були виражені практично всі негативні симптоми: редукція енергетичного потенціалу (64,38 %), астеничні прояви (64,38 %), аутизм (64,38 %), апатія (58,14 %), ангедонія (58,14 %), загальмованість рухів (58,14 %) та вольові порушення (45,14 %). Було встановлено, що апатія була більш вираженою у хворих з ДПСР та ДППП, ніж у пацієнтів з ДПРП ($p \leq 0,01$, ДК = 3,15, МІ = 1,02 та $p \leq 0,025$, ДК = 2,17; МІ = 0,24 відповідно), де ДК — діагностичний коефіцієнт, МІ — міра інформативності Кульбака. У пацієнтів з ДПСР симптоми астенії та редукції енергетичного потенціалу були виражені більше, ніж у хворих з ДПРП ($p \leq 0,05$, ДК = 1,24, МІ = 0,09 та $p \leq 0,05$, ДК = 2,04; МІ = 0,13 відповідно). Також було визначено, що вольові порушення та симптоми аутизму посилювалися протягом перебігу

хвороби ($p \leq 0,05$). Пацієнти контрольної групи відрізнялися від пацієнтів з ДП переважанням аутизму (68,89 %, $p \leq 0,05$, ДК = 2,17, МІ = 0,13) і вольових порушень (59,27 %, $p \leq 0,05$, ДК = 4,13; МІ = 0,24) і меншою вираженістю ангедонії (11,90 %, $p \leq 0,001$, ДК = 3,24; МІ = 0,16), загальмованості (22,83 %, $p \leq 0,005$, ДК = 1,98, МІ = 0,28), апатії (27,16 %, $p \leq 0,05$, ДК = 1,32; МІ = 0,09), редукції енергетичного потенціалу (34,33 %, $p \leq 0,01$, ДК = 2,65; МІ = 0,79) і астенії (47,18 %, $p \leq 0,025$, ДК = 4,12; МІ = 0,16).

Аналіз когнітивних порушень в динаміці захворювання продемонстрував посилення когнітивного дефіциту з тривалістю захворювання: при ДПРП когнітивні порушення переважно проявлялися у вигляді нав'язливих думок (87,15 %, $p \leq 0,0001$), зниження концентрації (57,16 %) і переключення уваги (71,05 %) та підвищеної чутливості до критики на свою адресу (54,89 %, $p \leq 0,0001$); при ДПСР приєднувалися порушення пам'яті (45,87 %, $p \leq 0,01$), інертність мислення (79,87 %, $p \leq 0,0001$), труднощі в прийнятті рішень (82,44 %, $p \leq 0,0001$), психічна стомлюваність (69,87 %, $p \leq 0,05$) і з'являлися порушення критики щодо хвороби (79,87 %, $p \leq 0,0001$). При ДППП поряд з наявними когнітивними порушеннями реєструвалися маячні переконання (96,47 %, $p \leq 0,0001$) та ригідність мислення (89,12 %, $p \leq 0,0001$). У хворих без ДП найчастіше спостерігалися такі когнітивні порушення: маячні переконання (83,56 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 2,30, МІ = 0,40), порушення критики щодо хвороби (54,15 %, $p \leq 0,05$, ДК = 3,56, МІ = 1,13), труднощі в прийнятті рішень (58,18 %, $p \leq 0,025$, ДК = 1,98, МІ = 0,21) і нав'язливі думки (57,16 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 4,28, МІ = 1,12) (рис. 2).

Аналіз вираженості депресивної симптоматики за останні 2 тижні у хворих на шизофренію з ДП продемонстрував, що відчуття безнадійності (2,54 бали, $t = 3,956$, $p \leq 0,0001$), самоприпинення (2,05 бали, $t = 2,897$, $p \leq 0,01$), а також суїцидальні думки (2,34 бали, $t = 2,541$, $p \leq 0,01$) були найбільш вираженими в групі хворих на шизофренію з ДПРП, а ідеї обвинувачення (1,85 балів, $t = 3,465$, $p \leq 0,0025$) та спостережувана депресія (2,04 бали, $t = 3,465$, $p \leq 0,0025$) — у хворих на шизофренію з ДПСР.

Оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики у пацієнтів з ДП при шизофренії показало, що показники депресії (2,33 бали, $t = 4,876$, $p \leq 0,001$), тривоги (1,87 балів, $t = 2,967$, $p \leq 0,01$), міжособистісної сенситивності (1,69 балів, $t = 2,263$, $p \leq 0,05$) і соматизації (1,34 балів, $t = 2,132$, $p \leq 0,05$) переважали у хворих з ДП, у той час коли в групі порівняння переважали симптоми параноїдності (1,92 балів, $t = 2,217$, $p \leq 0,05$). Встановлено, що вираженість психопатологічної симптоматики змінювалася в процесі захворювання: ДПРП при шизофренії характеризувалися наявністю тривоги (2,67 бали, $p \leq 0,001$), фобій (2,13 бали, $p \leq 0,01$), депресії (2,54 бали, $p \leq 0,05$), вираженістю обсесивно-компульсивних і соматичних симптомів (2,03 та 1,88 балів відповідно, $p \leq 0,05$). При ДПСР показники тривоги, фобій, обсесивно-компульсивних симптомів, соматичних скарг вірогідно знижувалися (1,58; 1,11; 1,19; 1,02 балів відповідно, $p \leq 0,05$), при цьому показники депресії залишалися на високому рівні (2,65 бали, $p \leq 0,05$) і підвищувався показник психотизму (2,31 бали, $p \leq 0,0001$). ДППП відрізнялись зниженням показників депресії (1,79 балів, $p \leq 0,05$) і збільшенням показників міжособистісної сенситивності (2,45 бали, $p \leq 0,001$), що проявлялось різким відмежуванням від соціальних контактів, а також параноїдністю (2,03 бали, $p \leq 0,01$).

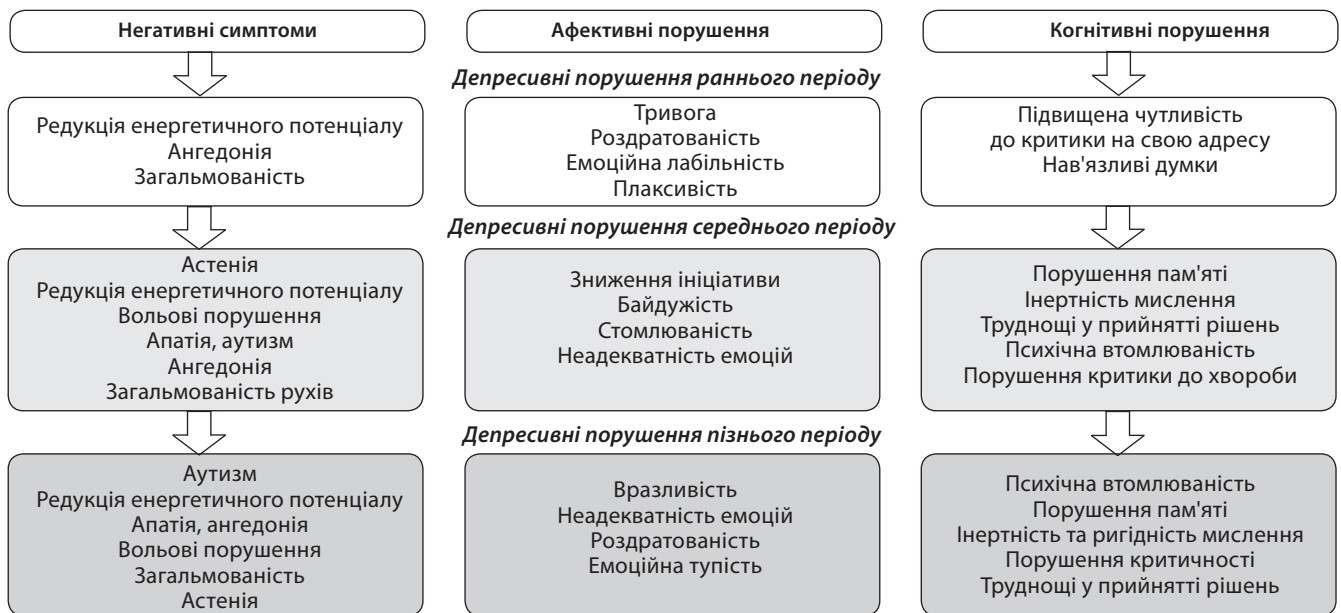


Рис. 2. Динаміка клініко-психопатологічних проявів ДП при шизофренії

Оцінювання суїцидального ризику продемонструвало, що у пацієнтів з ДП в 53,51 % випадків був зафіксований високий суїцидальний ризик, а в 46,49 % — низький. В контрольній групі високий суїцидальний ризик спостерігався у 19,23 % пацієнтів, а низький — у 73,08 % хворих, що свідчило про вірогідне переважання цього показника в основній групі ($p \leq 0,0001$). Ризик суїциду при ДПРП був високим (65,47 %) та більш вираженим, ніж при ДПСП (52,76 %, $p \leq 0,01$) та при ДППП (42,31 %, $p \leq 0,01$). Також визначено, що підвищення суїцидального ризику у хворих на шизофренію з ДП було асоційовано з порушеннями в ціннісно-смысловій сфері ($r = -0,53$), соціальною ізоляцією ($r = -0,66$), незадоволеністю навколишнім середовищем ($r = -0,77$) і відчуттям психологічного дискомфорту ($r = -0,83$).

Аналіз особливостей особистості дозволив виявити, що у пацієнтів з ДП спостерігалася втрата цінностей і цілей (45,33 балів, $t = 2,865$, $p \leq 0,01$), менш вираженою була здатність до самоприйняття (35,34 балів, $t = 3,223$, $p \leq 0,001$) та вираження своїх почуттів (37,02 балів, $t = 2,217$, $p \leq 0,05$), спостерігалася зниження когнітивних потреб (35,79 балів, $t = 2,143$, $p \leq 0,05$) порівняно з пацієнтами без ДП. Пацієнти з ДПРП характеризувались низькими показниками самоприйняття (40,01 балів, $t = 2,187$, $p \leq 0,05$), зниженням чутливості до власних потреб і почуттів (43,38 бали, $t = 2,267$, $p \leq 0,01$); пацієнти з ДПСП — зниженням актуальності цінностей (44,65 бали, $t = 2,476$, $p \leq 0,01$), самоповаги (44,23 бали, $t = 3,176$, $p \leq 0,001$), контактності (38,35 балів, $t = 4,102$, $p \leq 0,001$) та компетентності у часі (38,56 балів, $t = 3,209$, $p \leq 0,001$). У пацієнтів з ДППП спостерігалася обмеження сприйняття свого життєвого шляху (29,67 балів, $t = 2,213$, $p \leq 0,05$), спустошення ціннісно-мотиваційної сфери (34,74 бали, $t = 2,121$, $p \leq 0,05$), виникнення труднощів в оцінюванні власних потреб і почуттів (29,69 балів, $t = 2,332$, $p \leq 0,05$), поява високого ступеня залежності та несамостійності (36,76 балів, $t = 2,342$, $p \leq 0,01$), схильності до негативного сприйняття людей (39,43 балів, $t = 2,114$, $p \leq 0,05$), а також втрата самоповаги (31,11 балів, $t = 2,865$, $p \leq 0,01$).

Самооцінка у хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю: в 48,62 % випадків визначено занижену самооцінку, в 35,58 % випадків — завищену

і тільки у 15,81 % хворих з ДП при шизофренії самооцінка була адекватною. Більшість пацієнтів з ДПРП виявляли завищену самооцінку (52,63 %, $p \leq 0,05$), у пацієнтів з ДПСП та ДППП здебільшого фіксувалася занижена самооцінка (64,16 % та 50,11 % відповідно, $p \leq 0,0001$).

Дослідження здатності пацієнтів з шизофренією до вербалізації емоційних станів показало, що у 44,21 % хворих з ДП був виражений високий рівень алекситимії, у 34,20 % — середній, а у 21,59 % — низький. Визначена пряма залежність між тривалістю хвороби та рівнем алекситимії: чим більшим був «стаж» хвороби, тим більші труднощі пацієнти схильні були відчувати у визначенні та описі власних переживань, формувалася збідненість фантазії та уяви, а також проявлялась сфокусованість більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях ($p \leq 0,01$).

Рівень соціальної ізоляції характеризувався високими показниками у 43,14 % хворих на шизофренію з ДП, середній рівень був встановлений у 23,87 % пацієнтів, а низький — у 32,98 % хворих. Визначена тенденція до збільшення соціальної ізоляції в процесі захворювання: при ДПРП переважав низький рівень соціальної ізоляції (60,00 %, $p \leq 0,0001$), при ДПСП — середній рівень (45,45 %) при ДППП — високий рівень соціальної ізоляції (67,98 %, $p \leq 0,025$).

Оцінення якості життя продемонструвало зниження задоволеності станом свого здоров'я (52,63 %, $t = 2,254$, $p \leq 0,05$), психологічним благополуччям (47,74 %, $t = 2,266$, $p \leq 0,05$) і міжособистісними відносинами (43,41 %, $t = 2,331$, $p \leq 0,05$) у пацієнтів з ДП. Була виявлена негативна динаміка суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з ДП при шизофренії залежно від тривалості захворювання: при ДПРП переважав середній рівень задоволеності фізичним, психологічним благополуччям (67,47 % та 64,49 % відповідно) та міжособистісними відносинами (58,97 %); при ДПСП суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості свого життя різко знижувалось: нижче середнього пацієнти цієї групи оцінювали міжособистісні відносини ($35,43 \pm 7,49$ %), стан свого здоров'я ($46,45 \pm 8,94$ %) і психологічне благополуччя ($43,98 \pm 8,66$ %). При ДППП показники якості життя були низькими: пацієнти не були задоволені своїм

станом здоров'я ($43,98 \pm 7,83$ %), психологічним благополуччям ($34,76 \pm 6,68$ %) і відносинами з людьми ($35,83 \pm 6,83$ %). Було встановлено, що задоволеність своїм станом здоров'я ($p \leq 0,025$), психологічним благополуччям ($p \leq 0,05$) і соціальними контактами ($p \leq 0,01$) знижувалася в процесі хвороби (рис. 3).

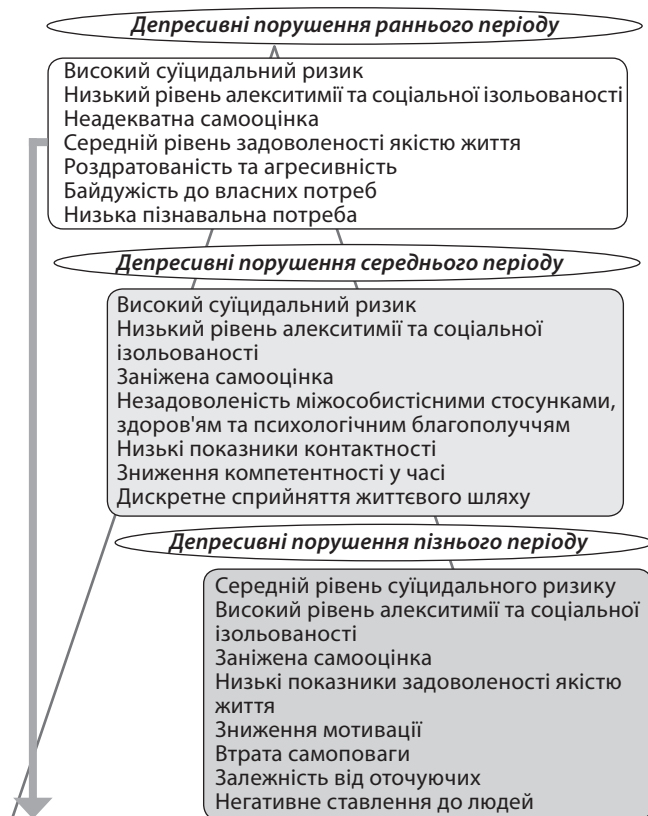


Рис. 3. Динаміка психологічних проявів ДП при шизофренії

На ґрунті результатів проведеного клініко-психопатологічного дослідження науково обґрунтовано та розроблено систему діагностики ДП при шизофренії, що включає клініко-психопатологічні та психодіагностичні критерії (таблиця).

Клініко-психопатологічні критерії ДП при шизофренії включали особливості афективних проявів, негативної симптоматики та когнітивних порушень, синдромальну структуру та рівень суїцидального ризику. Психодіагностичні критерії базуються на особистісних характеристиках, рівні самооцінки, алекситимії, соціальної ізолюваності та результатах оцінки якості життя у цієї категорії хворих.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та особистісних особливостей ДП при шизофренії розроблено та впроваджено програму терапії, що включала застосування фармако- і психотерапії.

Фармако- та психотерапія були диференційованими та проводилися залежно від клініко-психопатологічного варіанту депресії, ступеня тяжкості поточного психічного стану й з урахуванням тривалості захворювання. Фармакотерапія включала етапи активної, стабілізуювальної та підтримувальної терапії і ґрунтувалась на застосуванні атипичних антипсихотиків, антидепресантів та стабілізаторів настрою. Комплекс психотерапевтичних заходів ґрунтувався на поєднанні індивідуальної когнітивно-поведінкової психотерапії з арт-терапією в формі групової роботи.

Клініко-психопатологічні та психологічні діагностичні критерії хворих на шизофренію з ДП

Ознаки	Діагностичні критерії	ДК	МІ
Афективні порушення	Пригнічений настрої	7,25	1,27
	Відчуття туги	4,69	0,47
	Зниження активності та ініціативи	2,96	0,33
	Ранимість	1,96	0,26
Когнітивні порушення	Ригідність та інертність мислення	8,13	2,45
	Труднощі у прийнятті рішень	7,54	2,28
	Зниження критики до хвороби та до себе	6,58	2,07
Негативні симптоми	Психічна втомлюваність	2,64	1,76
	Редукція енергетичного потенціалу	4,23	2,34
	Астенічні прояви	4,06	1,13
	Ангедонія	3,56	1,35
Провідні симптомокомплекси	Загальмованість рухів	3,45	1,09
	Апатія	4,05	0,98
	Дисфоричний варіант депресії	6,87	1,03
Виразеність психопатологічної симптоматики	Депресивно-параноїдний симптомокомплекс	9,12	0,84
	Деперсоналізаційний варіант депресії	3,15	0,15
Виразеність депресивних проявів	Високі показники паранояльності	2,89	0,78
	Високі показники міжособистісної сенситивності	3,29	0,65
Рівень суїцидального ризику	Високий рівень клінічної депресії	5,98	2,13
	Відчуття безнадії	2,45	2,03
	Ідеї звинувачення	1,16	1,16
	Раннє пробудження	2,81	1,09
Рівень самооцінки	Високий суїцидальний ризик	2,46	1,12
	Дискретне сприйняття власного життєвого шляху	3,08	0,50
	Високий рівень залежності та несамостійності	5,12	2,07
	Зниження актуальності цінностей	1,76	1,34
	Труднощі у усвідомленні та вираженні почуттів	1,23	0,98
	Зниження самоповаги та самоприйняття	1,15	0,67
	Порушення уявлень про людину	1,06	0,56
Якість життя	Зниження пізнавальних потреб особистості	1,04	0,45
	Зниження якості життя	1,02	0,33

Оцінювання ефективності розробленої диференційованої програми терапії ДП при шизофренії дозволило констатувати вірогідні позитивні зміни психосоціальних характеристик: поліпшились показники якості життя (фізичного ($p \leq 0,001$) та психологічного ($p \leq 0,0025$) благополуччя, міжособистісних відносин ($p \leq 0,0001$) та навколишнього середовища ($p \leq 0,05$); знизилась показники «помітних» та «виражених» порушень у сферах соціального функціонування ($p \leq 0,001$). В результаті застосування розробленої програми у 59,57 % пацієнтів було діагностовано «значне поліпшення», у 21,27 % хворих — «поліпшення» стану, що вірогідно перевищувало показники в групі порівняння ($p \leq 0,025$, ДК = 1,94; MI = 0,21).

Узагальнюючи наведені дані, треба зазначити таке.

Феноменологічна структура депресивної симптоматики у пацієнтів з шизофренією включає наявність суто афективних розладів, а також негативних і когнітивних порушень; депресивних порушень при шизофренії характеризуються певними провідними клініко-психопатологічними проявами, які залежать від тривалості захворювання. При депресивних порушеннях раннього періоду переважали тривожно-депресивний, obsesивно-депресивний симптомокомплекс та соматовегетативна депресія; у пацієнтів з депресивними порушеннями середнього періоду — апатико-адинамічний, деперсоналізаційний і сенесто-іпохондричний варіанти депресії; у пацієнтів з депресивними порушеннями пізнього періоду — дисфоричний, анестетичний варіанти депресії та депресивно-параноїдний симптомокомплекс.

Доведено, що тривалість захворювання впливає на вираженість і тяжкість ДП та суїцидальний ризик. Високий та виражений суїцидальний ризик відрізняв пацієнтів з ДПРП, а вираженість депресивної симптоматики — хворих на шизофренію з ДПСР.

Визначені особистісні особливості пацієнтів з ДП, які полягали в наявності неадекватної самооцінки, труднощів у вираженні власних почуттів, спустошенні ціннісно-сислової сфери, порушень уявлень про людину та низького рівню самоприйняття.

Розроблено принципи діагностики ДП при шизофренії, які базуються на визначенні клініко-психопатологічних та психологічних критеріїв. Зміст клініко-психопатологічних критеріїв складають особливості афективних, негативних та когнітивних розладів, синдромальна структура депресій при шизофренії та рівень суїцидального ризику. Психодіагностичні критерії включають особистісні характеристики, рівень самооцінки, алекситимії, соціальної ізоляваності та показники оцінки якості життя у цієї категорії хворих.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та психологічних особливостей депресивних порушень при шизофренії розроблено та впроваджено диференційовану програму терапії, що включає застосування фармако- і психотерапії. Фармакотерапія була диференційованою та проводилася залежно від клініко-психопатологічного варіанту депресії, ступеня тяжкості поточного психічного стану з урахуванням тривалості захворювання й ґрунтувалась на застосуванні атипичних антипсихотиків, антидепресантів та стабілізаторів настрою. Комплекс психотерапевтичних заходів включав індивідуальну когнітивно-поведінкову психотерапію, а також арт-терапію в формі групової роботи.

Список літератури

1. Аймедов К. В., Морванюк Г. В. Індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з параноїдною формою шизофренії з урахуванням статевої належності // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 1. С. 98—101.
2. Будза В. Г., Антохин Е. Ю. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 2): типология и течение постшизофренических депрессий // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина*. 2014. № 2. С. 47—53.
3. Кинкулькина М. А., Иванец Н. Н. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение. Москва: ИД Медпрактика-М, 2009. 216 с.
4. Кожина А. М., Сухоиванова Е. И. Современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией // *Экспериментальная і клінічна медицина*. 2013. № 1. С. 163—167.
5. Кушнир Ю. А. К вопросу дифференциальной диагностики постшизофренической депрессии // *Архів психіатрії*. 2012. Т. 19, № 4 (71). С. 19—26.
6. Марута Н. О., Ярославцев С. О. Шизофрения с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) // *Медицина психология*. 2015. № 4. С. 46—50.
7. Мишиев В. Д., Кушнир Ю. А., Осадчая Г. А. Клинико-психопатологические особенности постшизофренических депрессий у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2011. № 1. С. 50—53.
8. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Депрессия — актуальные проблемы систематики // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2012. Т. 112, № 2. С. 11—20.
9. Шумская К. Н. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1999. 21 с.
10. Юрьева Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей. Киев, 2010. С. 24.
11. Antokhin E. Y. Protect psychological mechanisms of post-psychotic depression in patients at first episode of schizophrenia // *Ceska a Slovenska psychiatrie*. 2012. 108 (10). P. 217—8.
12. Babinkostova Z., Stefanovski B. Depressive symptoms in schizophrenic patients // *Medicus*. 2010. 13 (1). P. 126—131.
13. Depressive symptoms in schizophrenia outpatients—prevalence and clinical correlates / Freudenreich O., Tranulis C., Cather C., [et al.] // *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2008; 2(2): 127—135. doi: 10.3371/CSRP.2.2.2.
14. Palmer E. C., Gillean J., David A. S. The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: a review and meta-analysis // *Schizophr Res*. 2015; 166: 261.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи, керівник відділу невротів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), Віце-президент Громадської організації «Асоціація неврологів, психіатрів та наркологів України», м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

МАЛЮТА Ліана Володимирівна, молодший науковий співробітник ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: lmaluta@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Vice President of the Public organization "Association of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; email: mscience@ukr.net

MALIUTA Liana, Junior Researcher of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lmaluta@ukr.net