



Савицкая В.В. ✉, Скугаревский О.А., Объедков В.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Клиническая характеристика пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: В.В. Савицкая – концепция исследования и редактирование текста, составление и анализ базы данных; О.А. Скугаревский – статистический анализ; В.Г. Объедков – написание текста.

Подана: 17.02.2022

Принята: 12.07.2022

Контакты: varvarenik@gmail.com

Резюме

В данной статье представлены результаты изучения клинических характеристик 152 пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли. Дизайн исследования: открытое обсервационное поперечное исследование с направленным формированием групп сравнения. Инструменты исследования: диагностика клинических симптомов шизофрении проводилась с применением шкалы PANSS, для детализации депрессии была использована шкала депрессии при шизофрении Калгари. Критериями включения пациентов в общую исследовательскую выборку являлись: верифицированный диагноз «шизофрения» (по МКБ-10), возраст 18–50 лет, отсутствие у пациента выраженных острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <30 баллов), отсутствие выраженных негативных симптомов (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <35 баллов), письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критерием исключения пациентов из общей выборки являлось наличие экстрапирамидных расстройств. Пациенты были разделены в два этапа на три исследуемые группы: группу А – 103 пациента (постпсихотическая депрессия, значения по шкале депрессии PANSS ≥ 5 баллов), группу Б – 49 пациентов (отсутствие постпсихотической депрессии, значения по шкале депрессии PANSS <5 баллов); на втором этапе группа А была разделена на две подгруппы – А1, 69 пациентов (постпсихотическая депрессия с душевной болью), и А2 – 34 пациента (постпсихотическая депрессия без душевной боли). Критической точкой для разделения на подгруппы явилось значение ≥ 24 балла по шкале душевной боли. По результатам исследования были сделаны следующие выводы: пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью образуют особую группу с клиническими особенностями в каждом психопатологическом домене – позитивном, негативном и общем по шкале PANSS. Для них характерны слабая выраженность апатии, концептуальной дезорганизации, нарушений абстрактного мышления, нарушений мышления в форме стереотипий, а также высокие уровни тревоги, соматической озабоченности и напряженности.

Ключевые слова: шизофрения, постпсихотическая депрессия, душевная боль

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

Clinical Characteristics of Schizophrenic Patients with Postpsychotic Depression in Context of Mental Pain Phenomenon

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: V. Savitskaya – research concept and text editing, creation and analysis of the database; O. Skugarevsky – statistical analysis; V. Obyedkov – text writing.

Submitted: 17.02.2022

Accepted: 12.07.2022

Contacts: varvarenik@gmail.com

Abstract

This article presents the results of studying the socio-demographic and clinical-dynamic characteristics of 152 schizophrenic patients with postpsychotic depression in context of mental pain phenomenon. Study design: open, observational, cross-sectional study with directional formation of comparison groups. Research instruments: clinical symptoms of schizophrenia were diagnosed using the PANSS scale, and the Calgary Depression Scale for Schizophrenia was used to detail depression. The criteria for patients inclusion in the general research sample were: verified diagnosis of schizophrenia (according to ICD-10); age of 18–50 years; absence of significant acute psychotic symptoms (according to the PANSS scale, the sum of positive symptoms <30 points), absence of significant negative symptoms (on the PANSS scale, the sum of negative symptoms <35 points), written informed consent for participation in the study. The criteria for patients exclusion from the general sample were: presence of significant acute psychotic symptoms (according to the PANSS scale, the sum of positive symptoms >30 points), significant manifestations of personality defect (according to the PANSS scale, the sum of negative symptoms >35 points), and the presence of extrapyramidal disorders. Patients were divided in two stages into three study groups: group A, 103 patients (postpsychotic depression, PANSS depression scores ≥ 5 points) and group B, 49 patients (no postpsychotic depression, PANSS depression scores <5 points). At the second stage, group A was divided into two subgroups: A1, 69 patients (postpsychotic depression with mental pain) and A2, 34 patients (postpsychotic depression without mental pain). The critical point for subgrouping was ≥ 24 points on the mental pain scale. According to the results of the study, the following conclusions were drawn: schizophrenic patients with depression and mental pain form a special group with distinct clinical features in each psychopathological domain: positive, negative, and overall on the PANSS scale. They are characterized by a weak severity of violations of the mental sphere: weakly expressed apathy, conceptual disorganization, abstract thinking disorders and thinking disorders in the form of stereotypes, as well as high levels of anxiety, somatic concern and tension.

Keywords: schizophrenia, postpsychotic depression, mental pain

■ ВВЕДЕНИЕ

Проблема клинической оценки аффективной патологии при шизофрении в полной мере пока не нашла своего решения. Общепринятым является мнение из классической литературы по психиатрии о том, что аффективная сфера при этом заболевании подвержена распаду с выходом к апатии, то есть к полному фактическому отсутствию эмоциональности. Это делает пациентов с шизофренией бесчувственными, формальными и лишенными эмоциональных модуляций. Иногда этому предшествует психостетическое смещение, когда эмоциональность смещается в область представлений, далеких от реальности, формирующуюся в результате наступления оторванности от действительности, то есть аутизма [1]. Несмотря на то что эти представления об эмоциональности при шизофрении являются классическими и вряд ли могут быть подвержены сомнению, ими нельзя объяснить зашкаливающую статистику суицидов при этом заболевании [2]. Суициду вне зависимости от его формальной причинности всегда предшествует напряженная борьба мотивов на фоне в целом высокого уровня рефлексии, что противоречит представлениям об инертности психических процессов как обязательной части клинической структуры шизофрении.

В настоящее время в профессиональной среде стали приходить к мнению о том, что, помимо распада эмоциональной сферы при шизофрении, не менее чем у 25–60% пациентов наступает настоящая истинная депрессия [3], ассоциированная с более частыми психотическими эпизодами [4], увеличением продолжительности болезни [5], злоупотреблением психоактивными веществами [6] и низким качеством жизни и суицидом [7].

Следует, однако, отметить, что симптомы депрессии при шизофрении, определяемые классическим категориальным диагностическим методом, имеют крайне слабую корреляцию со всеми феноменами суицидального поведения, которое встречается при этом заболевании в 30 раз чаще, чем в среднем в популяции [8]. Если и симптомами депрессии сложно в связи с этим объяснить суицидальную активность пациентов с шизофренией, то что является ее истинной причиной? Размышляя над этим вопросом, С. Baker приходит к выводу о том, что у некоторых пациентов с этим заболеванием возникает так называемый синдром душевной боли [9]. Душевная боль определяется как «широкий спектр субъективных переживаний, характеризующихся восприятием негативных изменений в себе и своей функции, что сопровождается сильными негативными эмоциями, имеющими оттенок физической боли» [10]. Строго говоря, феномен душевной боли неравнозначен депрессии, являясь трансдиагностическим феноменом, включающим переживание «...сущего ада, мучений, ужаса, гнева, отчаяния и желание убить себя, чтобы избежать страданий с физическим ощущением боли внутри тела», что звучит в самоотчетах некоторых (не всех) пациентов с шизофренией. 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. Однако это не означает отсутствия у них тяжелых переживаний иногда с оттенком душевной боли, которые скрыты от глаз клиницистов и вообще других людей в силу свойственной шизофрении закрытости [9].

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и изучение обобщенных клинических характеристик пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: открытое обсервационное поперечное исследование с направленным формированием групп сравнения.

Общая выборка составила 152 пациента с шизофренией. Критериями включения пациентов в общую исследовательскую выборку являлись: верифицированный диагноз «шизофрения» (F20.09, F20.01, F20.00, F20.02, F20.03 по МКБ-10), возраст 18–50 лет, отсутствие у пациента выраженных острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <30 баллов), отсутствие выраженных негативных симптомов (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <35 баллов), письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из общей выборки являлись: наличие у пациента острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов >30 баллов), выраженные проявления негативных симптомов (по шкале PANSS сумма негативных симптомов >35 баллов), наличие экстрапирамидных расстройств (ЭПР).

Из общей выборки в два этапа было сформировано три группы сравнения. На первом этапе общая выборка была разделена на две группы: группу А – 103 пациента (постпсихотическая депрессия, значения по шкале депрессии PANSS ≥ 5 баллов, ППД+), группу Б – 49 пациентов (отсутствие постпсихотической депрессии, значения по шкале депрессии PANSS <5 баллов, ППД–). На втором этапе группа А была разделена на две подгруппы: А1 – 69 пациентов (постпсихотическая депрессия с душевной болью, ППД+ДБ+) и А2 – 34 пациента (постпсихотическая депрессия без душевной боли, ППД+ДБ–). Критической точкой для деления на подгруппы явилось значение ≥ 24 балла по шкале душевной боли.

Формирование групп сравнения направленным способом проводилось таким образом, чтобы доли применяемых лекарственных средств оказались в итоге сопоставимыми для исключения лекарственного фактора как влияющего на различия в клиническом статусе пациентов.

Для объективации феномена душевной боли и ее численного измерения применяли «Шкалу душевной боли» (The Psychache Scale) в русскоязычной версии, адаптированной в Московском научно-исследовательском институте психиатрии МЗ РФ и Научном центре психического здоровья г. Москвы (К.А. Чистопольская, Т.В. Журавлёва, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, 2017).

Диагностика клинических симптомов шизофрении проводилась с применением шкалы PANSS, которая состоит из трех шкал для оценки позитивных и негативных синдромов, шкалы общих психопатологических синдромов, а также шкалы дополнительных симптомов для оценки риска агрессии. Клинический анализ включал несколько последовательных этапов. Первоначально двумя экспертами оценивались отдельные симптомы болезни. Проводили их сравнение в группах. При их сравнении в случае отличающихся оценок проводилось обсуждение с целью устранения расхождений. На втором этапе оценивались отдельные признаки и кластеры отдельно для каждого пациента, а затем для групп сравнения. В качестве последнего шага рассматривалась конфигурация признаков симптомов и оценка типичного клинического

профиля для групп сравнения. При этом применялись клинический (психопатологический) и патопсихологический методы [16].

Для статистической обработки клинических данных применили компьютерную программу SPSS 20. Учитывая нормальность распределения данных, для расчетов статистических коэффициентов использовали ANOVA. Сначала выясняли, имеют ли место статистически значимые различия в трех сравниваемых друг с другом группах (критерий Фишера, p -уровень значимости). Затем проводили попарное сравнение с помощью *post-hoc*-анализа с учетом равенства/неравенства дисперсий при апостериорном значении уровня значимости различий $p=0,05$ методом Дункана – Левена.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При проведении однофакторного дисперсионного анализа установлено, что в группах сравнения нет отличий только по признаку ПЗ – «галлюцинации» (ANOVA, $p>0,05$). По остальным позитивным симптомам пациенты в группах сравнения существенно различались (табл. 1). Данные попарных сравнений позитивных симптомов приведены в табл. 2. Из признаков позитивного кластера синдромов, характерных исключительно для пациентов с депрессией и душевной болью, оказалась характерной незначительно выраженная концептуальная дезорганизация (П2). Пациенты в подгруппе А1 характеризовались очень слабой либо слабой выраженностью дезорганизации процесса мышления. Клинически определяемые признаки нарушений в процессе мышления выявлялись в форме случайных ассоциаций и обстоятельства в форме излишней детализации.

Способность к сосредоточению у этих пациентов не менялась в зависимости от длительности беседы. В подгруппе А2, то есть у пациентов с шизофренией с депрессией, но без душевной боли, степень дезорганизации мышления носила умеренный характер. Способность к сосредоточению хорошего качества имела только при конкретном и кратковременном общении. При длительной или усложняющейся по содержанию беседе мышление становилось аморфным и утрачивало целенаправленность. Для пациентов из группы Б была характерна сильная выраженность концептуальной дезорганизации. Они испытывали очевидные проблемы с организацией целенаправленного потока мыслей, что проявлялось в непоследовательности,

Таблица 1
Межгрупповые различия позитивной симптоматики в группах сравнения (ANOVA, p -уровень значимости)

Table 1
Intergroup differences in positive symptoms between comparison groups (ANOVA, p -value)

Негативные симптомы по шкале PANSS	Статистическая значимость различий	
П1 – Бред	F=7,01	$p=0,001$
П2 – Концептуальная дезорганизация	F=33,4	$p=0,0001$
П3 – Галлюцинации	F=1,3	$p=0,26$
П4 – Возбуждение	F=5,6	$p=0,04$
П5 – Идеи величия	F=16,5	$p=0,005$
П6 – Подозрительность	F=3,90	$p=0,02$
П7 – Враждебность	F=5,41	$p=0,02$

расплывчатости, а временами и разорванности процесса мышления. Причем проблемы с организацией мышления возникали у них вне зависимости от продолжительности и интенсивности беседы. Другие позитивные синдромы разделяли депрессивных и недепрессивных пациентов, при этом внутригрупповых различий в группе А не обнаружилось. Пациенты с шизофренией и депрессией характеризовались слабой и умеренной выраженностью бреда (П1). Это проявлялось наличием у них нечетких, малооформленных и неустойчивых бредовых идей, не нарушающих поведение и отношения с другими людьми. Для пациентов группы Б характерным оказалось наличие четко оформленных и устойчивых бредовых идей, нарушающих поведение и отношения с другими людьми. У пациентов с депрессией возбуждение (П4) на моторном уровне отсутствовало, в группе Б чаще наблюдались элементы дезорганизованной двигательной активности. У исследуемых группы А идеи величия (П5) либо полностью отсутствовали, либо имели очень слабую выраженность. В группе Б идеи величия просматривались у части пациентов на вербальном уровне в форме недостаточно структурированных отрывочных идей особого положения. У пациентов с депрессией, независимо от душевной боли в структуре эмоциональных переживаний, подозрительность (П6) отсутствовала или имела очень слабую и слабую степень выраженности, не влияющую на поведение и межличностные отношения. Пациенты без депрессии были более подозрительны в форме бредовых конструкторов слежки за ними или преследования. Пациенты группы А были менее враждебны (П7). У пациентов без депрессии чаще встречались сарказм, неуважение и эпизоды раздражительности.

Таблица 2
Результаты попарных сравнений позитивной симптоматики в группах сравнения, M_{cp} (post-hoc анализ, LSD, p-уровень значимости)
Table 2
Results of pairwise comparisons of positive symptoms between comparison groups, M_{av} (post-hoc analysis, LSD, p-value)

	N	П1 – Бред		П2 – Концептуальная дезорганизация			П3 – Галлюцинации	П4 – Возбуждение	
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	1	2	3	1	1	2
Подгруппа А1	69	2,2464		2,087			2,5507	2,2464	
Подгруппа А2	34	2,6176			2,8235		2,6471	2,6176	
Группа Б	49		2,9184			3,6132	2,8980		2,9184
Уровень значимости	p	0,098					0,1700	0,0980	
	N	П5 – Идеи величия		П6 – Подозрительность		П7 – Враждебность			
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	1	2	1	2		
Подгруппа А1	69	1,9565		1,9565		2,2174			
Подгруппа А2	34	2,6176		2,5437		2,4706			
Группа Б	49		2,9184		2,9265			2,9184	
Уровень значимости	p	0,08		0,09		0,1			

Примечание: в строке ANOVA цифры означают образованные с помощью метода ANOVA (от англ. ANalysis Of VAriance) принципиально отличающиеся группы по соответствующим симптомам, обозначенным в верхней строке, с апостериорным значением уровня значимости $\alpha=0,05$.

Таблица 3
Межгрупповые различия негативной симптоматики в группах сравнения (ANOVA, p-уровень значимости)

Table 3
Intergroup differences in negative symptoms between comparison groups (ANOVA, p-value)

Негативные симптомы по шкале PANSS	Статистическая значимость различий	
H1 – Притупленный аффект	F=16,4	p=0,001
H2 – Эмоциональная отгороженность	F=5,6	p=0,004
H3 – Трудности в общении	F=9,1	p=0,0001
H4 – Пассивно-апатическая социальная отгороженность	F=1,5	p=0,224
H5 – Нарушение абстрактного мышления	F=32,8	p=0,0001
H6 – Нарушения спонтанности и плавности общения	F=2,4	p=0,089
H7 – Стереотипное мышление	F=3,6	p=0,028

Сравниваемые группы пациентов с шизофренией существенно различались и негативной симптоматикой. Различий не было только в степени выраженности синдрома «пассивно-апатическая социальная отгороженность» (H4) и «нарушения спонтанности и плавности общения» (H6) (табл. 3).

Пациенты с шизофренией и депрессией с синдромом душевной боли имели несколько уникальных особенностей негативной симптоматики, отличающих их не только от пациентов без депрессии, но и от пациентов с депрессией, но без душевной боли. Так, у них в меньшей степени, чем у остальных, был выражен признак «притупленный аффект». Пациенты основной подгруппы характеризовались очень слабо выраженным либо слабым признаком H1 «притупленный аффект» или его отсутствием. У них имели место довольно выразительные мимика и пантомимика, достаточно высокая амплитуда эмоциональных модуляций. В этой группе пациенты испытывали незначительные трудности в общении (H3) либо практически не испытывали их. Еще одним отличительным признаком для них явилось вполне удовлетворительное состояние абстрактно-логической сферы (H5). Эти пациенты успешно справлялись с заданиями классификации и обобщения предметов и безошибочно отвечали на вопросы о метафорическом смысле пословиц и поговорок. Пациенты основной группы продемонстрировали лучшие, чем у остальных, показатели по признаку H7 «стереотипное мышление». Пациентам этой группы довольно легко удавалось переключаться с одной мысли на другую без застреваний и слишком широких обобщений резонерского характера.

Пациенты подгруппы A2 занимали промежуточное положение между пациентами с депрессией и душевной болью и пациентами без депрессии при оценке признака H1 «притупленный аффект» и H5 «абстрактное мышление», не отличались от пациентов основной группы по синдромам H2 «эмоциональная отгороженность», H4 «апатия» и H6 «нарушение плавности общения». По признакам H3 «трудности в общении» и H7 «стереотипное мышление» пациенты подгруппы A2 оказались ближе к пациентам группы Б, в целом имеющим более тяжело выраженную негативную симптоматику (табл. 4).

Таблица 4

Результаты попарных сравнений негативной симптоматики в группах сравнения, M_{cp} (post-hoc-анализ, LSD, p-уровень значимости)

Table 4

Results of pairwise comparisons of negative symptoms between comparison groups, M_{av} (post-hoc analysis, LSD, p-value)

	N	H1 – Притупленный аффект			H2 – Эмоциональная отгороженность		H3 – Трудности в общении		H4 – Апатия	
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	3	1	2	1	2	1	2
Подгруппа A1	69	2,83			3,3623		2,8571		2,97	
Подгруппа A2	34		3,44		3,5			3,5072	3,12	
Группа Б	49			3,9796		3,9796		3,7941		3,49
Уровень значимости	p				0,508			0,19	0,47	0,065
	N	H5 – Абстрактное мышление			H6 – Нарушение плавности общения		H7 – Стереотипное мышление			
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	3	1	2	1	2		
Подгруппа A1	69	2,35			3,2245		2,8406			
Подгруппа A2	34		3,26		3,4928				3,2941	
Группа Б	49			3,7959		3,7353			3,3469	
Уровень значимости	p				0,217				0,817	

Таблица 5

Межгрупповые различия общей психопатологической симптоматики в группах сравнения (ANOVA, p-уровень значимости)

Table 5

Intergroup differences in general psychopathological symptoms between comparison groups (ANOVA, p-value)

Общие психопатологические симптомы по шкале PANSS	Статистическая значимость различий	
O1 – Соматическая озабоченность	F=5,8	p=0,004
O2 – Тревога	F=91,2	p=0,0001
O3 – Чувство вины	F=127,9	p=0,0001
O4 – Напряженность	F=12,82	p=0,04
O5 – Манерность и поза	F=3,2	p=0,04
O6 – Депрессия	F=28,9	p<0,001
O7 – Моторная заторможенность	F=8,11	p=0,0001
O8 – Отказ от сотрудничества	F=18,2	p=0,0001
O9 – Необычное содержание мыслей	F=9,9	p=0,0001
O10 – Дезориентация	F=4,8	p=0,009
O11 – Нарушение внимания	F=8,1	p=0,0001
O12 – Снижение критичности и осознания болезни	F=3,6	p=0,029
O13 – Нарушения воли	F=0,5	p=0,5
O14 – Ослабление контроля импульсивности	F=4,7	p=0,01
O15 – Загруженность психическими переживаниями	F=31,3	p=0,004
O16 – Активная социальная устранимость	F=23,9	p=0,0001

Таблица 6
Результаты попарных сравнений общих симптомов в группах сравнения, M_{cp} (post-hoc-анализ, LSD, p-уровень значимости)
Table 6
Results of pairwise comparisons of common symptoms between the comparison groups, M_{av} (post-hoc analysis, LSD, p-value)

	N	O1 – Соматическая озабоченность		O2 – Тревога		O3 – Чувство вины		O4 – Напряженность		
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	1	2	1	2	1	2	3
Подгруппа A1	69	3,8116		5,49		2,2041		4,971		
Подгруппа A2	34		3,2941		2,64	2,4706			3,5588	
Группа Б	49		2,7755		2,28		5,5217			2,8367
Уровень значимости	p		0,127		1	0,299				
	N	O5 – Манерность и поза		O6 – Депрессия		O7 – Заторможенность		O8 – Контактность		
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	1	2	1	2	1	2	
Подгруппа A1	69	2,2754		4,8986		3,1633		2,1765		
Подгруппа A2	34	2,4082		4,4694		3,2029		2,3768		
Группа Б	49		2,8235		2,2941		4,2941			3,4694
Уровень значимости	p	0,535		1		0,892		0,387		
	N	O9 – Необычные мысли		O10 – Дезориентация		O11 – Внимание		O12 – Критичность		
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	2	1	2	1	2	1	2	
Подгруппа A1	69	2,7536		1,8406		2,1765		2,6087		
Подгруппа A2	34	3,143			2,3235	2,2609				3,1471
Группа Б	49		3,7347		2,3265		2,9388			3,2245
Уровень значимости	p	0,321			0,988	0,688				0,78
	N	O13 – Воля	O14 – Импульсивность		O15 – Загруженность		O16 – Устраненность			
ANOVA, $\alpha=0,05$		1	1	2	1	2	1		2	
Подгруппа A1	69	3,0882	1,9706		2,0612		2,3061			
Подгруппа A2	34	3,1224	2,087			3,3768			3,7059	
Группа Б	49	3,2609		2,4286		3,4118			3,7391	
Уровень значимости	p	0,376	0,446			0,862			0,892	

Пациенты в группах сравнения существенно отличались друг от друга общими симптомами по шкале PANSS, за исключением признака O13 «нарушения воли» (табл. 5). По целому ряду общих симптомов пациенты в подгруппе A1 отличались от остальных: от пациентов с шизофренией с депрессией, но без душевной боли, и пациентов без депрессии (табл. 6). Они проявляли большую соматическую озабоченность, чем пациенты в группах сравнения. Это проявлялось жалобами на

плохое здоровье и расстройство отдельных функций организма, в то время как данный синдром был не вполне характерен для пациентов в подгруппе А2 и группе Б. В основной группе наблюдался очень высокий уровень тревоги (признак О2) и напряженности (признак О4), сопровождающийся беспокойством, тремором, гипергидрозом, сердцебиением, не характерными для пациентов в других группах наблюдения. Пациенты подгруппы А1 не испытывали никаких проблем с ориентировкой (признак О10), в то время как в других группах слабовыраженные признаки дезориентировки наблюдались. Это проявлялось, как правило, сужением круга осведомленности о текущих событиях. В подгруппе А1 пациенты понимали, что больны, правильно оценивали свое состояние как нездоровье и понимали необходимость лечения (признак О12). В группах сравнения наблюдали смутное или формальное представление о болезни с непониманием значения отдельных ее проявлений. Пациенты основной группы характеризовались довольно активной социальной включенностью (признак О16), проявляющейся общительностью, заботой о родственниках и планами.

Пациенты подгруппы А2 по ряду общих синдромов были сопоставимы с пациентами основной группы. Наиболее важной здесь считаем приблизительно равную выраженность в этих подгруппах собственно депрессии (признак О6) и чувства вины (признак О3). Полагаем, это является аргументом в пользу того, что феномен душевной боли лишь формально связан с депрессией, являясь достаточно самостоятельным не облигатным эпифеноменом в сложной клинической структуре шизофрении. Как и у пациентов в основной группе, у пациентов с шизофренией с депрессией без душевной боли имелись незначительно выраженные признаки «манерность и поза» (О5), «контактность» (признак О8), «необычность мыслей» (признак О9), «внимание» (признак О11) и «импульсивность» (признак О14), в совокупности свидетельствующие о клинически менее тяжелом регистре у них болезни в целом. Вместе с тем по ряду признаков у пациентов из подгруппы А2 обнаружилась общность с пациентами из группы Б, среди них «дезориентация» (признак О10), «критичность» (признак О12), «загруженность» (признак О15) и «устраненность» (признак О16).

■ ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью образуют отдельную группу с клиническими особенностями в каждом психопатологическом домене: позитивном, негативном и общем по шкале PANSS.

Для пациентов с шизофренией с феноменом душевной боли характерна слабая выраженность нарушений мыслительной сферы: концептуальной дезорганизации, абстрактного мышления и нарушений мышления в форме стереотипий. Для пациентов с шизофренией с феноменом душевной боли характерна слабая выраженность апатии, что, вероятно, связано с переживанием душевной боли. Для таких пациентов характерны высокие уровни тревоги, соматической озабоченности и напряженности.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Kraepelin E. (1971) *Dementia Praecox and Paraphrenia*. Huntington, New York: Robert E. Kriegler Publishing Company.
2. 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.
3. 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.
4. Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. (2009) Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.*, vol. 35 (2), pp. 383–402.
5. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. (2003) Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review. *Psychol Med*, vol. 33 (4), pp. 589–599.
6. Addington J., elMGuebaly N. (1998) Group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, vol. 43 (8), pp. 843–845.
7. Saha S., Chant D., McGrath J. (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, vol. 64 (10), pp. 1123–1131.
8. 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.
9. Baker C. (1996) Subjective experience of symptoms in schizophrenia. *Can J Nurs Res*, vol. 28 (2), pp. 19–35.
10. 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.