

Л. В. Малюта

**ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЛИВОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Л. В. Малюта

**Патопсихологічні особливості хворих на шизофренію з депресивними розладами у залежності від тривалості захворювання**

L. V. Maliuta

**Pathopsychological peculiarities of patients with schizophrenia with depressed depending on the duration disease**

Обследовано 120 больных шизофренией с симптомами депрессии. Все пациенты были разделены на 3 группы: 38 пациентов с длительностью заболевания менее 5-ти лет, 39 пациентов с длительностью заболевания 5—10 лет и 43 пациента с длительностью заболевания более 13-ти лет. В ходе исследования изучены особенности аффективных, личностных, когнитивных, волевых и соматических проявлений депрессии при шизофрении. Показана клиничко-психопатологическая специфика проявлений депрессии у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания.

**Ключевые слова:** шизофрения, депрессивные расстройства, клинические особенности

Обстежено 120 хворих на шизофренію з симптомами депресії. Всі пацієнти були поділені на 3 групи: 38 пацієнтів з тривалістю захворювання менше 5-ти років, 39 пацієнтів з тривалістю захворювання 5—10 років і 43 пацієнти з тривалістю захворювання більше 13-ти років. У ході дослідження вивчені особливості афективних, особистісних, когнітивних, волевих і соматичних проявів депресії при шизофренії. Показана клініко-психопатологічна специфіка проявів депресії у хворих на шизофренію в залежності від тривалості захворювання.

**Ключові слова:** шизофренія, депресивні розлади, клінічні особливості

120 patients with schizophrenia with depressive symptoms were examined. All patients were divided into 3 groups: 38 patients with schizophrenia duration less than 5 years, 39 patients with schizophrenia duration of 5—10 years, and 43 patients with schizophrenia duration of more than 13 years. Affective characteristics, personality, cognitive, volitional, and somatic symptoms of depression in schizophrenia were investigated in the study. The specificity of clinical and psychopathological symptoms of depression in patients with schizophrenia, depending on the duration of the disease were proven.

**Keywords:** schizophrenia, depressive disorder, clinical peculiarities

Проблема взаимосвязи депрессивных расстройств и шизофрении является предметом оживленных дискуссий в психиатрии, начиная еще с рубежа XIX—XX веков. Аффективные симптомы рассматривали как важный критерий, позволяющий разграничить раннее слабоумие (*dementia praecox*) и маниакально-депрессивный психоз [1]. Кроме того, Е. Краерлин признавал, что депрессия является важным признаком шизофрении, и выделял несколько подтипов депрессивного синдрома. Так, наряду с параноидной, гебефренической, кататонической и простой формами шизофрении он выделял подтипы, протекающие с тяжелыми и длительными рекуррентными аффективными расстройствами, обозначенными как простой депрессивный, депрессивно-параноидный, циркулярный, ажитированный и периодический. Е. Bleuler считал, что депрессия — один из осевых признаков шизофрении и указывал на такие основные свойства, которые изменяют клиническую картину аффективных синдромов: «шизофреническая натянутость», ригидность и вычурность гипотимических проявлений [1]. Работы Е. Краерлин и Е. Bleuler, положившие начало изучению депрессий при шизофрении, получили дальнейшее развитие, как в отечественной, так и зарубежной психиатрии.

На начальных этапах изучения вопроса о взаимосвязи депрессии и шизофрении присутствие депрессивных проявлений у процессуальных пациентов вызвало удивление у врачей и воспринималось как малопонятная и необъяснимая случайность [2]. По современным представлениям, регистрацию аффективных нарушений, в частности депрессии у больных шизофренией, можно считать скорее правилом, чем исключением. В 1980-е годы сформировалось представление о неуклонном росте депрессивных нарушений у больных

шизофренией, что позволило предположить существование «депрессивного сдвига» в течении шизофрении [3].

Материалы, представленные современными авторами, позволяют убедиться в том, что, несмотря на различные подходы и терминологические расхождения, существует единое мнение о высокой частоте депрессий при шизофрении [4—6]. Данные о частоте депрессии у больных шизофренией расходятся и колеблются, по данным разных авторов, в широких пределах — от 7 до 70 % [7—10]. В среднем депрессии регистрируются у 25 % больных шизофренией [11—13]. В репрезентативной выборке (2976 больных шизофренией) отчетливые депрессивные симптомокомплексы выявлены у 30 % обследованных в дебюте эндогенного процесса (первый эпизод), у 34 % в период острого рецидива и у 28 % на этапе хронического течения. Несмотря на большую распространенность депрессивных нарушений у больных шизофренией, до настоящего времени нет единого мнения относительно их клинической оценки, терапии, прогностической значимости. Все вышеизложенное определило цель исследования — изучить клиничко-психопатологические особенности депрессивных расстройств при шизофрении.

В исследовании приняли участие 120 пациентов с шизофренией с наличием депрессивной симптоматики в клинической картине, которые были разделены в соответствии с задачами и целями исследования на 3 группы, в зависимости от длительности заболевания: 38 больных шизофренией с длительностью заболевания менее 5 лет (I группа), 39 пациентов с длительностью заболевания 5—10 лет (II группа) и 43 пациента с длительностью заболевания более 13 лет (III группа). Пациентов старше 60 лет не включали в число участвующих в исследовании в связи с возможностью наличия у них органической (сосудистой) патологии. В целом, по социодемографическим

показателям групи були сопоставимы для дальнейшего анализа.

Для выявления особенностей психопатологических проявлений депрессии у больных шизофренией был проведен детальный клинико-психопатологический анализ клинических признаков депрессивного спектра в обследуемой выборке в соответствии с длительностью заболевания с помощью клинико-психопатологического метода, включающего оценку психического состояния больного (сбор жалоб, анамнеза, изучение симптомов, синдромов, их психопатологическая интерпретация).

Так, среди **аффективных нарушений** у больных I группы наиболее выраженными были симптомы тревоги (72,43 %), раздражительность (58,14 %), эмоциональная лабильность (56,18 %), а также неадекватность эмоций (48,15 %) и плаксивость (47,18 %) (рис. 1). У пациентов II группы среди аффективных проявлений преобладали апатия (58,04 %), снижение инициативы и активности (65,87 %), утомляемость (68,53 %), снижение энергии (59,08 %) и безразличие (69,87 %). В III группе среди аффективных нарушений преобладали раздражительность (89,12 %), неадекватность эмоций (79,18 %), безразличие (78,95 %) и обидчивость (74,08 %).



Рис. 1. Аффективные проявления депрессии при шизофрении

Для оценки степени и качества изменений аффективных проявлений в динамике заболевания у пациентов, больных шизофренией, с наличием в клинической картине депрессивных симптомов, был проведен статистический анализ различий между тремя группами. Так, начальные симптомы, характеризующие аффективный спектр депрессивных проявлений при шизофрении, представлены преимущественно тревогой ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,66, МИ = 2,30), плаксивостью ( $p \leq 0,01$ , ДК = -2,93, МИ = 0,34), эмоциональной лабильностью ( $p \leq 0,0001$ , ДК = -6,30, МИ = 1,35) и раздражительностью ( $p \leq 0,0001$ , ДК = -5,81, МИ = 1,25). В дальнейшем (через 7—8 лет) симптомы депрессии начинают проявляться симптомами апатии ( $p \leq 0,025$ , ДК = -2,06, МИ = 0,23), снижением активности, инициативы ( $p \leq 0,05$ , ДК = -1,64, МИ = 0,17) и энергии ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,71, МИ = 1,23), появлением

утомляемости ( $p \leq 0,0001$ , ДК = -4,80, МИ = 0,88), безразличия ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,49, МИ = 1,01) и эмоциональной тупости ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,57, МИ = 1,14). После 13-ти лет болезни вновь происходит смена аффективных проявлений больных: апатико-адинамическая форма депрессии сменяется раздражительностью ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,67, МИ = 2,83), обидчивостью ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,09, МИ = 1,71), сочетающимися с неадекватностью эмоций ( $p \leq 0,001$ , ДК = 1,51, МИ = 0,24) и эмоциональной тупостью ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,44, МИ = 0,18).

Среди **личностных нарушений** у пациентов I группы наиболее выраженными были такие симптомы как ипохондрические идеи (72,43 %), снижение уверенности в себе (64,18 %), ощущение переживаний относительно будущего (59,87 %), а также ощущение ненужности (54,89 %) (рис. 2). Наиболее редко встречались идеи малоценности (23,48 %), не было выражено и чувство вины (37,15 %). Среди личностных переживаний во II группе преобладали ипохондрические идеи (86,15 %), снижение уверенности в себе (72,65 %) и ощущение отсутствия перспективы в будущем (69,87 %). В III группе личностные переживания были выражены в незначительной степени, среди которых несколько выделялись ощущение отсутствия перспективы в будущем (47,74 %) и идеи малоценности (46,18 %).

Анализ динамики личностных переживаний в процессе болезни у пациентов с наличием в клинической картине депрессивных нарушений показал, что в начале заболевания преобладают ипохондрические идеи, которые со временем усиливаются ( $p \leq 0,05$ , ДК = 0,75, МИ = 0,05), появляется неуверенность в себе и теряется ощущение перспективы в будущем ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,74, МИ = 0,76), однако при длительном течении заболевания (более 13-ти лет) отмечается обратная динамика: дезактуализируются практически все личностные переживания: снижается суицидальный риск ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,27, МИ = 0,58) и чувство вины ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,28, МИ = 0,51), повышается самооценка ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,19, МИ = 0,94), появляется перспектива на будущее ( $p \leq 0,025$ , ДК = 1,65, МИ = 0,18), редуцируются ипохондрические идеи ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,49, МИ = 3,14), что связано, возможно, со снижением критичности к собственному состоянию.

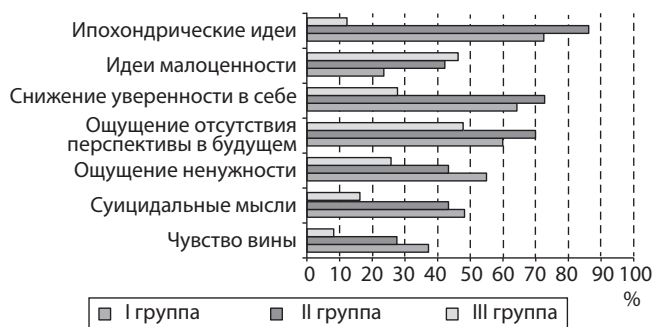


Рис. 2. Личностные проявления депрессии при шизофрении

Анализ **когнитивных нарушений** у пациентов с шизофренией показал, что в I группе среди когнитивных нарушений преобладали навязчивые мысли (87,15 %), нарушение концентрации (57,16 %) и переключаемости внимания (71,05 %), повышенная чувствительность

к критике в свой адрес (58,14 %) и ригидность мышления (54,89 %) (рис. 3). Наименее выражены были нарушения памяти (23,48 %) и трудности в принятии решений (36,89 %).

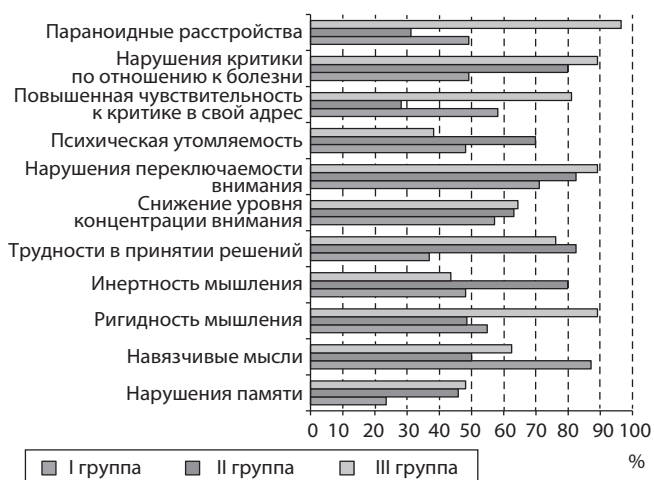


Рис. 3. Когнитивные проявления депрессии при шизофрении

Во II группе преобладали такие симптомы как инертность мышления (79,87 %), трудности в принятии решений (82,44 %), снижение уровня концентрации (63,15 %) и переключаемости внимания (82,44 %), наличие психической утомляемости (69,87 %) и нарушений критики по отношению к болезни (79,87 %). У пациентов III группы были выражены практически все когнитивные нарушения: параноидные расстройства (96,47 %), нарушения критики по отношению к болезни и в свой адрес (89,12 % и 81,03 % соответственно), нарушения концентрации и переключаемости внимания (64,38 % и 89,12 % соответственно), трудности в принятии решений (76,15 %), ригидность мышления (89,12 %) и навязчивые мысли (62,47 %).

Оценка когнитивных нарушений в динамике заболевания четко продемонстрировала усиление когнитивных нарушений с длительностью заболевания: на начальных этапах заболевания когнитивные нарушения преимущественно сосредоточены на повышенной чувствительности к критике в свой адрес ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,15, МИ = 0,47) и наличии навязчивых мыслей ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,41, МИ = 0,46), затем, по мере продолжения заболевания, через 7—8 лет, присоединяются нарушения памяти ( $p \leq 0,01$ , ДК = 2,91, МИ = 0,33), инертность мышления ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,20, МИ = 0,35), трудности в принятии решений ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 3,49, МИ = 0,80), психическая утомляемость ( $p \leq 0,05$ , ДК = 1,62, МИ = 0,18) и появляется нарушение критики по отношению к болезни ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,11, МИ = 0,32). В дальнейшем, через 13 лет, к имеющимся когнитивным нарушениям присоединяются ригидность мышления ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 2,64, МИ = 0,53) и проявляются параноидные симптомы ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 4,91, МИ = 1,60).

Анализ **волевых нарушений** у пациентов с шизофренией продемонстрировал, что в I группе в 59,18 % случаев регистрировалась гипобулия, у 25,13 % пациентов — абулия, гипербулия — у 9,41 % пациентов и у 6,28 % — парабулия. У больных II группы в большинстве случаев была выражена абулия (56,24 %), а также значительную

долю составляли пациенты с гипобулией (33,74 %). В III группе у 46,18 % пациентов отмечалась парабулия, у 24,15 % — гипобулия, у 15,52 % — гипербулия и у 14,15 % пациентов регистрировалась абулия (рис. 4).

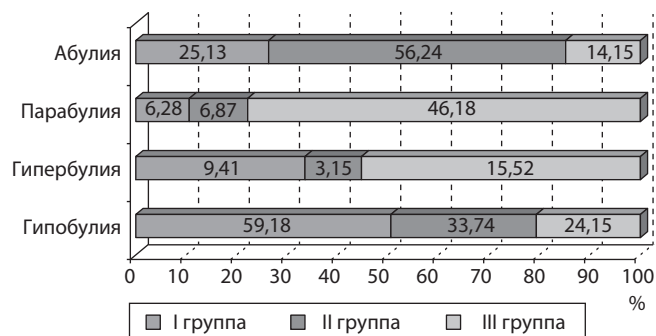


Рис. 4. Волевые нарушения у больных шизофренией

Анализ динамики развития заболевания в основной группе показал, что начальные волевые нарушения у больных шизофренией с наличием в клинической картине депрессивных состояний связано, прежде всего, с появлением гипобулии, проявляющейся в понижении волевой активности, бедности побуждений, бездеятельности, вялости, снижении двигательной активности, а также формировании абулии, выражающейся в отсутствии желаний и побуждений к деятельности. Со временем (в течение 7—8 лет) вышеописанные симптомы волевых нарушений усиливаются ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 5,41, МИ = 1,68), однако затем (через 13 лет) на первый план выходят такие нарушения волевой регуляции как гипербулия — повышенная активность, обусловленная значительным числом побуждений к деятельности, часто меняющихся с целью их осуществления, и связанная с бредовыми мотивами ( $p \leq 0,001$ , ДК = 9,11, МИ = 1,03) и парабулия, заключающаяся в изменении волевой активности: побуждения к деятельности, мотивы и цели реализации извращаются в связи с имеющимися у больного психопатологическими синдромами ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 8,27, МИ = 1,63).

Исследование **соматических проявлений** у больных шизофренией с депрессивной симптоматикой показало, что в I группе больных на первый план выходили такие симптомы как нарушение сна (89,92 %), снижение аппетита (86,54 %), потеря массы тела (87,15 %) и ощущение слабости (56,18 %) (рис. 5).

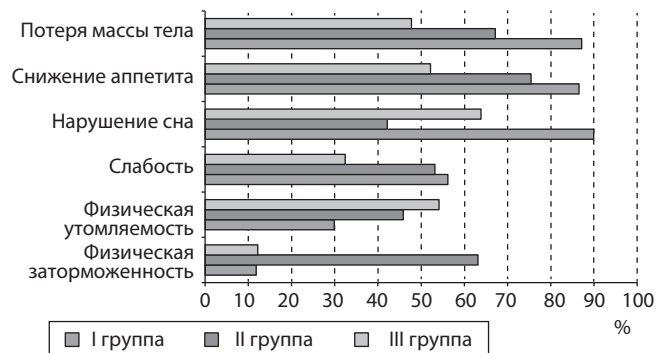


Рис. 5. Соматические проявления депрессии у больных шизофренией

Во II группе пациентов среди соматических симптомов наиболее выраженными были снижение аппетита (75,43 %), потеря массы тела (67,15 %), физическая заторможенность (63,15 %) и ощущение слабости (53,18 %). Соматические проявления у пациентов III-й группы характеризовались выраженностью диссомнических симптомов (63,84 %), физической утомляемостью (54,15 %) и снижением аппетита (52,18 %).

Оценка динамики соматических проявлений депрессии у больных шизофренией показала, что при начале заболевания ведущими симптомами являются нарушение сна ( $p \leq 0,01$ , ДК = -3,29, МИ = 0,79), снижение аппетита ( $p \leq 0,001$ , ДК = -2,20, МИ = 0,38) и потеря массы тела ( $p \leq 0,01$ , ДК = -1,13, МИ = 0,11). По мере заболевания (через 5 лет) на первый план выходят такие симптомы как физическая заторможенность ( $p \leq 0,0001$ , ДК = 7,27, МИ = 1,87) и слабость ( $p \leq 0,05$ , ДК = -2,15, МИ = 0,22), при этом отсутствие аппетита и потеря массы тела сохраняются ( $p \leq 0,05$ , ДК = -1,60, МИ = 0,19). Однако впоследствии (через 13 лет) соматические проявления депрессии редуцируются, однако физическая утомляемость остается более высокой по сравнению с I и II группами ( $p \leq 0,01$ , ДК = -4,02, МИ = 0,39).

Таким образом, определена динамика проявления депрессивных нарушений при шизофрении в зависимости от длительности заболевания. Так, было доказано, что при начале заболевания шизофренией в структуре депрессивных проявлений преобладали тревога, плаксивость, эмоциональная лабильность, раздражительность, ипохондрические идеи, повышенная чувствительность к критике, навязчивые мысли, наличие гипобулии, а также нарушение сна, снижение аппетита и потеря веса. После 5-ти лет болезни клиническая картина изменялась и характеризовалась нарастанием апатии, снижением активности, безразличием, усилением ипохондрических идей, снижением уверенности в себе и будущем, нарастанием когнитивных, волевых и соматических нарушений. Проявления депрессии у больных шизофренией после 13-ти лет болезни характеризовались наличием физической утомляемости, раздражительности, обидчивости, эмоциональной неадекватности и эмоциональной уплощенности, дезактуализацией личностных переживаний, усилением когнитивных и волевых нарушений. Описанная динамика изменения клинических проявлений депрессии у пациентов с шизофренией требует дальнейшего анализа синдромальной структуры депрессивных нарушений при шизофрении и подтверждения соответствия полученных результатов.

Полученные данные следует учитывать при проведении дифференцированной фармакотерапии больным с шизофренией с наличием в клинической картине депрессивной симптоматики.

#### Список литературы

- Hoff, P. Schizophrenia: common issues in conceptualizing severe psychotic disorders from Kraepelin and Bleuler to 21<sup>st</sup> century psychiatry / P. Hoff // 15<sup>th</sup> World Congress of Psychiatry, Abstract Book. — P. 141—2.
- Мазо, Г. Э. Депрессивные нарушения в клинике эндогенных психозов (клинико-фармакотерапевтическое исследование) : автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра мед. наук, спец.: 14.00.18 — Психиатрия / Мазо Галина Элевна. — М., 2005.
- К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении / [Ю. С. Бубнова, В. В. Дорофейков, Г. Э. Мазо, Н. Н. Петрова] // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 4. — С. 23—28.
- Напреєнко, О. К. Шизофренія з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування тіорилом (тіоридазиним) / О. К. Напреєнко, В. О. Процик, Л. С. Пампуха // Український вісник психоневрології. — Т. 14, вип. 1(46). — 2006. — С. 90—92.
- Магомедова, М. В. Соотношение социального функционирования и нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на раннем и отдаленном этапе болезни : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / М. В. Магомедова. — М., 2003. — 142 с.
- Марута, Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 21—24.
- Смулевич, А. Б. Концепции шизофрении — современные подходы — оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18—22 сентября 2011 г.) / А. Б. Смулевич, Н. А. Ильина // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2012. — № 1. — С. 35—38.
- Berger, G. Neuroprotection in emerging psychotic disorders / G. Berger, M. Dell'Olivo, P. Amminger // Early Int Psychiatry. — 2007. — Vol. 1. — P. 114—127.
- Кинкулькина, М. А. Депрессии, развивающиеся у больных шизофренией после купирования острого психотического состояния — клиника и лечение / М. А. Кинкулькина // В сб.: Труды конференции, посвященной 120-летию клиники психиатрии им. С. С. Корсакова. — М., 2007. — С. 54—65.
- Siris, S. G. Depression and schizophrenia. / S. G. Siris, C. Bench // In: Schizophrenia / S. Hirsch, D. Weinberger (Eds.). 2<sup>nd</sup> ed. — Oxford, UK : Blackwell Science, Malden, Massachusetts, 2003. — P. 142—67. .
- Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode / [A. Tapp, N. Kilzieh, A. E. Wood et al.] // Comprehensive Psychiat. — 2001; 42: 314—8.
- Клініко-типологічні особливості депресивного типу шизоафективного розладу / [В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник, О. С. Серікова] // Журнал психиатрії і мед. психології. — 2012. — № 1. — С. 23—26.
- Мисула, Ю. І. Клінічні особливості когнітивного дефекту при шизофренії (огляд літератури) / Ю. І. Мисула // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18, № 2 (в одній обкл. 1/2). — С. 56—59.

Надійшла до редакції 23.02.2016 р.

**МАЛЮТА Лiana Владимировна**, младший научный сотрудник Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: lianamalyuta@mail.ru

**MALIUTA Liana**, Junior Researcher of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Science of Ukraine", Kharkiv; e-mail: lianamalyuta@mail.ru