УДК 616.895.8-008.64-071:159.96+616.89 DOI: 10.36927/2079-0325-V27-is1-2019-7

С. П. Колядко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА САМОСПРИЙНЯТТЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В СТРУКТУРІ ПСИХОЗУ

С. П. Колядко

Особенности клинико-психопатологических проявлений и самовосприятия у больных шизофренией с депрессивными нарушениями в структуре психоза

S. P. Kolyadko

Features of clinical and psychopathological manifestations and self-perception in patients with schizophrenia with depressive disorders in the structure of psychosis

У статті надані відомості про особливості депресивних порушень (ДП) в структурі шизофренії, їхній вплив на структуру психопатологічної симптоматики, а також особливості самосприйняття. 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 та без них було встановлено, що серед психологічних особливостей особистості у пацієнтів з ДП виявлялася втрата цінностей і цілей, менш вираженою була здатність до самосприйняття і вираження своїх почуттів, спостерігалося зниження когнітивних потреб порівняно з групою хворих без ДП. Самооцінка хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю та була заниженою у порівняльному аспекті. Отримані дані можуть виступати як психопатологічні диференціально-діагностичні критерії оцінки ДП, на них слід зважати під час проведення диференційованої фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з ДП.

Ключові слова: шизофренія, депресивні порушення, самосприйняття

В статье предоставлены сведения об особенностях депрессивных нарушений (ДН) в структуре шизофрении, их влиянии на структуру психопатологической симптоматики, а также особенности самовосприятия. Показано, что феноменологическая структура депрессий у пациентов с ДН при шизофрении включала в себя наличие аффективных, негативных симптомов и когнитивных нарушений.

В сравнительном аспекте у больных шизофренией с симптомами депрессии и без них было установлено, что среди психологических особенностей личности у пациентов с ДН отмечалась утрата ценностей и целей, менее выраженной была способность к самовосприятию и выражению своих чувств, отмечалось снижение когнитивных потребностей по сравнению с группой больных без ДН.

Самооценка больных шизофренией с ДН характеризовалась неадекватностью и была занижена в сравнительном аспекте. Полученные данные могут выступать в качестве психопатологических дифференциально-диагностических критериев оценки ДН, их следует учитывать при проведении дифференцированной фармако- и психотерапии больным шизофренией с ДН.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные нарушения, самовосприятие

The article presents the features of depressive disorders (DD) in the structure of schizophrenia, their influence on the structure of psychopathological symptoms, as well as the features of self-perception. It was shown that the phenomenological structure of depression in patients with DD with schizophrenia included the presence of affective, negative symptoms and cognitive impairments. In the comparative aspect, in patients with schizophrenia with and without depression symptoms, it was found that among psychological peculiarities of personality in patients with DD there was a loss of values and goals, less was the expressed ability to self-acceptance and expression of their feelings, there was a decrease in cognitive needs compared with the group patients without DD. The self-esteem of patients with schizophrenia with DP was characterized by inadequacy and was underestimated in the comparative aspect. The obtained data can serve as psychopathological differential diagnostic criteria for assessment of DD, they should be taken into account when conducting differentiated pharmacological and psychotherapy for patients with schizophrenia with DD.

Keywords: schizophrenia, depressive disorders, self-perception

Шизофренія є важким психічним захворюванням, на яке страждають понад 50 мільйонів жителів Землі. Шизофренія вже довгі роки посідає центральне місце в психіатричній науці та практиці як один з найбільш тяжких психічних розладів, що характеризується важкими медико-соціальними наслідками у вигляді вираженої дезадаптації, інвалідизації, ризику протиправної, агресивної та аутоагресивної поведінки, скорочення тривалості життя і погіршання соціального функціонування самого хворого та його оточення [1, 2].

Однією з особливостей перебігу шизофренії є формування депресивної симптоматики в її структурі, яка має певний вплив на клінічну картину психозу та створює патогенетичне підґрунтя до формування його ускладнень, тобто зниження адаптаційних властивостей людини, серед яких важливе місце займає самосприйняття. Симптоми депресії при шизофренії також мають велике медико-соціальне значення, оскільки вони не тільки істотно посилюють страждання, що спричинені захворюванням, незалежно від ступеня гостроти або стабільності психотичної симптоматики, але й посилюють порушення в психосоціальному функціонуванні хворого [3, 4].

Слід зауважити, що причина виникнення депресивної симптоматики в структурі шизофренії та її вплив на перебіг основного захворювання на сьогодні залишаються недостатньо вивченими. У роботах А. Б. Смулевича, Е. Б. Дубницкої (2012) проведено аналіз структури депресій при шизофренії, яку автори співвідносять з параметрами негативної ефективності, серед яких переважають ознаки апатії, анергії, психічної анестезії та дисфоричні прояви [5—7].

Дані такого роду публікацій свідчать про атипії психопатологічної структури депресивних станів при шизофренії з уповільненим перебігом. Кількість робіт, присвячених депресіям в межах прогредієнтного ендогенного процесу (зокрема несприятливої шизофренії з уповільненим перебігом), порівняно невелика, а основні положення, що стосуються цієї проблеми, на цей момент залишаються суперечливими. Єдине питання, в якому досягнуто певної згоди: депресія — це інтегральна частина клінічної симптоматики шизофренії, яка може розвиватися при різних її формах та етапах перебігу [4, 8].

© Колядко С. П., 2019

Аналіз літератури з проблеми депресивних порушень (ДП) в структурі шизофренії показав, що, незважаючи на визнання важливої ролі ДП при шизофренії, яка зумовлює поганий прогноз, однією з ланок якого є формування патологічного особистісного ставлення до себе та формування патологічного характеру самосприйняття, до теперішнього часу залишається недостатньо вивченими. Все вище означене підтверджує актуальність проведення комплексного дослідження, спрямованого на вивчення клініко-психопатологічних і психологічних особливостей ДП при шизофренії [9].

Мета дослідження: вивчити особливості клініко-психопатологічних проявів та самосприйняття у хворих на шизофренію з депресивними порушеннями в структурі психозу.

Обстежено 81 пацієнт, з діагнозом шизофренія (F20.0 — F20.9, відповідно до МКХ-10). Основну групу склали 39 хворих на шизофренію з наявністю депресивних порушень в клінічній картині. Групу порівняння склали 42 хворих на шизофренію без депресивних порушень. Вік хворих, які взяли участь в дослідженні, був від 20 до 59 років.

У комплекс методів обстеження увійшли:

1) клініко-психопатологічний метод, що включав оцінення 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 Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised — SCL-90-R), (Derogates et al., 1974) — для визначення психопатологічної симптоматики пацієнтів з ДП при шизофренії;

3) Психодіагностичний метод реалізовували за допомогою таких методик: Торонтська шкала алекситимії (Райгородський Д. Я., 2002) — для встановлення особливостей вербалізації емоційних станів у пацієнтів з ДП при шизофренії [10]; Тест «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» за С. А. Будасі (Е. Ф. Іванова, І. І. Мельник, 1993) — для визначення особливостей самооцінки [11]; «Самоактуалізаційний тест» (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, М. В. Загіка і М. В. Кроз, 1987) — для визначення особистісних особливостей у пацієнтів з ДП при шизофренії [10];

4) Методи статистичної обробки отриманих даних [12].

Загальна характеристика хворих на шизофренію, що включала освіту, сімейний, соціальний стан, характеризувалася такими показниками. Хворі на шизофренію основної групи (39 хворих) здебільшого мали середню освіту: 46,15 % — середню спеціальну і 41,03 % — повну середню, незакінчену вищу — 12,82 %. У групі порівняння (42 хворих) були хворі з різним рівнем освіти: 40,48 % пацієнтів мали повну загальну середню освіту, 42,86 % — середню спеціальну, 4,76 % хворих — вищу освіту і 11,90 % — незакінчену вищу освіту. В основній групі хворих на шизофренію переважали розлучені пацієнти — 79,49 %, одружених — 10,26% та незаміжніх/неодружених було 10,25 % пацієнтів. Пацієнти групи порівняння за сімейним станом розподілилися так: 50,00 % пацієнтів були розлучені, 28,57 % — незаміжні/неодружені, 14,29 % — заміжні/одружені і 7,14 % — вдівці. Варто наголосити, що серед пацієнтів основної групи показники «розлучені» та «незаміжні/неодружені» істотно відрізнялися від відповідних показників групи порівняння ($p \leq 0{,}01$, ДК = 4,21, МІ = 0,24 та $p \leq 0{,}0001$, ДК = 4,23, МІ = 0,74), де ДК — діагностичний коефіцієнт, МІ — міра інформативності Кульбака.

Соціальний стан хворих на шизофренію характеризувався такими особливостями: у хворих основної групи велика частина пацієнтів — 66,67 % — не працювали, 28,21 % — мали групу інвалідності внаслідок шизофренії і 5,12 % були працевлаштовані. У групі порівняння пацієнти за соціальним станом розподілилися практично рівномірно: 45,24 % — не працювали, 30,95 % — мали групу інвалідності і 23,81 % — мали роботу. Слід наголосити, що частка працевлаштованих пацієнтів була більшою в групі порівняння ($p \leq 0{,}0025$, ДК = 6,82, МІ = 1,21).

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 і в зіставленні з групою порівняння.

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

У хворих основної групи переважали астенічні прояви (65,87 ± 10,13) %, апатія (58,04 ± 9,89) %, редукція енергетичного потенціалу (58,04 ± 9,89) %, загальмованість рухів (53,85 ± 9,63) %, ангедонія (53,85 ± 9,63) % та аутизм (52,45 ± 9,52) %.

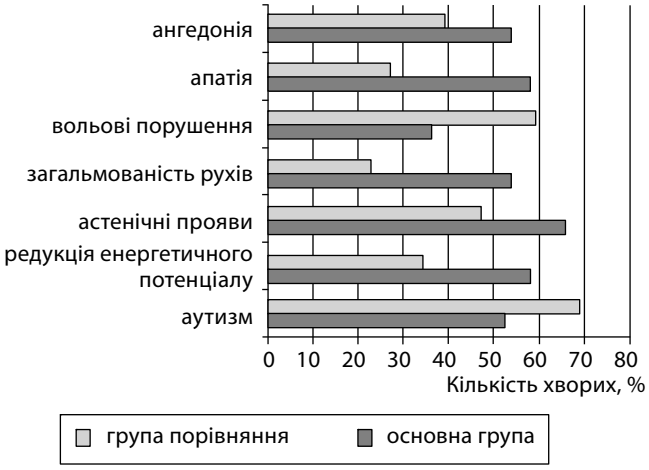

Рис. 1. **Основні негативні симптоми у хворих на шизофренію обох груп**

Група порівняння відрізнялася від пацієнтів основної групи переважанням аутизму (68,89 ± 8,96) % і вольових порушень (59,27 ± 9,23) % ($p \leq 0{,}05$, ДК = 2,17, МІ = 0,13 і $p \leq 0{,}05$, ДК = 4,13, МІ = 0,24 відповідно) і меншою вираженістю ангедонії (39,19 ± 2,77) %, загальмованості (22,83 ± 4,89) %, апатії (27,16 ± 5,65) %, редукції енергетичного потенціалу (34,33 ± 6,13) % і астенії (47,18 ± 8,36) % ($p \leq 0{,}001$, ДК = 3,24, МІ = 0,16; $p \leq 0{,}005$, ДК = 1,98, МІ = 0,28; $p \leq 0{,}05$, ДК = 1,32, МІ = 0,09; $p \leq 0{,}01$, ДК = 2,65, МІ = 0,79 та $p \leq 0{,}025$, ДК = 4,12, МІ = 0,16 відповідно).

Статистичний аналіз результатів депресивних проявів дозволив визначити, що у хворих на шизофренію основної групи 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) % й образливість (18,13 ± 4,32) % (рис. 2).

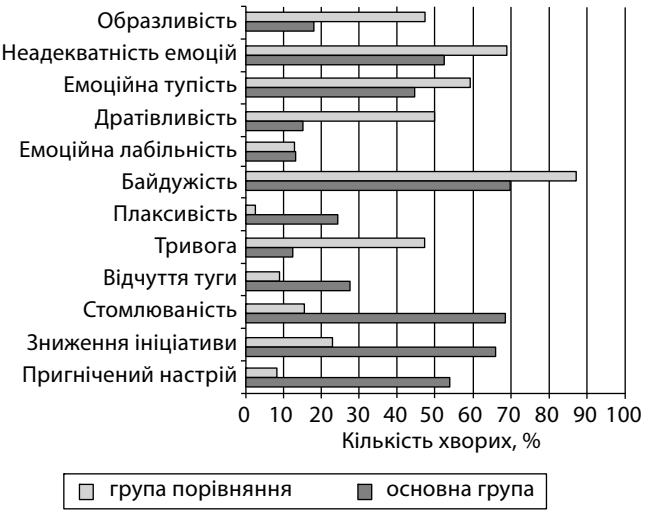

Рис. 2. **Феноменологія депресивних проявів у хворих на шизофренію з депресивними порушеннями**

У групі порівняння серед депресивних проявів переважали байдужість (87,15 ± 7,62) %, емоційна тупість (59,27 ± 9,23) %, неадекватність емоцій (68,89 ± 9,37) % і дратівливість (49,12 ± 8,60) %. Найменш представленими симптомами депресивного спектра у пацієнтів групи порівняння були плаксивість (2,47 ± 0,59) %, пригнічений настрій (8,15 ± 1,91) %, відчуття туги (8,83 ± 2,06) % і емоційна лабільність (13,06 ± 2,97) %.

Статистичний аналіз симптомів депресивного спектра у зіставленні основної групи з групою порівняння продемонстрував велику кількість вірогідних відмінностей, що полягали у переважанні пригніченого настрою ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 6,47, МІ = 0,91), відчуття туги ($p \leq 0{,}0025$, ДК = 4,93, МІ = 0,46), апатії ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 3,30, МІ = 0,51), зниження ініціативи ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 4,60, МІ = 0,99), стомлюваності ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 6,46, МІ = 1,71) у пацієнтів основної групи. Водночас, в групі порівняння була більш виражені тривога ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 5,80, МІ = 1,01), байдужість ($p \leq 0{,}05$, ДК = –0,96, МІ = 0,08), дратівливість ($p \leq 0{,}0001$, ДК = –5,13, МІ = 0,88) й образливість ($p \leq 0{,}0001$, ДК = –4,15, МІ = 0,60).

Аналіз когнітивних порушень у пацієнтів з шизофренією з ДП проводили в зіставленні з групою порівняння (рис. 3).

Аналіз когнітивних порушень у хворих на шизофренію основної групи продемонстрував переважання симптомів: інертність мислення (79,87 %), труднощі в прийнятті рішень (82,44 %), зниження рівня концентрації (63,15 %) і переключення (82,44 %) уваги, наявність психічної стомлюваності (69,87 %) і порушення критики щодо хвороби (79,87 %). Статистичний аналіз продемонстрував вірогідні відмінності, які полягають в більшій вираженості у пацієнтів з депресивними проявами вищеописаних симптомів ($p \leq 0{,}05$). В групі порівняння переважали маячні переконання ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 4,28, МІ = 1,12).

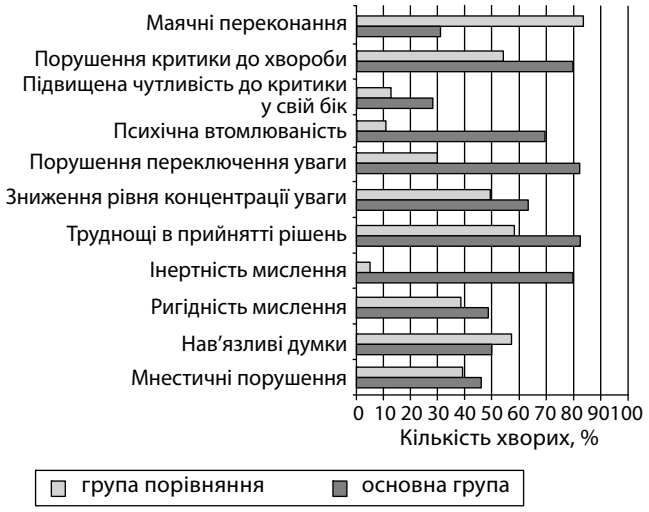

Рис. 3. **Когнітивні прояви у хворих на шизофренію обох груп**

Аналіз вольових порушень у пацієнтів з шизофренією обох груп показав таке. У хворих основної групи здебільшого була виражена абулія (56,24 %), а також чималу частку становили пацієнти з гіпобулією (33,74 %) (рис. 4).

У групі порівняння у пацієнтів здебільшого була виражена парабулія (43,05 %), у 28,64 % пацієнтів — гіпербулія, зумовлена маячними мотивами, гіпобулія була встановлена у 17,16 % пацієнтів і абулія спостерігалася у 11,14 % пацієнтів групи порівняння, хворих на шизофренію.

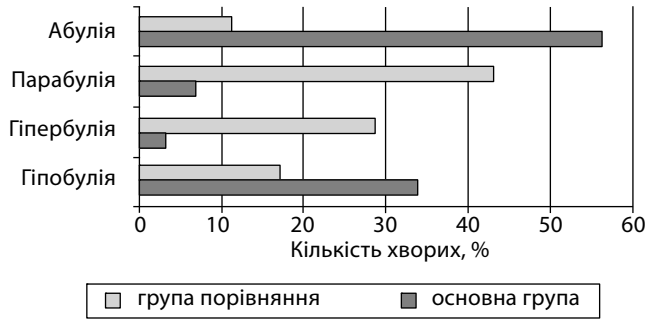

Рис. 4. **Вольові прояви у хворих на шизофренію обох груп**

Аналіз динаміки розвитку захворювання в основній групі показав, що початкові вольові порушення у хворих на шизофренію з наявністю в клінічній картині ДП пов'язані, насамперед, з появою гіпобулії, що виявляється в зниженні вольової активності, бідності спонукань, бездіяльності, млявості, зниженні рухової активності, відсутності бажання спілкуватися, а також формуванні абулії, що виражалося у відсутності бажань і спонукань до діяльності. В основній групі кількість хворих з гіпобулією збільшується з перебігом захворювання ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 5,41, МІ = 1,68).

Дослідження соматичних проявів у хворих на шизофренію з депресивною симптоматикою показало, що у пацієнтів основної групи серед соматичних симптомів найвиразнішими були зниження апетиту (75,43 %), втрата маси тіла (67,15 %), фізична загальмованість (63,15 %) і відчуття слабкості (53,18 %).

У групі порівняння соматичні прояви депресії практично не були виявлені, лише в 12,87 % випад-

ків спостерігалося у пацієнтів відчуття слабкості і в 10,15 % випадків реєструвалася фізична загальмованість. Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні відмінності між групами порівняння практично за всіма показниками, що підтверджують і об'єктивізують соматичні прояви депресії в основній групі ($p \leq 0{,}01$, ДК = 6,67, МІ = 1,20).

Оцінювання динаміки соматичних проявів депресії у хворих на шизофренію показало, що в основній групі частіше спостерігаються такі симптоми як фізична загальмованість ($p \leq 0{,}0001$, ДК = 7,27, МІ = 1,87) і слабкість ($p \leq 0{,}05$, ДК = –2,15, МІ = 0,22), поряд з цим відсутність апетиту і втрата маси тіла зберігаються ($p \leq 0{,}05$, ДК = –1,60, МІ = 0,19).

У дослідженні за допомогою клініко-психопатологічного методу були вивчені синдромальні прояви ДП у хворих на шизофренію.

Зокрема, серед пацієнтів основної групи найчастіше спостерігалися апатико-адинамічний (46,20 ± 8,91) %, деперсоналізаційний (20,50 ± 4,81) % і сенесто-іпохондричний (12,80 ± 3,15) % синдроми. У 10,30 % хворих цієї групи було виявлено астено-анергетичний та у 5,13 % — тривожно-депресивний симптомокомплекси, а у 2,56 % пацієнтів спостерігався депресивно-параноїдний синдром (рис. 5).

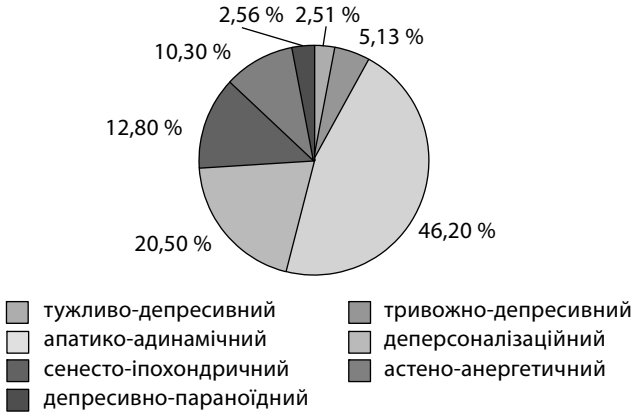

Рис. 5. **Представленість синдромальних варіантів депресії у хворих основної групи**

У пацієнтів основної групи з апатико-адинамічним варіантом депресії насамперед відзначалися зниження рівня потягів 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.

У 20,50 % хворих на шизофренію основної групи спостерігався деперсоналізаційний варіант депресії, який проявлявся здебільшого наявністю деперсоналізаційних розладів, в яких анестетичні прояви є основними. У таких пацієнтів вкрай несуттєво було виражено ідеомоторне гальмування, не спостерігалося почуття явно зниженого настрою, добових коливань настрою, соматичних проявів. Прояви деперсоналізаційної депресії характеризувалися у пацієнтів цієї групи болючим почуттям відчуження емоцій.

Хворі пред'являли скарги на відсутність почуття співпереживання, тьмяність, млявість як навколишнього світу, так і себе самого, «одерев'яніння» в душі, в голові, притуплення смаку, запахів. Вони відчували, що світ відділений від них «пеленою», він як би «намальований», а самі вони болісно переживають відсутність у себе почуття любові, емоційного резонансу і прихильності. Водночас вони повідомляли, що розуміють, що «повинні любити свою дитину, але самі таких емоцій не відчувають». Отже, провідним симптомом анестетичної депресії був феномен хворобливої нечуттєвості, який супроводжувався апатичним афектом.

Сенесто-іпохондрична депресія спостерігалася у 12,80 % обстежених основної групи. 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.

З метою вивчення особливостей ДП при шизофренії вивчали вираженість психопатологічної симптоматики пацієнтів.

Оцінення психопатологічних особливостей пацієнтів з шизофренією основної групи за шкалою SCL-90 показало, що у хворих показники за всіма шкалами були досить високими: переважали симптоми депресії (2,33 бали) і тривоги (1,87 балів). Був також виражений симптом міжособистісної сенситивності (1,69 балів), що проявлялося в почутті особистої неадекватності і неповноцінності, самоосуду, почутті неспокою і помітного дискомфорту в процесі міжособистісної взаємодії. Високими були оцінки і за шкалами психотизму (1,56 балів), фобічної тривожності (1,42 бали) і обсесивно-компульсивних симптомів (1,41 бала) (рис. 6).

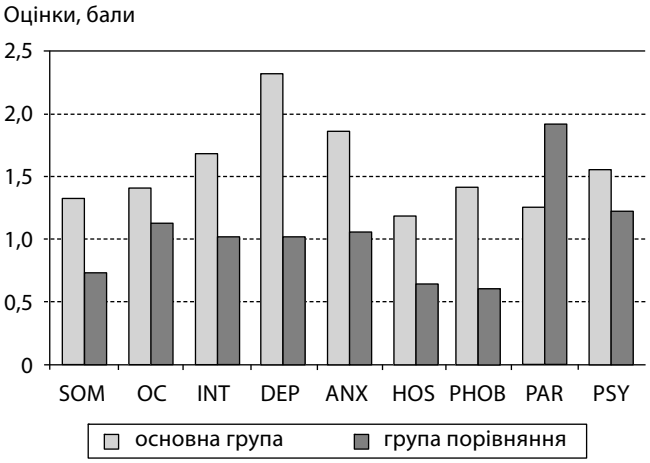

Рис. 6. **Вираженість психопатологічної симптоматики у хворих на шизофренію обох груп (SCL-90)**

Умовні позначення:
SOM — соматизація; OC — обсесивно-компульсивні симптоми; INT — міжособистісна сенситивність; DEP — депресія; ANX — тривога; HOS — ворожість; PHOB — фобічна тривожність; PAR — паранояльність; PSY — психотизм

У групі порівняння серед психопатологічних симптомів переважали паранояльність (1,92 бали), психотизм (1,23 бали) і обсесивно-компульсивні симптоми (1,13 балів).

При порівнянні основної та контрольної групи було виявлено, що показники соматизації ($t = 2{,}132$, $p \leq 0{,}05$), міжособистісної сенситивності ($t = 2{,}263$, $p \leq 0{,}05$), депресії ($t = 4{,}876$, $p \leq 0{,}001$) і тривоги ($t = 2{,}967$, $p \leq 0{,}01$) були більш виражені в основній групі, тоді коли у групі порівняння переважали симптоми парануояльності ($t = 2{,}217$, $p \leq 0{,}05$). Отримані результати вказують на те, що наявність ДП при шизофренії проявляється апатією, браком мотивації і втратою життєвої енергії, тривогою, страхом, обмеженням кола спілкування, почуттям безнадійності, думками про суїцид та іншими когнітивними й соматичними корелятами депресії.

З метою вивчення психологічних особливостей хворих з ДП при шизофренії вивчали рівень алекситимії, самооцінки і самоактуалізації у пацієнтів основної групи та групи порівняння (без ДП).

Здатність вербалізації емоційних станів пацієнтів при шизофренії оцінювали за допомогою Торонтської шкали алекситимії (рис. 7а,б).

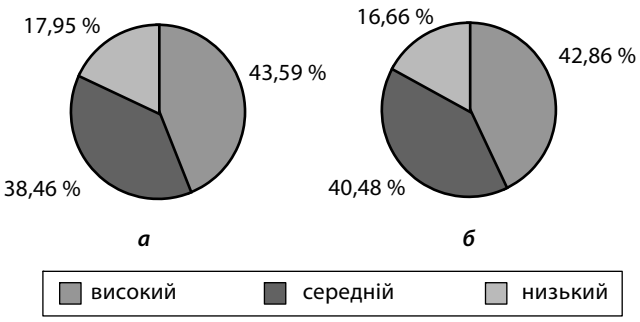

Рис. 7. **Рівень алекситимії у пацієнтів з депресивними порушеннями при шизофренії (*а*) та в групі порівняння (*б*)**

Зокрема, серед пацієнтів з шизофренією, у яких спостерігалися ДП, у 43,59 % хворих був зафіксований високий рівень алекситимії, у 38,46 % пацієнтів основної групи рівень алекситимії був середнім, а у 17,95 % — низьким (рис. 7,а). Схожа тенденція зберігалася і в групі порівняння: у 42,86 % пацієнтів діагностовано середній, у 40,48 % — високий, а у 16,66 % — низький рівень алекситимії (рис. 7,б).

Аналіз особливостей самоактуалізації особистості хворих на шизофренію дозволив виявити деякі загальні тенденції, які полягають в наявності низьких показників за шкалами: орієнтації в часі (37,65 і 46,55 балів для основної та групи порівняння відповідно), підтримки (42,91 і 49,78 балів), гнучкості поведінки (44,34 і 49,09 балів), сенситивності (37,02 і 40,13 балів), прийняття агресії (40,62 і 41,3 бали), контактності (40,49 і 46,09 балів) і креативності (44,03 і 40,68 балів) (рис. 8).

Отримані результати відображають нездатність пацієнтів з шизофренією жити сьогоденням, високий ступінь залежності, конформності, несамостійності суб'єктів, ригідність їхньої поведінки, труднощі в оцінюванні власних емоцій і переживань, нездатність до встановлення глибоких і міцних емоційно насичених контактів з оточуючими, низьку потребу до творчості.

Загалом, отримані дані відображають специфічні порушення емоційно-вольової сфери пацієнтів з шизофренією. При наявності загальних особливостей хворих на шизофренію були виокремлені специфічні особливості, характерні для пацієнтів з депресивною симптоматикою.

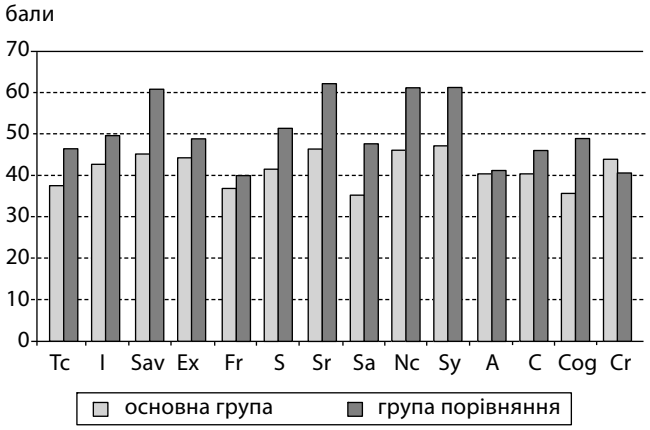

Рис. 8. **Особливості самоактуалізації особистості хворих на шизофренію з депресивними порушеннями основної групи у зіставленні з хворими групи порівняння**

Умовні позначення:
Tc — орієнтація в часі; I — підтримка; Sav — ціннісна орієнтація; Ex — гнучкість поведінки; Fr — сенситивність; S — спонтанність; Sr — самоповага; Sa — самосприйняття; Nc — уявлення про природу людини; Sy — синергія; A — прийняття агресії; C — контактність; Cog — пізнавальні потреби; Cr — креативність

У пацієнтів основної групи відзначалося зниження постановки та реалізації цілей ($t = 2{,}865$, $p \leq 0{,}01$), менш вираженими були здатність висловлювати свої почуття ($t = 2{,}217$, $p \leq 0{,}05$), цінувати свої переваги, позитивні властивості характеру і поважати себе за них ($t = 3{,}223$, $p \leq 0{,}001$). Нижчою була здатність пацієнтів основної групи до цілісного і позитивного сприйняття світу і людей ($t = 2{,}871$, $p \leq 0{,}01$), спостерігалося зниження когнітивних потреб ($t = 2{,}143$, $p \leq 0{,}05$).

Самооцінка хворих на шизофренію характеризувалася неадекватністю. Зокрема, у пацієнтів основної групи в 48,71 % випадків визначалася занижена самооцінка, в 38,46 % випадків — завищена і лише у 12,83 % хворих з ДП при шизофренії самооцінка була адекватною (рис. 9,а). У групі порівняння у 47,62 % хворих самооцінка була завищеною, у 38,09 % — заниженою і тільки у 14,29 % пацієнтів самооцінка була адекватною (рис. 9,б).

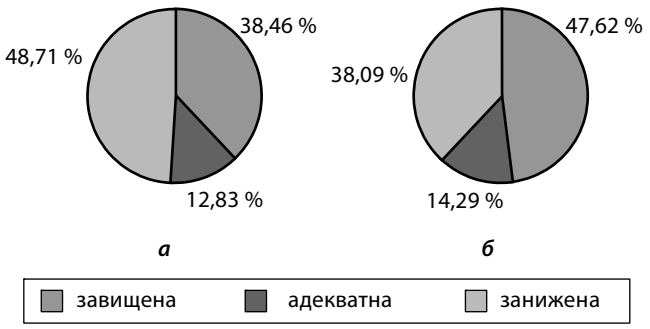

Рис. 9. **Особливості самооцінки у пацієнтів з депресивними порушеннями при шизофренії (*а*) та в групі порівняння (*б*)**

Водночас були визначені вірогідні відмінності між двома групами в переважанні завищеної самооцінки у хворих групи порівняння, що може відображати порушення критики у хворих цієї категорії ($t = 2{,}326$, $p \leq 0{,}05$).

Отже, проведене дослідження дозволило виокремити типові психологічні особливості пацієнтів з ДП при шизофренії, які полягають в особливостях особистості та рівня самооцінки у хворих цієї категорії. Визначено типові для пацієнтів з ДП при шизофренії особистісні характеристики, які полягають у порушенні ціннісно-смислової сфери у вигляді зниження актуальності потреб і цілей, зниженні здатності виражати свої почуття, низькому рівні самосприйняття, порушенні уявлень про людину; нездатності до встановлення емоційно насичених контактів; неадекватності самооцінки.

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що отримані результати вказують на те, що наявність ДП при шизофренії проявляється апатією, браком мотивації, астенією, ангедонією, обмеженням кола спілкування, почуттям безнадійності, іншими когнітивними і вольовими корелятами депресії.

Серед психологічних особливостей особистості у пацієнтів з ДП виявлено втрату цінностей і цілей (t = 2,865, $p \leq 0{,}01$), менш вираженою була здатність до самосприйняття (t = 3,223, $p \leq 0{,}001$) і вираження своїх почуттів (t = 2,217, $p \leq 0{,}05$), відзначалося зниження когнітивних потреб (t = 2,143, $p \leq 0{,}05$) порівняно з хворими групи порівняння. Водночас, самооцінка хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю та була заниженою (48,71 % випадків), а в групі порівняння здебільшого — завищеною (47,62 %).

Отже, в результаті проведеного дослідження були виявлені клініко-психопатологічні особливості, провідні синдромальні варіанти та психологічні ознаки депресивних порушень у структурі шизофренії, на які треба зважати під час диференціальної діагностики і проведення фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з депресивними порушеннями.

Список літератури

1. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія. Психотерапія». 2013, № 4 (27). С. 38—39.

2. Гнатишин М. С., Белов О. О. Шизофренія: сучасний погляд. Вінниця : Консоль, 2012. С. 199—205.

3. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990—2005 рр. К. : Сфера, 2006. 52 с.

4. Малюта Л. В. Клинико-психопатологические особенности депрессивных расстройств при манифесте шизофрении // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 59—61.

5. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis / De Silva M. J., Cooper S., Li H. L. // Br J Psychiatry. 2013; 202: 253—260. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118018.

6. Kasckow J. W., Zisook S. Co-occurring depressive symptoms in the older patient with schizophrenia // Drugs Aging. 2008; 25(8): 631—647. DOI: 10.2165/00002512-200825080-00002.

7. 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. 2012. № 1. С. 24—29.

8. Малюта Л. В. Патопсихологічні особливості депресивних розладів у хворих на шизофренію // Медицинская психология. 2016. Т. 11, № 2 (42). С. 56—62.

9. Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Малюта 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

10. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Райгородский Д. Я. (ред.-сост.). Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2001. 672 с.

11. Никиреева Е. М. Нахождение количественного выражения уровня самооценки (по С. А. Будасси). Психологические особенности направленности личности : учебное пособие. М., 2007. 23 с.

12. Вуколов Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL : учебное пособие. М. : Инфра-М, 2004. 464 с. (Профессиональное образование).

Надійшла до редакції 15.01.2019 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», м. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

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", Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net