

УДК: 616.895.8: 616.895.4

*В.Д. Мишиев, Ю.А. Кушнир, Г.А. Осадчая, Е.А. Ершова***КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ У БОЛЬНЫХ ПРИСТУПООБРАЗНО-ПРОГРЕДИЕНТНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ.**

Национальная медицинская академия последипломного образования, г. Киев, Киевская городская клиническая психоневрологическая больница № 1

Ключевые слова: депрессия, шизофрения, психопатология, течение, негативные симптомы

Депрессивные расстройства при шизофрении - достаточно распространенное и значимое клиническое явление, требующее от лечащего врача ответственности в своевременности выявления данного синдрома и организации помощи. Распространенность депрессий при шизофрении по данным различных авторов характеризуется значительным разбросом. Так, в литературе приводятся данные о встречаемости депрессивного синдрома от 7 до 70 % случаев болезни [9]. Указывается, что частота депрессий выше на начальном этапе шизофрении и, в частности, после первого психотического эпизода составляет более 70 % [12]. Достаточно распространенным является мнение об урежении в последние десятилетия грубопрогредиентных форм шизофрении и явлении так называемого «депрессивно-апатического сдвига» клинической картины шизофрении [3]. Предполагается, что лица с постшизофренической депрессией имеют склонность к повышенной суицидальной активности, вероятности рецидива острого психоза, снижению адаптивных возможностей, уровня социального функционирования [2].

Е. Краепелин, положив начало нозологическому подходу в психиатрии и разграничив шизофрению и депрессию, депрессивно-параноидный психоз (1899) описал в рамках «депрессивно-бредового помешательства», не соотнеся его ни с аффективными расстройствами, ни с группой процессуальных заболеваний. В общенозологическом аспекте до последнего времени депрессивно-параноидные состояния различными психиатрическими школами трактуются в самом широком диапазоне – от варианта «единого эндогенного психоза» до самостоятельной нозологической формы. Одними исследователями депрессивно-параноидная шизофрения выделяется в качестве самостоятельной формы этого заболевания [2], другие расценивают данный вари-

ант болезни как проявления циркулярной шизофрении [4], третьи считают его этапом в развитии аффективно-онейроидного приступа [4]. Ряд исследователей относили его к сложным структурным симптомокомплексам с глубокой динамической взаимосвязью аффективных и параноидных расстройств и обязательными признаками бредового нарушения сознания [10], другие считали, что он представляет собой не более чем простое сосуществование депрессивных и параноидных симптомов [11], третьи подчеркивали, что для таких синдромов наиболее характерно преобладание бредовой и галлюцинаторной симптоматики над депрессивной [8].

С течением времени внимание исследователей все больше стало сосредотачиваться на проявлениях депрессий, возникавших после острого шизофренического эпизода, когда психотические симптомы частично или полностью редуцировались. В современной литературе многие авторы [1] указывают на их вторичный характер. Однако до настоящего времени не сложилось единого взгляда на природу этих депрессивных симптомов. В клинико-нозологическом аспекте обсуждаются следующие возможности происхождения такой депрессивной симптоматики. Трактовка синдромологической сущности данных депрессивных состояний также не является однозначной. В одних случаях депрессии рассматриваются как часть ядерной патологии шизофрении, имеющей биологическую природу [5]. Распространенным является представление о постшизофренической депрессии как следствии нейролептической терапии [7]. Сравнительно недавно возникла гипотеза о существовании психологических механизмов в возникновении постшизофренических депрессий, согласно которой перенесенный психоз является чрезвычайным жизненным событием [11]. Анализ литературы, посвященной постшизофреничес-

кой депрессии, показывает, что это этиологически и патогенетически сложное состояние [6] .

Таким образом, сохраняющаяся противоречивость в понимании этиопатогенетических механизмов формирования депрессивных синдромов в рамках текущего процессуального расстройства, неоднозначность самого понятия «депрессивно-параноидный» синдром свидетельствуют о недостаточной разработанности этого аспекта клинической психиатрии. Другой существенной составляющей данной проблемы является отсутствие четких представлений о клинико-динамических особенностях, адаптации и реабилитации пациентов, качестве их жизни и социальном функционировании. Необходимо изучение клинико-динамических особенностей и адаптационных возможностей больных с постшизофренической депрессией и разработка дифференцированной системы реабилитации этого контингента больных. Изучение этих аспектов постши-

зофренической депрессии представляет несомненный научно-практический интерес и является весьма приоритетным.

Современные классификаторы болезней рассматривают депрессию, возникающую после острого шизофренического эпизода, в рамках особой диагностической категории. Так, американская диагностическая система DSM-III-R квалифицирует данные типы депрессий как «Большой депрессивный эпизод, накладывающийся на резидуальную шизофрению» и помещает их в подрубрику «Неспецифическое депрессивное расстройство» (311.00). В DSM-IV она также определяется в подрубрике « Неспецифическое расстройство» (F 32.9 или F 33.9 (311)), но уже определяется как «Постпсихотическая депрессия» (ППД). В МКБ-10 впервые данное расстройство выделено в самостоятельную подрубрику F20.4 - «Постшизофреническая депрессия» (ППД), но в разделе «Шизофрения».

Материал и методы исследования

С целью изучения клинико-психопатологических особенностей депрессий, протекающих в рамках шизофрении, определения ее структуры и сопоставления клинико-психопатологических особенностей постшизофренических депрессий с их местом в динамике основного заболевания нами было обследовано 58 стационарных больных (32 женщины и 26 мужчин) с диагнозом приступообразно-прогредиентная шизофрения. При отборе клинического материала использовались критерии МКБ-10 (клинические описания и указания по диагностике) для постшизофренической депрессии. Средний возраст

больных составил 32 года. В постприступном периоде возникало депрессивное состояние, удовлетворяющее критериям ППД (F 20.4) и депрессивного эпизода (F 32) по МКБ-10. Средняя длительность заболевания составила 4,5 года. 9 пациентов (15,5%) были впервые заболевшими. Все пациенты на этапе активной антипсихотической терапии получали нейролептики в дозах, соответствующих степени выраженности болезненного процесса (галоперидол, трифтазин, азалептин, аминазин). Атипичные нейролептики никто из пациентов данной группы не получал.

Результаты и обсуждение

Депрессивные расстройства проявлялись в среднем на 5-7 неделе шизофренического приступа. Депрессии, возникавшие на более раннем этапе приступа, в меньшей степени соотносились с побочным влиянием нейролептиков и в большей степени соответствовали определению «скрытые депрессии» (депрессии, имеющие, как предполагается, место в структуре приступа с самого начала, но ставшие «видимыми» лишь после дезактуализации собственно психотической симптоматики вследствие лечения). Такие ППД, несмотря на остроту и выраженность клинических проявлений, купировались в более короткие сроки и с большей эффективностью. В 12 случаях (20%) депрессии возникали на фоне фактически сформированной медикаментозной

ремиссии. По времени это была 8-12 неделя терапии. В этих случаях общее время пребывания пациента в стационаре увеличивалось и этап достижения ремиссии отстранялся. Данный факт дополнительно, с нашей точки зрения, показывает, что несмотря на то, что депрессия остается одним из основных факторов суицидальных намерений (в том числе и при шизофрении), депрессивная симптоматика, на примере приступов с депрессиями, включенными в структуру приступа на ранних этапах, смягчала общее течение психотического приступа и способствовала более быстрому выходу из психоза. Т.о., тезис Bleuler о том, что выраженные аффективные симптомы при шизофрении служат благоприятным прогностическим признаком, несмот-

ря на критику и якобы отсутствие объективных доказательств этому [11], продолжает сохранять, с нашей точки зрения, актуальность.

Картина приступов определялась следующими синдромами: аффективно-бредовыми, галлюцинозными-бредовыми, парафреническими, кататонно-парафреническими и онейроидно-кататоническими. Анализ аффективного расстройства предполагал изучение степени выраженности и равномерности проявлений депрессии в мыслительной, собственно эмоциональной и моторной сферах, изучение характера суточных колебаний депрессии, нарушений сна, наличия и направленности указателя вины, суицидальных намерений, различных соматических и вегетативных проявлений депрессии.

Было выявлено, что депрессивные состояния в рамках ПШД отличаются от первичных депрессий рядом общих признаков:

1) в отличие от депрессивных пациентов в рамках «чистого» аффективного расстройства пациенты с ПШД редко сами заявляли о депрессивных переживаниях, не искали сочувствия у окружающих либо помощи у врачей; 2) преобладала адинамическая депрессия с моторной и интеллектуальной заторможенностью и ее различные варианты (адинамическая с тревогой, раздражительностью, депрессивно-бредовыми переживаниями, инсомнией и т.п.); 3) клинические проявления депрессии носили атипичный характер — депрессивная симптоматика проявлялась в большинстве случаев на фоне ангедонии и социальной отгороженности процессуального больного, что и порождало не только атипичную, но и трудности диагностики; 4) витальные признаки и суточность проявлений депрессии характеризуются нечеткостью проявлений; 5) имеет место доминирование в клинической картине депрессии какого-либо дополнительного признака депрессии - обсессивно-фобического, суицидоманического, депрессивно-бредового, стойкой инсомнии.

Такие аффективные нарушения как отсутствие аффективной реактивности, утрата «глазного» контакта с окружающими, неадекватность

аффекта, утрата интонационной окраски речи, бедность экспрессивной жестикуляции, уменьшение спонтанных движений, адекватных аффекту, застывшее выражение лица - в целом, характерные для пациентов с первичной депрессией - у больных с постшизофренической депрессией носили крайне выраженный, подчеркнуто утрированный характер. Преобладали бедность речевой продукции, «блокирование» речи, удлинение латентного периода ответов на вопросы; нарушение внимания к происходящим событиям - потеря «социального» внимания, отсутствие интереса к обследованию. Другой важной клинической особенностью ПШД была невыраженность либо отсутствие «указателя вины». Депрессия протекала, как бы не вовлекая пациента в рефлексию на происходящее, что придавало общей картине заболевания матовость, блеклость, монотонность.

При всей внешней схожести депрессивной симптоматики с негативными явлениями и необходимостью дифференциации данных клинических феноменов в диагностических целях следует отметить, что в большинстве случаев у больных с постшизофренической депрессией эти явления носили взаимозависимый характер с доминированием депрессии, которая усиливала негативную симптоматику. Так, при формальной сохранности больных и отсутствии существенных нарушений мышления, у пациентов с постшизофренической депрессией наблюдались апатия и избегание напряжения (невнимание к одежде и гигиене, неспособность выполнения элементарных интеллектуальных и физических заданий); аутизм; асоциальность (потеря интересов и снижение активности, утрата чувства удовольствия, избегание развлечений и сексуальных контактов, аутизм, утрата связей с окружающими).

С практической точки зрения важной является клиничко-психопатологическая дифференциация депрессивно-параноидных состояний при шизофрении, что позволит усовершенствовать критерии диагностики, прогноза и обоснования оптимальных терапевтических подходов.

В.Д. Мішиєв, Ю.А. Кушнір, Г.О. Осадча, О.А. Єршова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОСТШИЗОФРЕНІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ У ХВОРИХ НА ПРИСТУПОПОДІБНО-ПРОГРЕДІЄНТНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київська міська клінічна психоневрологічна лікарня № 1

Результати дослідження 58 хворих сприяють уточненню клінічної картини та зіставленню психопатологічних особливостей постшизофренічних депресій з динамікою основного захворювання. Визначено, що постшизофренічні депресії виникають найчастіше на етапі формування ремісії, виразність та ранній початок коригують з більш позитивним прогнозом, депресивні стани мають атиповий характер з переважанням адинамії, ангедонії, апатії, відсутністю вітальних ознак та поєднуються з негативними розладами. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2011. — № 1 (26). — С. 50-53).

V.D. Mishiev, U.A. Kushnir, G.A. Osadcha, E.A. Ershova

CLINICAL FEATURES OF POST-SCHIZOPHRENIC DEPRESSION AT PATIENTS WITH EPISODIC SCHIZOPHRENIA

P.L. Shupic National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv Municipal Clinical Psychoneurological hospital № 1

Research data on 58 patients promote definition of clinical picture and comparison of features of the post-schizophrenic depressions with the main disorder's course. It has revealed, that the post-schizophrenic depressions begin in the stage of partial remission, their emphasis and early beginning correlate with positive prognosis, the depressions have atypical character with predominance of adynamia, anhedonia, lack of vitality and combine with negative symptoms. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2011. — № 1 (26). — P. 50-53).

Литература

1. Иванец Н.Н., Кинкулькина М.А. Лечение депрессии, развившейся после купирования острого психоза у больных шизофренией. Журн. неврологии и психиатрии 2010; 119:9:101-106
2. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: Керівництво для лікарів. — Львів: Мс, 2004. — 208 с
3. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2002. — № 1. — С. 118–124.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 432 с.
5. Цыганков Б.В., Овсянникова С.А., Ханнанова А.Н. Методологические подходы к оценке негативной симптоматики при шизофрении в процессе психофармакотерапии. Журн. невропатол. и психиатр. 2009; 109:11:101-106
6. Чайка Ю. Ю. Смысловая структура депрессивных переживаний у больных шизофренией. // Новости украинской

психиатрии. — Харьков, 2003.

7. Blanchard J.J., Cohen A.S. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. Schizophr Bull. 2006;32:238–245.

8. Bora E., Yucel M., Pantelis C. Cognitive impairment in schizophrenia and affective psychoses: implications for DSM- 5 criteria and beyond. Schizophr Bull. 2010;36:36–42.

9. Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. Psychiatric Comorbidities and schizophrenia. Schizophr Bull. 2009;35:383–402.

10. Cunningham Owens D.G., Miller P., Lawrie S.M. Pathogenesis of schizophrenia: a psychopathological perspective. Br. J. of Psychiatry 2005; 186: 386-393.

11. Mulholland C., Cooper S. The symptom of depression in schizophrenia and its management //Advances in Psychiatric Treatment. - 2000. - Vol. 6. - P. 169-177

12. Parellada M., Boada L., Fraguas D. Trait and state attributes of insight in first episodes of early-onset schizophrenia and other psychoses: a 2-year longitudinal study. Schizophr Bull. 2011; 37: 38-51.

Поступила в редакцию 16.04.2011