Тювина Н.А., Магомедова Д.О., Морозова В.Д.
Кафедра психиатрии и наркологии лечебного факультета ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России, Москва, Россия
119021, Москва, ул. Россолимо, 11. стр.9

Типология и клинические особенности депрессий в период ремиссии при приступообразной шизофрении

Депрессии у больных шизофренией в период ремиссии встречаются довольно часто, однако их генез и клинические особенности изучены недостаточно.
***Цель** исследования – оценка клинических особенностей депрессий, возникающих у больных приступообразной шизофренией в период ремиссии.*
***Пациенты и методы.** Обследовано 88 больных с диагнозом «приступообразная шизофрения в стадии лекарственной ремиссии», находящихся в состоянии непсихотической депрессии. Всего проанализировано 200 депрессивных эпизодов. Состояние больных оценивалось в соответствии с диагностическими критериями депрессивных расстройств по МКБ-10. Для количественной оценки использовали психометрические шкалы: шкалу депрессии у больных шизофренией Калгари (Calgary Depression Schizophrenia Scale, CDSS), субшкалу оценки негативных симптомов (Negative Subscale PANSS).*
***Результаты**. Выделено два типа постшизофренических депрессий: эндогенные и реактивные. Эндогенные депрессии подразделяют на постпсихотические, развивающиеся в период становления ремиссии, и отсроченные депрессивные эпизоды; реактивные депрессии – на нозогенные и психогенные. Эндогенные депрессии представляют собой этап шизофренического процесса, реактивные – депрессивную реакцию больного шизофренией на психотравмирующую ситуацию. Последние возникают у пациентов с меньшей выраженностью шизофренического дефекта, более высоким уровнем критического отношения к болезни и более качественной социально-трудовой адаптацией. Эндогенные депрессии в среднем имеют большую продолжительность и тяжесть, включают в себя, помимо тревожных симптомов, астенические и апатические, а реактивные депрессии – только тревожные и тоскливые проявления.*
***Заключение**. Знание особенностей депрессий при шизофрении позволит проводить более точную их диагностику и назначать адекватную терапию.*

***Ключевые слова:** приступообразная шизофрения; ремиссия; постпсихотическая депрессия; эндогенная депрессия; реактивная депрессия; нозогенная депрессия; клинические особенности.*
Контакты:** Нина Аркадьевна Тювина; **natuvina@yandex.ru
***Для ссылки:** Тювина НА, Магомедова ДО, Морозова ВД. Типология и клинические особенности депрессий в период ремиссии при приступообразной шизофрении. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017;9(3):24–30.*

The typology and clinical features of depressions during a period of remission in paroxysmal schizophrenia

Tyuvina N.A., Magomedova D.O., Morozova V.D.
Department of Psychiatry and Narcology, Faculty of General Medicine, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia, Moscow, Russia
11, Rossolimo St., Build. 9, Moscow 119021

Depressions in patients with schizophrenia in remission are quite common; however, their genesis and clinical features have been insufficiently studied.
***Objective**: to assess the clinical features of depressions occurring in patients with paroxysmal schizophrenia in remission.*
***Patients and methods**. 88 patients with nonpsychotic depression who were diagnosed with paroxysmal schizophrenia in drug remission were examined. A total of 200 depressive episodes were analyzed. The patients' status was assessed according to the diagnostic criteria in the ICD-10 Classification of Depressive Disorders. For quantitative evaluation, the investigators used psychometric scales, such as the Calgary Depression Schizophrenia Scale and the PANSS Negative Subscale.*
***Results**. There were two types of post-schizophrenic depressions: endogenous and reactive. Endogenous depressions are divided into postpsychotic depressions developing in remission and delayed depressive episodes; reactive depressions are divided into nosogenic and psychogenic. Endogenous depressions represent a stage of the schizophrenic process; reactive ones are a schizophrenic patient's depressive reaction to a stressful situation. The latter occur in patients with a less severe schizophrenic defect, a higher critical attitude toward illness, and a better social and labor adaptation. Endogenous depressions have averagely a longer duration and a greater severity and besides anxiety symptoms, they include asthenic and apathetic symptoms; reactive depressions comprise only anxious and dreary manifestations.*
***Conclusion**. Knowledge about the characteristics of depressions in schizophrenia will ensure their more accurate diagnosis and prescribe adequate therapy.*

Key words: *paroxysmal schizophrenia; remission; postpsychotic depression; endogenous depression; reactive depression; nosogenic depression; clinical features.*

Contact*: Nina Arkadyevna Tyuvina;* ***natuvina@yandex.ru***

For reference: *Tyuvina NA, Magomedova DO, Morozova VD. The typology and clinical features of depressions during a period of remission in paroxysmal schizophrenia. Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2017;9(3):24–30.*
DOI*: http://dx.doi.org/10.14412/2074-2711-2017-3-24-30*

Проблеме соотношения аффективных нарушений (в частности, депрессии) и шизофрении посвящено большое количество работ отечественных и зарубежных исследователей. Тем не менее до сих пор нет единого представления о роли депрессивных расстройств в течении шизофрении и их типологии.

Еще в конце XIX в. E. Kreapelin сформулировал дихотомическую концепцию эндогенных психозов, разделив их на раннее слабоумие (dementia praecox) и маниакально-депрессивный психоз (manic-depressive insanity), приступообразное течение с аффективной симптоматикой [1]. E. Bleuler [2] расширил рамки раннего слабоумия за счет присоединения приступообразных и неврозоподобных форм, объединив их на основе общего процесса – схизиса (*schizo* – расщепляю, *phren* – разум, душа), и назвал заболевание шизофренией. Он высказал также предположение, что депрессивная симптоматика, с одной стороны, является частью шизофренического процесса, а с другой – может быть проявлением вторичных депрессивных состояний личностно-реактивной природы [2]. Среди них описывались депрессии, которые возникали в постприступном периоде шизофрении. Именно таким постшизофреническим депрессиям (ПШД) в последнее время стало уделяться особое внимание. Было отмечено, что ПШД встречаются довольно часто. По данным разных исследователей, их распространенность у больных шизофренией колеблется от 25 до 72% [3–10].

К настоящему времени опубликовано множество работ, отражающих различные точки зрения на генез этих расстройств. В ряде исследований ПШД рассматриваются как проявление шизофренического процесса [11, 12]. В рамках этого подхода также существуют неоднозначные мнения, отражающие различные механизмы формирования аффективной симптоматики и течения заболевания в целом. Так, в одних работах ПШД расцениваются как проявление цикличности течения шизофрении [13], в других – как этап шизофренического процесса, свидетельствующий о переходе симптоматики на более мягкий аффективный уровень [14, 15], в третьих – как составляющая шизофренического процесса, отражающая определенный тип его течения [16]. В ряде исследований формирование депрессий в период ремиссии шизофрении рассматривается как «обнажение» депрессивной симптоматики, существовавшей в сочетании с параноидной в структуре приступа [17, 18]. Имеется также мнение о том, что ПШД представляет собой биологическую реакцию организма на «истощивший» его психоз [19]. Наряду с подобной квалификацией ПШД некоторыми авторами была высказана гипотеза о коморбидности депрессии и шизофрении, подразумевающая, что ПШД является самостоятельным, отдельным от шизофрении, заболеванием [20]. Есть также мнения, что в происхождении ПШД значительную роль играют нейролептическая терапия [21], ассоциированные с ней экстрапирамидные расстройства [15, 17, 22–28], негативная симптоматика [14, 29, 30] и формирование шизофренического дефекта [11, 12, 19, 31], а также психологическая реакция на перенесенный психоз [13, 16, 31–34].

Термин «постшизофреническая депрессия» впервые введен в МКБ-10 только в 1994 г. под рубрикой F20.4. Он обозначает психическое расстройство в разделе «Шизофрения», непосредственно связанное с предшествующим психотическим приступом, отвечающим критериям шизофрении. Однако выделение этого расстройства в самостоятельную рубрику не только не решило вопросов уточнения клинико-диагностических критериев ПШД, психопатологических проявлений и нозологической квалификации, но и сделало их еще более акуальными.

Депрессии в рамках шизофренического процесса имеют ряд особенностей. Они характеризуются атипичностью, субсиндромальностью, сглаженностью аффективных проявлений и апатической, астенической либо адинамической окраской со слабовыраженными признаками витальности или вовсе без таковых. Суточные колебания состояния при таких депрессиях встречаются нечасто и также отличаются атипичностью [35–37].

Опубликованы также работы, посвященные выделению клинических форм депрессий, возникающих в период ремиссии шизофрении [19, 36, 38]. В них описаны варианты депрессивных синдромов, которым соответствуют не только определенная клиническая картина, но и закономерности динамики.

В ряде исследований [4, 16, 35] депрессии, развивающиеся после шизофренического психоза, подразделяются в зависимости от сроков возникновения на постпсихотические (непосредственно после редукции острой психопатологической симптоматики) и ПШД (спустя минимум полгода после окончания приступа).

Широкая распространенность депрессий, возникающих в период ремиссии при шизофрении, а также многообразие и противоречивость суждений, касающихся их генеза, психопатологических проявлений, динамики и прогностической значимости, свидетельствуют о несомненной актуальности данной проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения.

Цель исследования – оценка клинических особенностей депрессий, возникающих у больных приступообразной шизофренией в период ремиссии.

Пациенты и методы. Исследование проводилось с 2014 по 2017 г. в амбулаторных и стационарных условиях Психиатрической клиники им. С.С. Корсакова университетской клинической больницы № 3 Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова.

Критерии включения в исследование: пациенты с диагнозом приступообразной шизофрении, находящиеся в состоянии лекарственной ремиссии при наличии депрессив-

ной симптоматики непсихотического регистра. *Критерии исключения:* больные, страдающие декомпенсированными соматическими и неврологическими заболеваниями, органическим поражением головного мозга, зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ, а также женщины в послеродовом периоде или беременные. Состояние больных оценивалось клинико-психопатологическим методом на момент начала исследования и в динамике с использованием специально разработанной карты обследования. Проводилось катамнестическое наблюдение в течение 1–3 лет.

Для объективизации полученных данных использовали стандартизированные психометрические шкалы: шкалу депрессии у больных шизофренией Калгари (Calgary depression shizophrenia scale, CDSS), субшкалу оценки негативных симптомов, входящую в шкалу оценки позитивных и негативных синдромов (Negative Subscale PANSS).

Обследовано 88 пациентов: мужчин – 54 (61,4%), женщин – 34 (38,6%) в возрасте от 21 года до 60 лет (37,6±3,5 года). Общая длительность болезни в группе в целом составила от 2,2 года до 28 лет (13,2±1,9 года) с числом предшествующих депрессии психотических приступов от 1 до 7 (2,3±0,3). Длительность болезни до развития первого эпизода ПШД варьировала от 0,3 до 23,3 года (6,8±1,4 года). Продолжительность ПШД составила от 1 мес до 4,7 года (4,2±0,8 мес) с тяжестью депрессивной симптоматики по шкале Калгари от 7 до 27 баллов (16,72±0,72 балла). Выраженность негативной симптоматики колебалась от 7 до 49 баллов (27,6±1,1 балла, PANSS negative).

Депрессивная симптоматика развивалась после различных по клинической структуре психотических приступов: в 84 (42,0%) случаях – после параноидных психозов, в 90 (45,0%) – после депрессивно-параноидных, в 20 (10,0%) – после маниакально-параноидных, в 6 (3,0%) – после приступов с выраженной кататонической симптоматикой.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью программных пакетов Statistica 10.0 и Microsoft Excel 2007.

Результаты и обсуждение. Обнаружено, что развитие части депрессий было четко связано с теми или иными психотравмирующими факторами и соответствует классической триаде К. Ясперса, тогда как другая часть подобной закономерностью не обладала и являлась порождением шизофренического процесса. На основании этого наблюдения все изученные случаи (200 эпизодов) были разделены клинико-психопатологическим методом на две группы: к 1-й группе отнесены *эндогенные ПШД* – 162 (81,00%) эпизода у 62 (70,45%) больных; ко 2-й группе – *реактивные депрессии*: 38 (19,00%) эпизодов у 26 (29,55%) больных. Разница в количестве наблюдений обусловлена относительной редкостью реактивных состояний у больных шизофренией ввиду имеющейся у них негативной симптоматики той или иной степени выраженности. Необходимо отметить, что за время наблюдения один и тот же больной мог перенести несколько эпизодов депрессии.

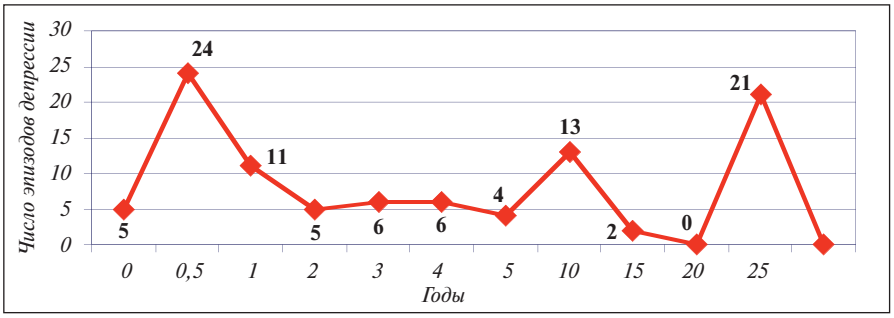

Рис. 1. *Сроки развития депрессий (годы)*

Также было замечено, что значительная часть депрессивных состояний развивается в первые 6 мес после редукции острой психотической симптоматики, тогда как остальные – на более отдаленных этапах, что отражено на рис. 1.

С учетом этой закономерности как эндогенные, так и реактивные депрессии были подразделены на ранние и поздние (рис. 2).

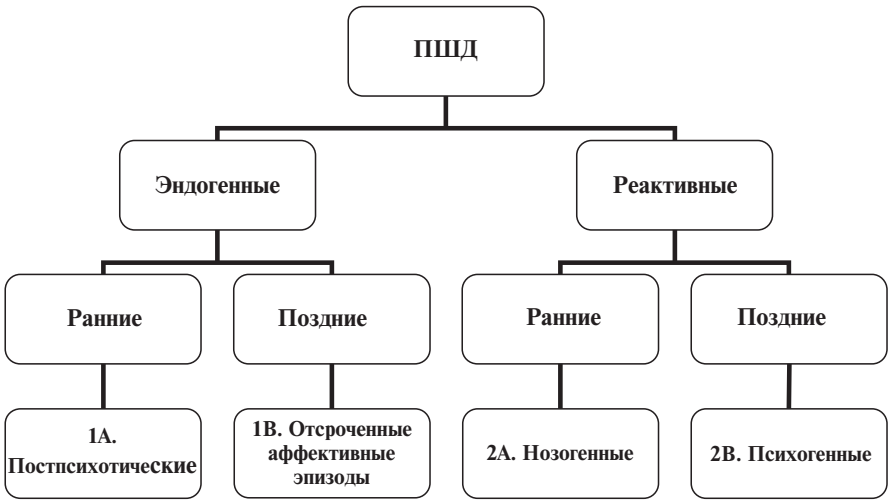

Рис. 2. *Систематика ПШД*

К числу ранних эндогенных депрессий относились состояния, развивавшиеся на этапе становления ремиссии – спустя 1,76±1,50 мес после купирования острого психоза. Они обозначены как *постпсихотические депрессии* (подгруппа 1А) – 22 (13,58%) эпизода у 14 (22,58%) больных эндогенными ПШД. Поздние же эндогенные депрессии представляли собой *отсроченные аффективные эпизоды* (подгруппа 1В), формировались на значительно более отдаленных этапах (в среднем через 81,92±16,77 мес после перенесенного психоза) и были наиболее многочисленными – 140 (86,42%) эпизодов у 48 (77,42%) больных 1-й группы.

Ранние реактивные депрессии были напрямую связаны с меньшей выраженностью негативной симптоматики и относительно высоким уровнем критического отношения к болезни. Реактивные ПШД возникали в среднем через 9,89±4,11 мес после редукции острой психопатологической симптоматики как реакция на осознание больным (в результате критического анализа психотических переживаний) наличия у него тяжелого психического заболевания, изменений собственной личности вследствие психоза. Состояние усугублялось в связи с нарушением привычного жизненного уклада и ожиданием последующих ограничений в социально-трудовой сфере. Подобные состояния обозначены нами как *нозогенные ПШД* (подгруппа 2А) – 20 (52,63%) эпизодов у 12 (46,15%) больных с реактивными ПШД.

Поздние же реактивные депрессии названы *психогенными ПШД* (подгруппа 2В) – 18 (47,37%) эпизодов у 14 (53,85%) пациентов. Эти депрессивные состояния представляли собой реакцию больных на различные психотравмирующие ситуации в семье или на работе. Психогенные депрессии развивались на более поздних этапах шизофренического процесса (спустя 43,80±15,33 мес) в ответ на разнообразные психотравмирующие ситуации, такие как смерть близких, развод или разрыв личных отношений, ссоры с близкими, потеря работы или сложности в трудоустройстве. Было отмечено, что, несмотря на значительную аффективную окраску этих депрессий, в жалобах больных психотравмирующая ситуация звучала слабо, не была доминирующей, всеохватывающей, больные не искали выхода из сложившейся ситуации, как бы смирялись с ней.

При анализе социально-демографических показателей в 1-й группе установлено достоверно большее число неработающих и инвалидизированных больных, чем во 2-й группе, тогда как работающих либо учащихся пациентов оказалось достоверно больше во 2-й группе, нежели в 1-й (табл. 1). Также выявлены различия между двумя группами в семейном положении: в 1-й группе оказалось достоверно больше пациентов, находящихся в разводе, в то время как во 2-й группе преобладали пациенты, никогда не состоявшие в браке, а разведенных не было вовсе, что частично может быть объяснено их более молодым возрастом. Эти показатели свидетельствуют о более низком уровне социально-трудовой адаптации больных, страдающих эндогенными ПШД, по сравнению с больными из группы реактивных депрессий.

В рамках эндогенных ПШД обе выделенные подгруппы по социально-демографическим показателям были однородны. При анализе реактивных депрессий отмечено, что больные в подгруппе 2А были достоверно моложе, чем больные в подгруппе 2В. По половому составу подгруппы также различались: в подгруппе 2В не было женщин, что обусловлено особенностями подбора пациентов для исследования (в мужском отделении). Уровень образования в обеих подгруппах оказался высоким, при этом больные в подгруппе 2А чаще имели незаконченное высшее образование, что объясняется их более молодым возрастом.

В каждом случае проанализированы течение шизофренического процесса на всем его протяжении, а также структура психотических эпизодов и следующих за ними депрессивных. При анализе клинической картины депрессивных состояний у больных обеих групп были выделены тоскливые, тревожные, апатические и астенические депрессии (табл. 2). Выявлено достоверное преобладание более аффективно «ярких», т. е. тоскливых и тревожных, депрессивных состояний во 2-й группе. В свою очередь апатические и астенические депрессивные состояния встречались лишь в 1-й группе.

В рамках эндогенных ПШД выявлено достоверное преобладание депрессий апатической структуры у пациен-

Таблица 1. *Социально-демографическая характеристика больных, n (%)*

Показатель	1-я группа (эндогенные депрессии)			2-я группа (реактивные депрессии)		
	подгруппа 1А	подгруппа 1В	всего	подгруппа 2А	подгруппа 2В	всего
Число больных	14 (22,58)	48 (77,42)	**62 (70,45)**	12 (46,15)	14 (53,85)	**26 (29,55)**
Число эпизодов депрессии	22 (13,58)	140 (86,42)	**162 (81)**	20 (52,63)	18 (47,37)	**38 (19)**
Пол:						
мужской	6 (42,86)	30 (62,50)	**36 (58,06)**	12 (100)	6 (42,86)	**18 (69,23)**
женский	8 (57,14)	18 (37,50)	**26 (41,9)**	0	8 (57,14)*	**8 (30,77)**
Возраст, годы	43,29±9,52	40,29±3,94	**40,97±3,68**	25,33±3,06**	39,86±10,51**	**33,15 ±6,96**
Трудоустроенность:						
работают/учатся	0	8 (16,67)	**8 (12,90)***	6 (50,00)	8 (57,14%)	**14 (53,85)***
не работают/инвалиды	14 (100)	40 (83,33)	**54 (87,10)***	6 (50,00)	6 (42,86)	**12 (46,15)***
Образование:						
высшее	10 (71,42)	34 (70,83)	**44 (70,97)**	4 (33,33)*	12 (85,71)*	**16 (61,54)**
неоконченное высшее	2 (14,29)	6 (12,50)	**8 (12,90)**	8 (66,67)*	0	**8 (30,77)**
среднее специальное	2 (14,29)	8 (16,67)	**10 (16,13)**	0	2 (14,29)	**2 (7,69)**
Семейное положение:						
состоят в браке	4 (28,57)	22 (45,83)	**26 (41,94)**	2 (16,67)	6 (42,86)	**8 (30,77)**
никогда не состояли в браке	8 (57,14)	18 (37,50)	**26 (41,94)***	10 (83,33)	8 (57,14)	**18 (69,23)***
в разводе	2 (14,29)	8 (16,67)	**10 (16,12)***	0	0	**0**

*$p \leqslant 0,05$ (здесь и в табл. 2–4); **достоверные различия с учетом доверительных интервалов (здесь и в табл. 3).

Таблица 2. *Клиническая структура депрессий, n (%)*

Депрессии	1-я группа (эндогенные депрессии)			2-я группа (реактивные депрессии)		
	подгруппа 1А	подгруппа 1В	всего	подгруппа 2А	подгруппа 2В	всего
Тоскливые	4 (18,18)	20 (14,29)	**24 (14,82)***	8 (40,00)*	0	**33 (86,84)***
Тревожные	2 (9,09)*	52 (37,14)*	**54 (33,33)***	12 (60,00)*	18 (100)*	**5 (13,16)***
Апатические	14 (63,64)*	34 (24,29)*	**48 (26,63)***	0	0	**0**
Астенические	2 (9,09)	34 (24,29)	**36 (22,22)***	0	0	**0**

Таблица 3. *Тяжесть депрессивного приступа (CDSS), n (%)*

Степень тяжести	1-я группа (эндогенные депрессии)			2-я группа (реактивные депрессии)		
	подгруппа 1А	подгруппа 1В	всего	подгруппа 2А	подгруппа 2В	всего
Легкая	8 (36,36)	46 (32,86)	**54 (33,33)**	16 (80,00)*	2 (11,11)*	**18 (47,37)**
Умеренная	12 (54,55)	86 (61,43)	**98 (60,50)**	2 (10,00)*	16 (88,89)*	**18 (47,37)**
Тяжелая	2 (9,09)	8 (5,71)	**10 (6,17)**	2 (10,00)	0	**2 (5,26)**
Суммарный балл	17,23±0,99	17,16±0,83	**17,17±0,77**	10,50±1,77**	19,19±0,76**	**14,79±1,77**

тов подгруппы 1А по сравнению с больными подгруппы 1В, а также у пациентов подгруппы 1А по сравнению с больными с депрессиями какой-либо другой структуры. В то же время в подгруппе 1В (отсроченные аффективные эпизоды) достоверно чаще встречались тревожные депрессии как по сравнению с подгруппой 1А, так и в пределах самой подгруппы 1В.

Для реактивных ПШД были характерны состояния с тоскливым и тревожным аффектом, при этом нозогеннные депрессии (подгруппа 2А) были тоскливые и тревожные, а психогенные – исключительно тревожные.

Анализ средних показателей тяжести депрессивных эпизодов по шкале CDSS не выявил достоверных различий между пациентами с депрессиями эндогенного и реактивного типов (табл. 3). Также не получено различий и между подгруппами пациентов с эндогенными ПШД. Достоверные различия выявлены с подгруппой 2А (нозогенная депрессия), в которой суммарный балл составлял 10,50±1,77. Однако при рассмотрении процентного соотношения депрессий различной тяжести оказалось, что для эндогенных депрессий более характерна умеренно выраженная симптоматика, для реактивных ПШД подгруппы 2А (нозогенные депрессии) – симптоматика легкой степени выраженности, а для подгруппы 2В (психогенные депрессии) – умеренной степени.

При сравнении течения заболевания (табл. 4) в 1-й и 2-й группах выявлено, что эндогенные депрессии отличаются от реактивных достоверно большей продолжительностью. Количество психотических приступов, предшествовавших развитию депрессивного состояния, в группе эндогенных депрессий также оказалось достоверно бо́льшим, чем в группе реактивных депрессий, как и продолжительность ремиссии после перенесенного психоза до момента развития депрессивного состояния. В целом негативная симптоматика была достоверно более выраженной у больных с эндогенными депрессиями, чем у больных с реактивными депрессиями. При

Таблица 4. *Характеристики течения заболевания*

Показатель	1-я группа (эндогенные депрессии)			2-я группа (реактивные депрессии)		
	подгруппа 1А	подгруппа 1В	всего	подгруппа 2А	подгруппа 2В	всего
Длительность эпизодов депрессии, мес	2,82±1,02	4,59±1,54	**5,89±0,94***	3,4±0,85	3,83±1,20	**3,61±1,02***
Число психотических приступов, предшествовавших депрессии, n (%)	3,55±1,03	2,69±0,31	**2,81±0,31***	1,89±0,41	2,30±0,58	**2,11±0,35***
Продолжительность ремиссии до развития депрессии, мес	1,76±1,50*	81,92±16,7*	**70,19±15,05***	9,89±4,11*	43,80±15,33*	**27,75±9,50***
Выраженность негативной симптоматики (PANSS negative), баллы	33,91±1,92*	28,44±1,17*	**29,19±1,08***	12,67±1,67*	27,75±2,72*	**20,61±2,91***

этом в 1-й группе у пациентов с постпсихотическими депрессиями (подгруппа 1А) наблюдалась достоверно более выраженная негативная симптоматика, чем у больных подгруппы 1В с отсроченными аффективными эпизодами. В подгруппах реактивных депрессий этот параметр различался еще заметнее. У больных с нозогенными депрессиями (подгруппа 2А) имелись легко выраженные негативные симптомы, тогда как у пациентов с психогенными депрессиями (подгруппа 2В) они достигали умеренной степени тяжести.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что в возникновении депрессии в период ремиссии у больных приступообразной шизофренией имеет значение временной фактор, позволяющий разделить депрессии на ранние (постпсихотические) и поздние (ПШД), что согласуется с мнением ряда авторов [4, 16, 35]. Вместе с тем депрессия может быть частью эндогенного шизофренического процесса [11–18] или следствием вторичных личностно-реактивных нарушений [2]. По данным нашего исследования, существует определенная корреляция между типом, клинической картиной депрессии и степенью выраженности негативной симптоматики.

Эндогенные ПШД развиваются у любых пациентов, в том числе с выраженными проявлениями шизофренического дефекта и низким уровнем социально-трудовой адаптации. Депрессии этого типа, возникающие непосредственно после редукции острой психотической симптоматики в ходе становления ремиссии (постпсихотические депрессии), часто ассоциируются с нейролептической терапией и сопутствующими ей экстрапирамидными расстройствами [15, 17, 21–28]. Постпсихотические ПШД характеризуются преимущественно апатическим и астеническим аффектом и протекают на фоне значительно выраженной негативной симптоматики. В клинической картине отсроченных аффективных эпизодов, помимо апатических и астенических расстройств, отмечается большая частота тревожно-депрессивных состояний. Однако выраженная негативная симптоматика создает сложности при разграничении депрессивных и негативных расстройств [11, 12, 14, 19, 29–31].

Реактивные ПШД представляют собой ответ на разного рода психотравмирующие ситуации. Подобные депрессии формируются у больных с меньшей выраженностью шизофренического дефекта, высоким уровнем критического отношения к болезни и более качественной социально-трудовой адаптацией. Эти состояния развиваются в среднем после меньшего количества шизофренических психозов и в относительно более ранние сроки ремиссии, а их клиническая картина отличается более яркой аффективной окраской. В зависимости от сроков возникновения реактивные ПШД подразделяются на ранние (нозогенные) и поздние (психогенные). Нозогенные депрессии представляют собой психологическую реакцию больного на наличие психического заболевания, в том числе на ощущение собственных изменений после перенесенного психоза, а также на связанные с этим последующие социально-трудовые ограничения. Эти депрессии в определенной степени перекликаются с описанными ранее психологическими реакциями на перенесенный психоз [13, 16, 31–35]. Пациенты этой группы моложе, клиническая картина депрессии у них представлена легким аффектом тоски и тревоги, а болезнь характеризуется наименьшей выраженностью негативной симптоматики. Психогенные ПШД, формирующиеся на более поздних этапах шизофренического процесса в ответ на разнообразные психотравмирующие ситуации, часто квалифицируют как реактивно спровоцированные обострения или повторные приступы шизофрении [39]. Эти состояния протекают на фоне умеренной негативной симптоматики и имеют ряд атипичных черт. Хотя по клинической структуре они представляют собой тревожно-депрессивные состояния умеренной тяжести, тревожный и витальный компонент в переживаниях психогенной ситуации проявляется слабо. Сочетание депрессивной симптоматики с остаточными психотическими симптомами также создает трудности при определении генеза аффективного приступа [35, 36].

Заключение. Диагностика и квалификация так называемых ПШД остается сложной и противоречивой проблемой. Выявленные в нашем исследовании особенности депрессий, возникающих у больных приступообразной шизофренией в период ремиссии, позволят проводить более точную их квалификацию и назначать адекватную терапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Craddock N, Owen MJ. The Kraepelinian dichotomy – going, going... but still not gone. *Br J Psychiatry.* 2010 Feb;196(2):92-5. doi: 10.1192/bjp.bp.109.073429.
2. Блойлер Э. Руководство по психиатрии. Берлин; 1920. [Bleuler E. *Rukovodstvo po psikhiatrii* [Handbook on psychiatry]. Berlin; 1920].
3. Galdi J. The causality of depression in schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1983 Jun;142:621-4.
4. McGlashan T, Carpenter WT. Postpsychotic depression in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1976 Feb;33(2):231-9.
5. Planansky K, Johnston R. Depressive syndrome in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand.* 1978 Mar;57(3):207-18.
6. Stern MJ, Pillsbury JA, Sonnenberg SM. Postpsychotic depression in schizophrenics. *Compr Psychiatry.* 1972 Nov-Dec;13(6):591-8.
7. Planansky K, Johnston R. Psychotropic drugs and depressive syndrome in schizophrenia. *Psychiatr Q.* 1980 Fall;52(3):214-21.
8. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, et al. Development and Prediction of Postpsychotic Depression in Neuroleptic-Treated Schizophrenics. *Arch Gen Psychiatry.* 1982 Feb;39(2):197-203.
9. Siris SG. Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of «Atypical» Antipsychotic Agents. *Am J Psychiatry.* 2000 Sep;157(9):1379-89.
10. Гусева ОВ. Депрессивные состояния на поздних этапах приступов шизофрении (клинико-психопатологическое исследование). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ленинград; 1990. [Guseva OV. Depression in the later stages of schizophrenia (clinical-psychopathological research). Autoref. diss. cand. med. sci. Leningrad; 1990].
11. Наджаров РА. Шизофрения. В кн.: Снежневский АВ, редактор. Справочник по психиатрии. Москва: Медицина; 1985. С. 83-100. [Nadzharov RA. Schizophrenia. In: Snezhnevskii AV, editor. *Spravochnik po psikhiatrii* [Handbook of psychiatry]. Moscow: Meditsina; 1985. P. 83-100].
12. Абрамова ИВ. Особенности аффективных расстройств в ремиссиях приступообразно-прогредиентной шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1988;(5):92-7. [Abramova IV. Features of affective disorders in remission attack-like progressive schizophrenia. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 1988;(5):92-7. (In Russ.)].
13. Docherty NM. Affective reactivity of symptoms as a process discriminator in schizophrenia. *J Nerv Ment Dis.* 1996 Sep;184(9):535-41.
14. Siris SG, Adan F, Cohen M, et al. Postpsychotic depression and negative symp-

toms: an investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry.* 1988 Dec;145(12):1532-7.
15. Richardson MA, Pass R, Bregman Z, Craig TJ. Tardive dyskinesia and depressive syndrome in schizophrenics. *Psychopharmacol Bull.* 1985;21(1):130-5.
16. McGlashan T, Carpenter WT. An investigation of the postpsychotic depressive syndrome. *Am J Psychiatry.* 1976 Jan;133(1):14-9.
17. Craig TJ, Richardson MA, Pass R, Bregman Z. Measurement of mood and affect in schizophrenic inpatients. *Am J Psychiatry.* 1985 Nov;142(11):1272-7.
18. Mueller PS. Increasing rates of depression. *JAMA.* 1989;262(7):889–99.
19. Чайка ЮЮ. К проблеме постшизофренических депрессий. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 1999;(1):117-21. [Chaika YuYu. To the problem of postschizophrenic depressions. *Zhurnal psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii.* 1999;(1):117-21. (In Russ.)].
20. Möller HJ, Zerssen DV. Depressive states occurring during the neuroleptic treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1982;8(1):109-17.
21. Mauri MC, Bravin S, Fabiano L, et al. Depressive symptoms and schizophrenia: a psychopharmacological approach. *Encephale.* 1995 Sep-Oct;21(5):555-8.
22. Van Putten T, May RP. «Akinetic depression» in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry.* 1978 Sep;35(9):1101-7.
23. Floru L, Heinrich K, Wittek F. The problem of postpsychotic schizophrenic depression and their pharmacological induction. *Int Pharmacopsychiat.* 1975;10(4):230–9.
24. Gorna K, Jaracz K, Wrzyszczynska L, Rybakowski F. Quality of life and depression in schizophrenic patients. *Adv Med Sci.* 2007; 52 Suppl 1:108-11.
25. Harrow M, Fichtner CG, Grossman LS, et al. Neuroleptic depression in schizophrenia. *Biol Psychiatry.* 1991 Oct 15;30(8):845-8.
26. Harrow M, Grinker R, Holzman P, Kayton L. Anhedonia and schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 1977 Jul;134(7):794-7.
27. Бубнова ЮС, Дорофейко ВВ, Мазо ГЭ, Петрова НН. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении. Психиатрия и психофармакотерапия. 2012;14(4): 21–6. [Bubnova YuS, Dorofeiko VV, Mazo GE, Petrova NN. To the question about the mechanisms of development of depression in schizophrenia. *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2012;14(4):21–6. (In Russ.)].
28. Mackinnon BL. Postpsychotic depression and the need for personal significance. *Am J Psychiatry.* 1977 Apr;134(4):427-9.
29. Chemerinski E, Bowie Ch, Anderson H, Harvey PD. Depression in Schizophrenia: Methodological artifact or distinct feature of the illness? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2008 Fall;20(4):431-40. doi: 10.1176/appi.neuropsych.20.4.431.
30. Carpenter W, Heinrichs DW, Alphs LD. Treatment of Negative Symptoms. *Schizophr Bull.* 1985;11(3):440-52.
31. Andreasen N. Positive vs. negative schizophrenia. *Schizophr Bull.* 1985;11(3):380-9.
32. Roy A, Thompson R, Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia. *Br J Psychiatry.* 1983 May;142:465-70.
33. Ильина НА. История развития учения о шизофренических реакциях. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006;106(4):72–89. [Il'ina NA. The history of the development of the doctrine of schizophrenic reactions. *Zhurnal nevrologii i psikhiatrii im. S.S. Korsakova.* 2006;106(4):72–89. (In Russ.)].
34. Roth S. The seemingly ubiquitous depression following acute shizophrenic epizodes, a neglected area of clinical discussion. *Am J Psychiatry.* 1970 Jul;127(1):51-8.
35. Дресвянников ВЛ, Старичков ДА, Овчинников АА и др. Аффективные нарушения в ремиссии при шизофрении (клиника, патогенез, терапия). Психиатрия и психофармакотерапия. 2007;9(5):8-11. [Dresvyannikov VL, Starichkov DA, Ovchinnikov AA, et al. Affective disorders in remission in schizophrenia (clinical picture, pathogenesis, therapy). *Psikhiatriya i psikhofarmakoterapiya.* 2007;9(5):8-11. (In Russ.)].
36. Шумская КН. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности). Автореф. дисс. канд. мед. наук. Москва; 1999. [Shumskaya KN. Postschizophrenic depression (psychopathological features and typologies, clinical approaches, therapeutic issues). Autoref. diss. cand. med. sci. Moscow; 1999].
37. Конева ОВ. Постшизофреническая депрессия: клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Томск; 2009. [Koneva OV. Postschizophrenic depression: clinical, adaptive, and rehabilitative aspects. Autoref. diss. cand. med. sci. Tomsk; 2009].
38. Кинкулькина МА, Иванец НН. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение. Москва: Медпрактика-М; 2009. [Kinkul'kina MA, Ivanets NN. *Depressii pri shizofrenii i alkogolizme. Klinika i lechenie* [Depression in schizophrenia and alcoholism. Clinic and treatment]. Moscow: Medpraktika-M; 2009].
39. Шмилович АА. Психозы шизофренического спектра, ассоциированные со стрессом. Автореф. дисс. докт. мед. наук. Москва; 2013. [Shmilovich AA. Psychosis of schizophrenic spectrum associated with stress. Autoref. diss. doct. med. sci. Moscow; 2013].

Поступила 10.07.2017

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать. Все авторы принимали участие в разработке концепции статьи и написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами.