

С. П. Колядко, Л. В. Малюта
**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ШИЗОФРЕНІЇ З ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ
 ЗАЛЕЖНО ВІД ТРИВАЛОСТІ ПАТОЛОГІЧНОГО ПРОЦЕСУ**

С. П. Колядко, Л. В. Малюта
**Особенности клинической картины шизофрении с депрессивными нарушениями
 в зависимости от длительности патологического процесса**

S. P. Kolyadko, L. V. Maliuta
**Features of clinical presentation of schizophrenia with the depressive disorders
 in dependence on duration of pathological process**

У статті надані відомості про особливості депресивних порушень (ДП) в структурі шизофренії, їх вплив на структуру психопатологічної симптоматики, оцінку якості життя хворими залежно від тривалості патологічного процесу. Показано, що феноменологічна структура депресій у пацієнтів з ДП при шизофренії включала в себе наявність афективних, негативних симптомів та когнітивних порушень. У порівняльному аспекті у хворих на шизофренію з симптомами депресії залежно від тривалості хвороби встановлено, що вираженість депресивних симптомів була вищою у пацієнтів, які страждають на шизофренію менш ніж 10 років, а незадоволеність якістю свого життя — у пацієнтів, які страждають на шизофренію більш ніж 15 років. Також виявлена негативна динаміка суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з депресивною симптоматикою при шизофренії залежно від тривалості захворювання: 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. Отримані дані можуть виступати як психопатологічні диференціально-діагностичні критерії оцінки ДП, їх треба враховувати під час проведення диференційованої (залежно від тривалості захворювання) фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з ДП.

Ключові слова: шизофренія, депресивні порушення, якість життя

В статтю предоставлены сведения об особенностях депрессивных нарушений (ДН) в структуре шизофрении, их влиянии на структуру психопатологической симптоматики, оценке качества жизни больными в зависимости от длительности патологического процесса. Показано, что феноменологическая структура депрессий у пациентов из ДН при шизофрении включала в себя наличие аффективных, негативных симптомов и когнитивных нарушений. В сравнительном аспекте у больных шизофренией с симптомами депрессии в зависимости от длительности болезни было установлено, что выраженность депрессивных симптомов была выше у пациентов, которые страдают шизофренией до 10 лет, а недовольство качеством своей жизни — у пациентов, которые страдают шизофренией более 15 лет. Также выявлена негативная динамика субъективного восприятия качества жизни пациентами с депрессивной симптоматикой при шизофрении в зависимости от длительности заболевания: удовлетворенность своим состоянием здоровья ($p \leq 0,025$), психологическим благополучием ($p \leq 0,05$) и социальными контактами ($p \leq 0,01$) снижалась в процессе болезни. Полученные данные могут выступать в качестве психопатологических дифференциально-диагностических критериев оценки ДН, их следует учитывать при проведении дифференцированной (в зависимости от длительности заболевания) фармако- и психотерапии больным шизофренией из ДН.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные нарушения, качество жизни

The article provides reports on the features of depressive disorders (DD) in the structure of schizophrenia, their influence on the structure of psychopathological symptoms, assessment of the quality of life by patients depending on the duration of the pathological process. It was shown that the phenomenological structure of depression in patients with DD in schizophrenia included the presence of affective, negative symptoms and cognitive impairment. Comparatively, in patients with schizophrenia with symptoms of depression depending on the duration of the disease, it was found that the severity of depressive symptoms was higher in patients suffering from schizophrenia by the 10th year, and dissatisfaction with their quality of life was higher for patients suffering from schizophrenia for 15 years. Negative dynamics of the subjective perception of the quality of life of patients with depressive symptoms in schizophrenia depending on the duration of the disease was also revealed: satisfaction with their health ($p \leq 0.025$), psychological well-being ($p \leq 0.05$) and social contacts ($p \leq 0.01$) decreased in the process of illness. The obtained data can act as a psychopathological differential diagnostic criteria for assessing DD, they should be considered when conducting differentiated (depending on the duration of the disease) pharmac- and psychotherapy for patients with schizophrenia from DD.

Keywords: schizophrenia, depressive disorders, quality of life

Шизофренія посідає окреме місце серед усіх форм психічної патології завдяки вираженому несприятливому перебігу, що характеризується психотичними епізодами, негативними симптомами і когнітивним дефіцитом, наявністю дезадаптації. Шизофренія є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що зумовлено різноманіттям клінічних проявів, швидким патоморфозом цієї патології, коморбідністю та тяжкими соціальними та медичними наслідками цього захворювання, що додатково привертає увагу дослідників [1, 2].

Тяжкість симптомів шизофренії, ризик хронічного перебігу захворювання та пов'язані з цим ризики протиправної, суїцидальної поведінки, соціальні наслідки, зниження якості життя пацієнтів, суттєве погіршення психосоціального функціонування і високі витрати служб

охорони здоров'я наголошують високу медико-соціальну значущість досліджень цього захворювання. Водночас, актуальність проблеми визначається не стільки поширеністю шизофренії серед загальної популяції, а насамперед, високими показниками представленості депресії в її структурі [3—6].

Як відомо, основний зміст клініко-психопатологічних критеріїв проявів депресії при шизофренії складають особливості афективних проявів, негативної симптоматики та когнітивних порушень, що мають певну патологічну динаміку протягом розвитку цього розладу та у своїй сукупності впливають на адаптивні властивості та оцінювання хворим якості життя. Тому вивчення особливостей проявів депресивної симптоматики та якості життя у цієї категорії хворих залежно від тривалості шизофренії є важливим аспектом, який дає напрямок до розроблення лікувальних та профілактичних заходів [7—9].

Вищезазначене лягло в основу мети дослідження — визначення клініко-психопатологічних особливостей депресивних проявів (ДП) та оцінки якості життя у хворих на шизофренію залежно від терміну перебігу патологічного процесу.

Обстежено 39 пацієнтів, хворих на шизофренію з депресивними проявами в клінічній картині (тривалість захворювання — 10 років, що відповідало депресивним порушенням середнього періоду — ДПСР), та 43 пацієнти з цією патологією та тривалістю захворювання понад 15 років, що відповідало депресивним порушенням пізнього періоду (ДППР). Обстежувані обох груп належали здебільшого до вікової категорії 45—59 років — (84,62 ± 8,73) %.

У комплекс методів обстеження увійшли:

1) клініко-психопатологічний метод, що включав оцінювання психічного стану хворого (збирання скарг, анамнезу, вивчення симптомів, синдромів, з їх психопатологічною інтерпретацією) з подальшою постановкою діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10;

2) психометричний метод включав використання короткого опитувальника ВООЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) — для дослідження ступеня задоволеності/незадоволеності якістю життя пацієнтів з ДП при шизофренії [10];

3) методи статистичної обробки отриманих даних. Методи математичної статистики реалізувалися за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.0 і пакета аналізу даних Excel [11].

Для виявлення особливостей психопатологічних проявів депресії у хворих на шизофренію з ДП проведено детальний аналіз клінічних ознак депресивного спектра в обстежуваній вибірці відповідно до тривалості захворювання

Клініко-психопатологічний аналіз даних дозволив визначити основні негативні симптоми у хворих на шизофренію з ДП (рис. 1).

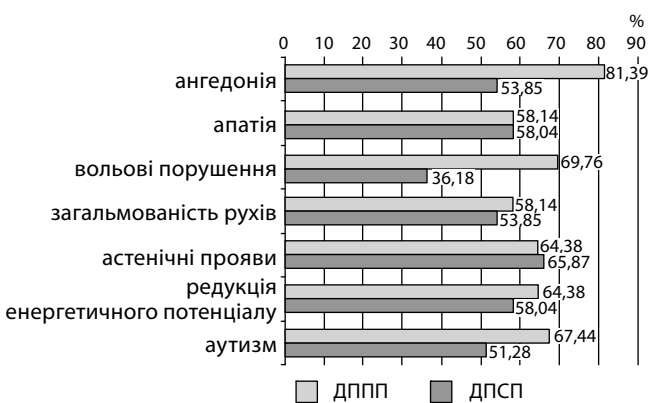


Рис. 1. Вираженість негативних симптомів у хворих на шизофренію з ДП

При ДПСР переважали астеничні прояви (65,87 ± 10,13) %, апатія (58,04 ± 9,89) %, зниження енергетичного потенціалу (58,04 ± 9,89) %, загальмованість рухів (53,85 ± 9,63) %, ангедонія (53,85 ± 9,63) % та аутизм (51,28 ± 9,52) %.

При ДППР були виражені практично всі негативні симптоми: редукція енергетичного потенціалу (64,38 ± 9,15) %, астеничні прояви (64,38 ± 9,15) %, аутизм (67,44 ± 9,15) %, апатія (58,14 ± 8,96) %, ангедонія (81,39 ± 8,96) %, загальмованість рухів (58,14 ± 8,96) % та вольові порушення (69,76 ± 7,96) %.

Для оцінювання ступеня та якості змін негативної симптоматики в динаміці захворювання у пацієнтів, хворих на шизофренію з ДП, був проведений статистичний аналіз відмінностей між двома групами. Зокрема, встановлено, що певні симптоми, як-от ангедонія та вольові порушення, були більш вираженими у хворих з ДППР ($p \leq 0,01$, ДК = 3,15, MI = 1,02), ніж у пацієнтів з ДПСР ($p \leq 0,025$, ДК = 2,17, MI = 0,24), де ДК — діагностичний коефіцієнт; MI — міра інформативності. Також було визначено, що симптоми аутизму посилювалися протягом перебігу хвороби ($p \leq 0,05$).

У хворих на шизофренію з ДПСР серед депресивних проявів переважали зниження ініціативи (65,87 ± 10,13) %, стомлюваність (68,53 ± 10,12) %, байдужість (69,87 ± 10,09) %, пригнічений настрій (53,85 ± 9,63) % та неадекватність емоцій (52,45 ± 9,52) %. Найменш представленими були такі симптоми афективного спектра: тривога (12,42 ± 3,06) %, емоційна лабільність (13,18 ± 3,23) %, дратівливість (15,25 ± 3,69) % і образливість (18,13 ± 4,32) %. У групі хворих на шизофренію з ДППР серед депресивних проявів переважали дратівливість (89,12 ± 7,00) %, неадекватність емоцій (79,18 ± 8,60) %, байдужість (78,95 ± 8,62) %, образливість (74,08 ± 8,98) % та емоційна тупість (64,38 ± 9,15) %. Найменш представленими симптомами депресивного спектра були тривога (5,84 ± 1,35) % і плаксивість (9,18 ± 2,08) %.

Для оцінювання ступеня і якості змін депресивних проявів в динаміці захворювання у пацієнтів, хворих на шизофренію, з наявністю в клінічній картині депресивних симптомів був проведений статистичний аналіз відмінностей між двома групами. Зокрема, після 15-ти років перебігу хвороби (хворі з ДППР) відбувається зміна афективних проявів: апатико-адинамічна форма депресії змінюється дратівливістю ($p \leq 0,0001$, ДК = 7,67, MI = 2,83), уразливістю ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,09, MI = 1,71), що поєднуються з неадекватністю емоцій ($p \leq 0,001$, ДК = 1,51, MI = 0,24) і емоційною тупістю ($p \leq 0,05$, ДК = 1,44, MI = 0,18).

Аналіз когнітивних порушень у пацієнтів з шизофренією з ДП проводили в зіставленні з тривалістю захворювання (табл. 1).

Таблиця 1. Когнітивні прояви у хворих на шизофренію з ДП

Клінічні ознаки	ДПСР (n = 39)	ДППР (n = 43)
Мнестичні порушення	45,87 ± 8,88	48,15 ± 8,26
Нав'язливі думки	50,04 ± 9,31	62,47 ± 9,11
Ригідність мислення	48,57 ± 9,17	89,12 ± 7,00
Інертність мислення	79,87 ± 9,43	43,54 ± 7,79
Труднощі в прийнятті рішень	82,44 ± 9,09	76,15 ± 8,85
Зниження рівня концентрації уваги	63,15 ± 10,09	64,38 ± 9,15
Порушення переключення уваги	82,44 ± 9,09	89,12 ± 7,00
Психічна втомлюваність	69,87 ± 10,09	38,25 ± 7,16
Підвищена чутливість до критики у свій бік	28,18 ± 6,28	81,03 ± 8,40
Порушення критики до хвороби	79,87 ± 9,43	89,12 ± 7,00
Маячні переконання	31,18 ± 6,81	96,47 ± 4,32

Примітка. Тут і далі дані наведено в форматі відсоток від абсолютної кількості ± помилка відсотку (% ± m %)

Аналіз когнітивних порушень у хворих на шизофренію з ДПСР продемонстрував переважання таких симптомів: інертність мислення (79,87 %), труднощі в прийнятті рішень (82,44 %), зниження рівня концентрації (63,15 %) і переключення уваги (82,44 %), наявність психічної стомлюваності (69,87 %) і порушення критики щодо хвороби (79,87 %). Статистичний аналіз продемонстрував вірогідні відмінності, які полягають в більшій ймовірності у пацієнтів з ДПСР певних симптомів, як-от інертність мислення та психічна втомлюваність ($p \leq 0,005$). Серед когнітивних порушень у пацієнтів з шизофренією з ДППП були виражені практично всі когнітивні порушення: маячні переконання (96,47 %), порушення критики до хвороби і на свою адресу (89,12 % і 81,03 % відповідно), порушення концентрації і переключення уваги (64,38 % і 89,12 % відповідно), труднощі в прийнятті рішень (76,15 %), ригідність мислення (89,12 %) і нав'язливі думки (62,47 %). Оцінювання когнітивних порушень в динаміці захворювання чітко продемонструвало посилення когнітивних порушень залежно від тривалості захворювання: при ДППП до наявних когнітивних порушень приєднуються ригідність мислення ($p \leq 0,0001$, ДК = 8,13, MI = 2,45) і посилення маячних переконань ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,91, MI = 1,60).

Аналіз вольових порушень у пацієнтів з шизофренією з ДП також проводили в зіставленні з тривалістю захворювання. Зокрема, у хворих з ДПСР здебільшого була виражена абулія (56,24 %), а також чималу частку становили пацієнти з гіпобулією (33,74 %). Серед хворих з ДППП у 46,18 % пацієнтів спостерігалася парабулія, у 24,15 % — гіпобулія, у 15,52 % — гіпербулія і у 14,15 % пацієнтів реєструвалася абулія (табл. 2).

Таблиця 2. Вольові прояви у хворих на шизофренію з ДП

Клінічні ознаки	ДПСР (n = 39)	ДППП (n = 43)
Гіпобулія	33,74 ± 10,13	24,15 ± 6,60
Гіпербулія	3,15 ± 0,82	15,52 ± 5,27
Парабулія	6,87 ± 1,74	46,18 ± 8,07
Абулія	56,24 ± 8,20	14,15 ± 3,91

При цьому пацієнти з ДПСР відрізнялися від групи порівняння більшою вираженістю абулії ($p \leq 0,0001$, ДК = -8,31, MI = 3,09), а у пацієнтів з ДППП більш вираженими були гіпербулія ($p \leq 0,0001$, ДК = -12,81, MI = 2,86) та парабулія ($p \leq 0,0001$, ДК = -6,34, MI = 1,37).

Дослідження соматичних проявів у хворих на шизофренію з депресивною симптоматикою (табл. 3) показало, що у хворих з ДПСР серед соматичних симптомів частіше спостерігались зниження апетиту (75,43 %), втрата ваги (67,15 %), фізична загальмованість (63,15 %) і відчуття слабкості (63,15 %). Соматичні прояви при ДППП характеризувалися вираженістю диссомнічних симптомів (76,74 %), фізичної втомлюваності (69,76 %) і зниженням апетиту (52,18 %).

Оцінювання динаміки соматичних проявів депресії у хворих на шизофренію показало, що при ДПСР частіше спостерігаються фізична загальмованість ($p \leq 0,0001$, ДК = 7,27, MI = 1,87) і слабкість ($p \leq 0,05$, ДК = -2,15, MI = 0,22). При ДППП соматичні прояви депресії редукуються, проте симптоми фізична стомлюваність і порушення сну залишаються вищими порівняно з хворими з ДПСР ($p \leq 0,01$, ДК = -4,02, MI = 0,39).

Таблиця 3. Соматичні прояви у хворих на шизофренію з ДП

Клінічні ознаки	ДПСР (n = 39)	ДППП (n = 43)
Фізична загальмованість	63,15 ± 10,09	12,19 ± 2,72
Фізична втомлюваність	45,87 ± 8,88	69,76 ± 8,73
Слабкість	63,15 ± 9,58	32,45 ± 6,35
Порушення сну	42,16 ± 8,44	76,74 ± 9,14
Зниження апетиту	75,43 ± 9,84	52,18 ± 8,59
Втрата ваги	67,15 ± 10,13	47,74 ± 8,22

Отже, описана феноменологія депресивних проявів у хворих на шизофренію, в клінічній картині яких спостерігаються ДП, потребує аналізу синдромальної структури ДП при шизофренії та підтвердження відповідності отриманих результатів.

У дослідженні за допомогою клініко-психопатологічного методу були вивчені синдромальні прояви ДП у хворих на шизофренію в зіставленні з тривалістю захворювання.

Серед пацієнтів з ДПСР найбільш часто виявлялися апатико-динамічний (46,20 ± 8,91) %, деперсоналізаційний (25,64 ± 4,81) % і сенесто-іпохондричний (12,80 ± 3,15) % та депресивно-параноїдний (15,36 ± 4,81) % варіанти депресії (рис. 2, А). У пацієнтів з ДППП при апатико-динамічній депресії на першому плані були зниження рівня бажань і спонукань, тобто власне апатичний радикал в афективній сфері. Такі пацієнти були байдужі, відрізнялися гіпо- або абулією, малорухомістю (адинамією), переживаннями безнадійності, нереалізованості, безперспективності, безглуздості того, що відбувається. Їм доводилося здійснювати надмірні вольові зусилля для виконання навіть самих рутинних, повсякденних дій.

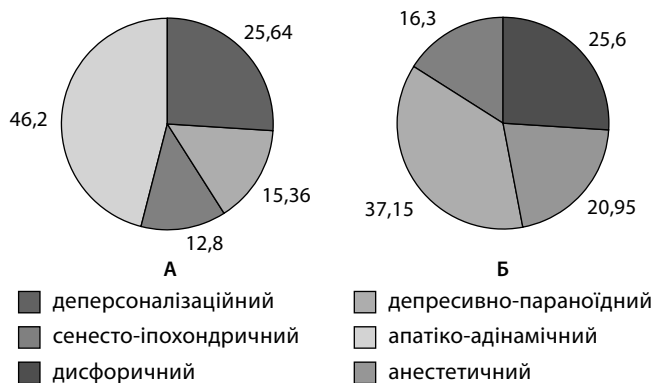


Рис. 2. Представленість (%) синдромальних варіантів депресії у хворих на шизофренію з ДПСР (А) та ДППП (Б)

У 25,64 % хворих на шизофренію з ДПСР виявлено деперсоналізаційний варіант депресії з анестетичними основними проявами, який проявлявся здебільшого в наявності деперсоналізаційних розладів. У таких пацієнтів вкрай несуттєво було виражено ідеомоторне гальмування, не спостерігалася почуття явно зниженого настрою, добових коливань настрою, соматичних проявів. Прояви деперсоналізаційної депресії характеризувалися у цієї групи пацієнтів болючим почуттям відчуження емоцій.

Хворі пред'являли скарги на відсутність почуття співпереживання, тьмяність, млявість як навколишнього світу, так і себе самого, «одерева'яніння» в душі, в голові, притуп-

лення смаку, запахів. Вони відчували, що світ відокремлений від них «пеленою», він як би «намальований», а самі вони болісно переживають відсутність у себе почуття любові, емоційного резонансу і прихильності. При цьому вони повідомляли, що розуміють, що «повинні любити свою дитину, але самі таких емоцій не відчувають». Отже, провідним симптомом анестетичної депресії був феномен хворобливої нечутливості, який супроводжувався апатичним афектом.

У чималій частині пацієнтів з ДСПП спостерігався депресивно-параноїдний синдром (15,36 %), який був представлений різними фабулами марення.

Сенесто-іпохондрична депресія спостерігалася у 12,80 % обстежених з ДСПП. Провідним симптомом при цьому варіанті депресії були побоювання з приводу власного здоров'я і припущення, що досягають ступеня переконаності, про наявність у себе будь-якого невідомого або соматичного захворювання, що не піддається діагностиці. Синдром супроводжувався відповідними сенестопатіями, тужливо-тривожним афектом, плаксивістю, дратівливістю, вегетативними розладами, надцінною значимістю і насиченістю переживань.

У групі пацієнтів з ДППП синдромальними варіантами депресії, які переважали, зафіксовані дисфоричний (25,60 ± 5,25) %, анестетичний (20,95 ± 4,43) %, сенесто-іпохондричний (16,30 ± 5,25) % варіанти депресії та депресивно-параноїдний симптомокомплекс (37,15 ± 4,43) % (рис. 2,Б).

Для пацієнтів з ДППП, у яких переважав дисфоричний варіант депресії, характерним був похмуро-тужливий, дратівливо-злісний настрій, з переживаннями нудьги і одноманітності життя. Такі хворі були похмурі, незадоволені і собою, і навколишнім світом. Спостерігалися також нерегулярні коливання настрою, які посилювалися під впливом зовнішніх подразників.

У 20,90 % пацієнтів з ДППП спостерігався анестетичний варіант депресії, який складався з ауто- (відчуження почуттів, думок), сомато- (відсутність відчуттів голоду, потреби в сні і т. ін.) і алопсихічної (тьмяність, млявість навколишнього світу) деперсоналізації. Ступінь вираженості цих трьох компонентів деперсоналізації в кожному конкретному випадку була різною. Водночас притаманна емоційна ущербність пацієнтів охоплювала найчастіше всі сторони їхнього життя: спілкування, ставлення до оточуючих, здатність до співчуття, навколишню дійсність. Анестетична депресія з вираженою деперсоналізаційною симптоматикою характеризувалася затяжним, а частіше хронічним перебігом.

У чималій частині пацієнтів з ДППП спостерігався депресивно-параноїдний синдром (37,15 %), який був виражений різними фабулами марення (марення гріховності, зубожіння, іпохондричне марення, парафренне марення заперечення, марення переслідування).

Статистичний порівняльний аналіз розподілу синдромальних варіантів ДП серед пацієнтів з шизофренією з різною тривалістю захворювання дозволив визначити, що у хворих, що страждають на шизофренію до 10 років, на перший план виходять апатико-адиномічний, деперсоналізаційний та депресивно-параноїдний варіанти депресії. Подальший перебіг хвороби супроводжується збереженням сенесто-іпохондричного варіанта депресії, а депресивно-параноїдний симптомокомплекс стає провідним в клінічній картині ($p \leq 0,0001$, ДК = 9,12, MI = 0,84).

Отже, під час аналізу динаміки депресивних симптомокомплексів при шизофренії встановлено, що на різних етапах захворювання депресія зазнає чималих змін: апатико-адиномічний та деперсоналізаційний симп-

томокомплекси з часом змінюються на анестетичний та дисфоричний варіанти депресії. Протягом захворювання (з наростанням дефекту) на перший план виходять дисфорична депресія та депресивно-параноїдний симптомокомплекс.

Оцінювання якості життя пацієнтів з ДП при шизофренії проводили за допомогою методики WHOQOL-BREF (табл. 4).

Таблиця 4. Особливості якості життя хворих з ДП при шизофренії залежно від тривалості захворювання (за результатами методики WHOQOL-BREF)

Найменування показників	ДПСР (n = 39)	ДППП (n = 43)
Фізичне благополуччя	64,10 ± 8,94*	43,98 ± 7,83*
Психологічне благополуччя	61,54 ± 8,66*	34,76 ± 6,68*
Міжособистісні відносини	58,07 ± 7,49*	35,83 ± 6,83*
Навколишнє оточення	51,24 ± 9,41	49,34 ± 8,36

При ДПСР суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості свого життя нижче середнього пацієнти оцінювали міжособистісні відносини (58,07 ± 7,49) %, стан свого здоров'я (64,10 ± 8,94) % і психологічне благополуччя (61,54 ± 8,66) %. Задоволеність навколишнім оточенням відповідає середньому рівню і становила 51,24 %.

При ДППП показники якості життя хворих на шизофренію були досить низькими: пацієнти не були задоволені своїм станом здоров'я (43,98 ± 7,83) %, психологічним благополуччям (34,76 ± 6,68) %, відносинами з людьми (35,83 ± 6,83) % і навколишнім оточенням загалом (49,34 ± 8,36) %.

Були отримані вірогідні відмінності між групами, що відображають негативну динаміку суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з шизофренією залежно від тривалості захворювання: задоволеність своїм станом здоров'я ($p \leq 0,025$, ДК = 1,62, MI = 0,17), психологічним благополуччям ($p \leq 0,05$, ДК = 1,66, MI = 0,17) і соціальними контактами ($p \leq 0,01$, ДК = 2,21, MI = 0,26) знижувалася в процесі хвороби.

Отже, результати дослідження дозволили виокремити типові психопатологічні особливості пацієнтів з ДП при шизофренії, які полягають в особливостях вираженості депресії та оцінці якості життя у цієї категорії хворих. Встановлено, що ДП при шизофренії впливають на якість життя пацієнтів: знижується задоволеність фізичним та психологічним благополуччям і міжособистісними відносинами.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

В процесі виконання дослідження встановлено, що вираженість психопатологічної симптоматики змінювалася в процесі захворювання. Феноменологічна структура депресій у пацієнтів з ДП при шизофренії включала в себе наявність афективних, негативних симптомів та когнітивних порушень.

Під час порівняння хворих на шизофренію з симптомами депресії залежно від тривалості хвороби встановлено, що вираженість депресивних симптомів була вищою у пацієнтів з ДПСР; а незадоволеність якістю свого життя — при ДППП.

Була виявлена негативна динаміка суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з ДП при шизофренії залежно від тривалості захворювання: 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.

Отже, отримані дані можуть виступати як психопатологічні диференціально-діагностичні критерії оцінки ДП, їх треба враховувати під час проведення диференційованої (залежно від тривалості захворювання) фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з ДП.

Список літератури

1. Марута Н. А. Проблема коморбидності в сучасній психіатрії. Теоретичний, клінічний, терапевтичний і організаційні аспекти // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія, Психотерапія». 2013, № 4 (27). С. 38—39.
2. Смулевич А. Б., Ильина Н. А. Концепции шизофрении — современные подходы — оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18—22 сентября 2011 г.) // Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина. 2012. № 1. С. 24—29.
3. Кожина А. М., Сухоиванова Е. И. Современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией // Экспериментальная і клінічна медицина. 2013. № 1 (58). С. 163—167.
4. Гнатишин М. С., Белов О. О. Шизофренія: сучасний погляд : монографія. Вінниця : Консоль, 2012. С. 199—205.
5. Babinkostova Z., Stefanovski B. Depressive symptoms in schizophrenic patients // Medicus. 2010. 13(1). P. 126—131.
6. Михайлов Б. В. Модель функціонування медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги за реформою галузі охорони здоров'я // Здоров'я України. 2012. № 2(21). С. 35.
7. Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Малиута Л. В. Порівняльний аналіз депресивних проявів в залежності від тривалості шизофренії // East European Scientific Journal (Warsaw, Poland). 2017. № 3 (19), part 1. С. 79—89.

8. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis / De Silva M. J., Cooper S., Li H. L. [et al.] // Br J Psychiatry. 2013; 202 (4): 253—260.

9. Діхтяр В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вип. 3 (60). С. 35—44.

10. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.

11. Вуколов Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL : учебное пособие. 2-е изд. М. : Форум, 2008. 454 с. (Профессиональное образование).

Надійшла до редакції 22.08.2018 р.

КОЛЯДКО Світлана Петрівна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

МАЛЮТА Ліана Володимирівна, молодший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry 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), Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

MALIUTA Liana, Junior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine