



Скугаревский О.А., Савицкая В.В. ✉, Обьедков В.Г.
Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Феномен душевной боли в контексте суицидального поведения при постшизофренической депрессии: обзор литературы

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: концепция исследования и редактирование текста – Скугаревский О.А.; анализ литературы – Савицкая В.В.; написание текста – Обьедков В.Г.

Подана: 09.08.2021

Принята: 21.12.2021

Контакты: varvarenik@gmail.com

Резюме

В обзоре литературы поднимаются проблемные вопросы клинической феноменологии, диагностики и систематики постшизофренических депрессий в контексте суицидальной активности при шизофрении. Освещаются вопросы актуальности своевременной диагностики таких состояний. Рассматриваются различные подходы к оценке эмоциональности при шизофрении за пределами формализованных оценок при различных подходах к данному вопросу с точки зрения медицинской психологии. Особое внимание уделяется трансдиагностической категории «душевной боли», дефиниции этой категории и отношению к суицидальности пациентов с постшизофренической депрессией. Авторы обзора приходят к выводу о том, что формализованная диагностика депрессии при шизофрении недостаточно эффективна для оценки суицидального поведения таких пациентов, а также находят аргументы в пользу необходимости исследования душевной боли при шизофрении вопреки устоявшемуся концепту о неизбежности эмоционального дефекта при этом заболевании.

Ключевые слова: шизофрения, постшизофреническая депрессия, душевная боль, суицидальное поведение

Skugarevsky O., Savitskaya V. ✉, Obyedkov V.
Belarussian State Medical University, Minsk, Belarus

The Phenomenon of Mental Pain in the Context of Suicidal Behavior in Post-schizophrenic Depression: a Literature Review

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: concept of the study and text editing – Skugarevsky O.; literature review – Savitskaya V.; text writing – Obyedkov V.

Submitted: 09.08.2021

Accepted: 21.12.2021

Contacts: varvarenik@gmail.com

Abstract

The literature review raises problematic issues of clinical phenomenology, diagnosis and systematics of post-schizophrenic depression in the context of suicidal activity in schizophrenia. The issues of relevance of timely diagnosis of such conditions are highlighted. Various approaches to assessing emotionality in schizophrenia beyond formalized assessments are discussed with different approaches to this issue from the point of view of medical psychology. Particular attention is paid to the transdiagnostic category of "mental pain", the definition of this category and the attitude towards suicidality in patients with post-schizophrenic depression. The authors of the review conclude that the formalized diagnosis of depression in schizophrenia is not effective enough to assess the suicidal behavior of such patients, and also find arguments for the need to study mental pain in schizophrenia, contrary to the well-established concept of the inevitability of an emotional defect in this disease.

Keywords: schizophrenia, post-schizophrenic depression, mental pain, suicidal behavior

Суицид является 13-й по значимости причиной смерти во всем мире и как таковой является глобальной проблемой общественного здравоохранения (WHO, 2015). Более 800 000 человек ежегодно умирают от самоубийства, и на каждую такую смерть примерно 20–30 человек пытаются совершить самоубийство (WHO, 2014). По сравнению с общей популяцией риск завершенных суицидов при шизофрении оказался в 30 раз выше [1]. Чем объяснить такую высокую суицидальную активность людей, страдающих шизофренией? Следуя формальной логике, ответ на такой вопрос нужно искать в особенностях аффективной сферы при шизофрении, и в частности в сопутствующей шизофрении депрессии. В настоящее время доказано, что депрессия является независимой размерностью (дименсией) в клинической структуре шизофрении, не имеющей строгого параллелизма не только с продуктивными симптомами и дезинтеграцией, но и с негативной симптоматикой [2]. То есть депрессия – интегральная часть шизофрении [3]. Следует, однако, отметить, что такой констатации предшествовала острая дискуссия. Теоретическая составляющая данной проблемы во многом была предопределена принципиальным разделением ранней деменции,

послужившей предпосылкой к концепции шизофрении, и маниакально-депрессивного психоза [4]. Принципиально важной казалась идея о том, что эмоциональные нарушения при шизофрении формируются по своим, характерным только для этой болезни, законам, отражают инертность психических процессов и динамически связаны с прогрессивностью. Однако с этих позиций объяснить суицидальную активность апатией, аутизмом, эмоциональным дефектом, патологией в мотивационной сфере, тенденцией к хронификации и нарастанием дефекта довольно сложно. И тогда, под влиянием неопровержимых фактов, наличие генуинной, а не апатической депрессии в клинической структуре шизофрении стало признаваться. Некоторое время казалось, что депрессия может присутствовать в ее натуральном классическом виде при шизофрении, но там, где ее много и она имеет черты цикличности (а не прогрессивности), ее следует понимать как шизоаффективный психоз. То есть, казалось, имеющиеся различия имеют количественный характер. Однако дальнейшие исследования показали, что такое видение ситуации ошибочно и депрессия в количественном плане может присутствовать в равной степени при шизофрении, шизоаффективном психозе и при депрессивном расстройстве [5, 6].

В наиболее ярком, «рафинированном» и не зашторенном другими симптомами виде депрессия при шизофрении имеет место на постпроцессуальном этапе у пациентов с минимально выраженной негативной симптоматикой. Термин «постшизофреническая депрессия» впервые был введен в 1994 г. в МКБ-10 под рубрикой F20.4. Он обозначает депрессивное состояние в разделе «Шизофрения», происхождение которого непосредственно связано с предшествующим психозом, отвечающим критериям шизофрении. Напомним диагностические критерии постшизофренической депрессии по МКБ-10: «А. Диагноз F20.4 устанавливается только в случаях: 1) у больного наблюдались общие диагностические критерии F20 не менее 12 предыдущих месяцев; 2) присутствие отдельных симптомов шизофрении не доминирует в состоянии больного; 3) симптомы депрессии отвечают критериям депрессивного эпизода (F32.-) и наблюдаются, по меньшей мере, две недели. В. В случае сочетания яркой шизофренической симптоматики с депрессией диагноз шизофрении соответствующего типа сохраняется. С. В случае полной редукции симптомов шизофрении применяется диагноз F32.-. D. Рассматривается как постпсихотический этап в динамике приступообразной шизофрении – F20.42». Распространенность постшизофренической депрессии описывается в очень большом диапазоне – от 25 до 75% всех пациентов, явно говорящем о том, что концепт «постшизофреническая депрессия» часто применяется за пределами пункта D МКБ-10 [7–9]. Несмотря на конвенциональные критерии постшизофренической депрессии, диагностика этого расстройства представляет определенную проблему. Иллюстрацией этого может служить то обстоятельство, что диагноз постшизофренической депрессии пока на уровне практической медицины можно встретить очень редко. Это обстоятельство можно оценить двояко: либо идея депрессии при шизофрении не принимается на концептуальном уровне, либо что-то препятствует распознаванию этого расстройства и его связи с суицидальным поведением.

Итак, депрессия при шизофрении имеет место и даже может доминировать над другими симптомами на постпсихотическом или постпроцессуальном этапе. Может ли это в полной мере объяснять суицидальную активность пациентов с шизофренией? Оказалось, нет. Симптомы депрессии при шизофрении, диагностируемые

классическим категориальным диагностическим методом, имеют крайне слабую корреляцию со всеми феноменами суицидального поведения. Выделение депрессии в отдельную диагностическую категорию, таким образом, не решает проблему объяснения суицидального поведения при шизофрении [10].

Полагаем, что оценка суицидальности при шизофрении лежит в плоскости жесткого разделения аффективной и негативной симптоматики. Однако здесь существует огромная проблема – феноменологическое сходство симптомов депрессии с негативной симптоматикой и не только, но и с лекарственным паркинсонизмом. Например, на практике фактически неразличимыми являются симптомы депрессии: ангедония, моторная заторможенность, идеаторная заторможенность и социальная изоляция – от негативных нарушений – эмоционального уплощения, апато-абулических нарушений, апатии, алогии и аутизма. Вместе они могут оказаться нуждающимися в дифференциальной диагностике с психической индифферентностью, акинезией с мышечной гипертонией, брадипсихией и вынужденным ограничением контактов при паркинсонизме [11]. Общая картина выглядит еще более сложной ввиду фармакогенного фактора депрессий при шизофрении, а именно прямого депрессогенного действия некоторых лекарственных средств. Высказано мнение о существовании особого варианта дофаминзависимых депрессий, в генезе которых главную роль играет длительная дофаминблокирующая терапия, в результате которой возникают депрессивные симптомы, не входящие в структуру паркинсонизма, ввиду чего становится сложным разделить аффективную симптоматику процессуального и фармакогенного генеза [12]. Практически во всех работах, посвященных типологии вариантов депрессивных расстройств при шизофрении [13–16], мы усматриваем такую агглютинацию феноменологически сходных симптомов разного происхождения с идеей своеобразия постшизофренических депрессий с атипичной, субсиндромальной картиной, сглаженностью аффективной симптоматики с отсутствием ее экспрессивных проявлений, а также апатической, адинамической либо астенической окраской со слабовыраженными или вовсе отсутствующими признаками витальности. Большинство вариантов депрессивных расстройств оценивались в перечисленных работах как «адинамические». При этом говорится об особой специфике таких депрессий как неизбежно связанных с другими симптомами шизофрении. Отдельно от перечисленных работ следует оценить диссертационное исследование Магомедовой Д.О., где автор выделяет реактивные депрессии при шизофрении, то есть возникшие в результате не столько болезни, сколько жизненных обстоятельств и являющиеся депрессивной реакцией на них [17].

Отдавая должное клинической осведомленности и квалификации коллег, все же хотелось бы вступить в заочную дискуссию и подвергнуть сомнению концепт неизбежности связи аффективной сферы с негативной симптоматикой при шизофрении. Полагаем, что за «фасадом» смешанных по своей природе симптомов клиницисту будет непреодолимо сложно рассмотреть суицидальные мысли и намерения пациентов с шизофренией. Выход из положения здесь невозможен без приобщения к классическим методам диагностики в психиатрии дополнительных методов оценки внутреннего состояния пациентов, основанных на самостоятельном описании пациентами внутренней картины болезни, ориентированных на диагностику трансдиагностического феномена душевной боли.

Поиск ответа на вопрос о причинности суицидов при шизофрении привел нас к недавно возникшему в медицине интересу к феномену душевной боли. Любопытно, что оценка душевной боли игнорировалась клиническими исследованиями в психиатрии, и это совершенно неприемлемо [18, 19]. Существуют различные определения душевной боли в литературе, где используются такие термины, как «психическая боль», «эмоциональная боль», «психологическая боль», «социальная боль» [20, 21]. Орбах и др. [22] определили душевную боль как «широкий спектр субъективных переживаний, характеризующихся как восприятие негативных изменений в себе и своей функции, что сопровождается сильными негативными эмоциями, имеющими оттенок боли». Суицид с этих позиций можно расценить как средство анальгезии, освобождающее человека от страданий [23]. Отношения между душевной болью и суицидальными идеями в трансдиагностическом смысле указывают на то, что психологическая боль является не только предиктором, но и следствием суицидальных мыслей. При этом, учитывая статистику суицидов при шизофрении, небезынтересно, как теоретически связаны душевная боль, суицидальные мысли и социальная изоляция, клинически, возможно, имеющая для таких пациентов характер приписываемого им аутизма. Цепочка событий описывается таким образом. Суицидальные мысли являются источником негативных чувств (например, стыда, чувства вины и самостигматизации) и ощущения собственной неадекватности, что является источником психической боли [24]. При этом люди с суицидальными идеями могут бояться обращаться за помощью к другим [25]. Такое поведение может в конечном итоге привести к еще большему нарушению отношений (то есть переживанию конфликтных и нестабильных отношений и вызвать усиление душевной боли). В итоге авторы указывают на то, что психологическая боль является не только предиктором, но и следствием суицидальных мыслей и социальной изоляции [26].

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), «боль – это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей и описываемое в терминах эмоционального ущерба» [27]. Это определение четко указывает на то, что, помимо ноцицептивной активации мозга, боль – это индивидуальный и внутренний опыт, который сознательно воспринимается, модулируется и трансформируется в соответствии с его эмоциональным контекстом [28]. Более того, клинические проявления боли можно рассматривать как результат сложного взаимодействия между биологическими факторами, психологическими процессами и социальными влияниями [29]. В обсуждаемом контексте особый интерес представляют данные о соотношении душевной боли и депрессии. Сейчас признается, что депрессия может изменять архитектуру нейронных сетей, патопластически создавая фенотип хронической боли без предшествующего повреждения тканей и сенсорной боли. Депрессия, таким образом, может инициировать душевную боль подобно стрессовому событию [30]. Небезынтересно мнение о том, что формальный опрос или психометрический анализ клинического состояния пациента несостоятельны выявить у него душевную боль, так как и пациенты, как и врачи, не склонны делиться глубинными переживаниями, а также у многих людей просто не хватает словарного запаса или они не владеют нюансами речи настолько, чтобы передать на словах другим глубину душевных переживаний [31, 32].

Настойчивый поиск статей о душевной боли при шизофрении привел к информации об одном-единственном исследовании С. Baker [33], что позволяет говорить об авторе как о психиатре, «перешагнувшем» через стереотип оценок эмоциональности при шизофрении в терминах вариантов апатии. Речь идет именно о душевной боли, а не о тематически близких концептах стратегий совладания со стрессом. Обратимся к нескольким ключевым концептам этой статьи. Автор пишет о том, что традиционный клинический подход не позволяет выйти за пределы оценок шизофрении как закрытого объекта в силу особенностей изменений в эмоциональной сфере таких пациентов. Психическая боль, безусловно, является частью клинической картины шизофрении. Она усиливается, когда симптомы ухудшаются, инициируя определенные поведенческие стереотипы, направленные на их преодоление. С другой стороны, отмечает С. Baker, боль оказалась следствием симптомов болезни; она возникает в результате инцидентов, связанных с недостатком самоконтроля, неудачей и потерями, когда обострение симптомов нанесло ущерб жизни пациентов. Психическая боль, пронизывающая рассказы информаторов, варьируется по интенсивности от случаев хронического подострого дискомфорта до периодов «ужасных» мучений. Многие респонденты специально использовали термин «боль» для описания этого эмоционального дистресса. С. Baker пишет о том, что информанты использовали очень сильные прилагательные для описания этого явления. Они говорили о «сущем аде, о мучениях, ужасе, гневе, отчаянии и желании убить себя, чтобы избежать страданий». Высокий уровень психической боли, по-видимому, связан при шизофрении с тем, что вызвано «отсутствием связи с реальностью». Любопытно, что, хотя видения, голоса и странные мысли информаторов не всегда были негативными, они, как правило, становились все более тревожными, в конечном итоге захватывая их жизнь на какое-то время. Боль, которую информанты испытывали как следствие, а не как компонент обострения симптомов, оказалась расплывчатым и довольно продолжительным аспектом их жизни.

■ ВЫВОДЫ

Суицидальное поведение пациентов с шизофренией, по-видимому, напрямую может быть не связано с динамикой депрессии при шизофрении, которая предполагает постепенную агглютинацию депрессивных симптомов с негативной симптоматикой, нарастающим дефектом, экстрапирамидными симптомами и прямыми эффектами лекарственной терапии.

Суицидальность при шизофрении наиболее вероятно связана с феноменом душевной боли – трансдиагностическим феноменом, не имеющим до конца общепринятой дефиниции и лишь частично сопоставимым с депрессией. Тематика душевной боли при шизофрении представлена в одном-единственном исследовании и поэтому является актуальной проблемой и темой для научных исследований.

Душевная боль при шизофрении как объект исследования зашторена фундаментальными симптомами шизофрении и чаще всего остается нераспознанной.

Информация о душевной боли может быть получена нетрадиционным способом через самоописания пациентов либо в обстановке полного доверия.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Newman S.C., Bland R.C. (1991) Mortality in a cohort of patients with schizophrenia: a record linkage study. *Can. J. Psychiatry*, vol. 36, pp. 239–245.
2. Goldman R.S., Tandon R., Liberzon I., Greden J.F. (1992) Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia. *Psychopathology*, vol. 25, pp. 49–56.
3. Van der Heiden W. (2005) Depression in the Longterm Course of Schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, vol. 255, pp. 174–184.
4. Kraepelin E. (1971) *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Huntington, New York: Robert E. Krieger Publishing Company.
5. Collaborative working group on clinical trial evaluations (1998) Atypical antipsychotics for treatment of depression in schizophrenia and affective disorders. *J. Clin. Psychiatry*, vol. 59, suppl. 12, pp. 41–45.
6. Bromet E.J., Schwartz J.E., Fennig S. (1992) The epidemiology of psychosis: the Suffolk County Mental Health Project. *Schizophrenia Bull.*, vol. 18, no 2, pp. 243–255.
7. Petrova N.N., Vishnevskaya O.A. (2013) Klinicheskiye osobennosti depressii v remissii paranoidnoy shizofrenii [Clinical features of depression in remission of paranoid schizophrenia]. *Journal of Neurology and Psychiatry*, vol. 113 (11), pp. 34–41. (in Russian)
8. Van Rooijen G., Vermeulen J.M., Ruhé H.G., de Haan L. (2018) Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS Spectrums*, pp. 1–10.
9. Mosolov S.N., Maslennikov N.V., Zukarsi A.A. (2012) Klinika i terapiya depressii pri shizofrenii [Clinic and therapy of depression in schizophrenia]. *Biological methods of therapy of mental disorders. Evidence-Based Medicine – Clinical Practice*, pp. 172–196. (in Russian)
10. Addington D., Addington J., Atkinson M. (1996) A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophrenia Res*, vol. 19, pp. 205–212.
11. Mosolov S.N. (2001) *Shkaly psikhometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontsepsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv* [Scales of psychometric assessment of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. Moscow, pp. 238. (in Russian)
12. Zukarsi A.A., Mosolov S.N. (1998) Differentsirovannaya terapiya postpsikhoticheskikh depressivnykh i depressivnobredovykh sostoyaniy u bolnykh shizofrenicheskim psikhozom [Differentiated therapy of postpsychotic depressive and depressive-delusional states in patients with schizophrenic psychosis]. *Affective and schizoaffective psychoses: Current state of the problem*, pp. 395–403. (in Russian)
13. Dresvyannikov V.L., Starychko D.A., Ovchinnikov A.A., Drobizhev M.Y., Kyreeva A.I. (2007) Affective disturbances in remission pri shizofrenii (klinika, patogenez, terapiya) [Affective disturbances in remission in schizophrenia (clinical picture, pathogenesis, therapy)]. *Psychiatry and psychopharmacotherapy*, vol. 9 (5), pp. 8–11. (in Russian)
14. Koneva O.V. (2009) *Postshizofrenicheskaya depressiya: klinicheskiye, adaptatsionnyye i reabilitatsionnyye aspekty* [Post-schizophrenic depression: clinical, adaptation and rehabilitation aspects] (MD Thesis). Toms: Research Institute of Mental Health SB RAMS.
15. Smulevich A.B. (2003) Psikhopatologiya i klinika depressii, razvivayushchikhsya pri shizofrenii [Psychopathology and clinic of depressions developing in schizophrenia]. *Psychiatry and psychopharmacotherapy. P.B. Gannushkin*, vol. 5 (5), pp. 184–186. (in Russian)
16. Shumskaya K.N. (1999) *Postshizofrenicheskaya depressii (psikhopatologicheskiye osobennosti i voprosy tipologii, klinicheskiye podkhody, terapevticheskiye osobennosti)* [Post-schizophrenic depression (psychopathological features and issues of typology, clinical approaches, therapeutic features)] (MD Thesis), Moscow: NTSPZ RAMS. (in Russian)
17. Magomedova D.O. (2018) *Klinika i diagnostika depressii v remissii pristupoobraznoy shizofrenii* [Clinical picture and diagnosis of depression in remission of paroxysmal schizophrenia] (MD Thesis), Moscow: NTSPZ RAMS. (in Russian)
18. Tossani E. (2013) The concept of mental pain. *Psychother Psychosom.*, vol. 82 (2), pp. 67–73.
19. Yager J. (2015) Addressing patients' psychic pain. *Am J Psychiatry*, vol. 172 (10), pp. 939–43.
20. Bolger E. (1999) Grounded theory analysis of emotional pain. *Psychother Res*, vol. 9 (3), pp. 342–62.
21. Macdonald G., Leary M.R. (2005) Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychol Bull.*, vol. 131 (2), pp. 202–23.
22. Orbach I., Mikulincer M., Gilboa-Schechtman E., Sirota P. (2003) Mental pain and its relationship to suicidality and life meaning. *Suicide Life Threat Behav*, vol. 33 (3), pp. 231–41.
23. Ducasse D., Holden R.R., Boyer L., Artero S., Calati R., Guillame S. (2018) Psychological pain in suicidality: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*, vol. 79 (3):16r10732.
24. Meerwijk E.L., Weiss S.J. (2011) Toward a unifying definition of psychological pain. *Journal of Loss and Trauma*, vol. 16 (5), pp. 402–412.
25. Wiklander M., Samuelsson M., Asberg M. (2003) Shame reactions after suicide attempt. *Scand J Caring Sci*, vol. 17, pp. 293–300.
26. Wagner D., Rathus J.H., Miller A.L. (2015) Reliability and validity of the Life Problems Inventory, a self-report measure of borderline personality features, in a college student sample. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, vol. 5: 4.
27. *International Association for the Study of Pain (IASP) link to pain definition*. Available at: <https://www.iasp-pain.org/Education/> (accessed 1 August 2021).
28. Hooten W.M. (2016) Chronic Pain and Mental Health Disorders: Shared Neural Mechanisms, Epidemiology, and Treatment. *Mayo Clin Proc*, vol. 91 (7), pp. 955–70.
29. Kucyi A., Davis K.D. (2015) The dynamic pain connectome. *Trends Neurosci*, vol. 38 (2), pp. 86–95.
30. Borsook D., Youssef A.M., Barakat N., Sieberg C.B., Elman I. (2018) Subliminal (latent) processing of pain and its evolution to conscious awareness. *Neurosci Biobehav Rev*, vol. 88, pp. 1–15.
31. Engel G.L., Mac Bryde C.M. (1969) *Signs and symptoms: applied pathological physiology and clinical interpretation*. Philadelphia: Lippincott, pp. 44–46.
32. Fava G.A., Cosci F., Sonino N. (2017) Current psychosomatic practice. *Psychother Psychosom*, vol. 86 (1), pp. 13–30.
33. Baker C. (1996) Subjective experience of symptoms in schizophrenia. *Can J Nurs Res*, vol. 28 (2), pp. 19–35.