



Х. С. Живаго

Предиспозиция до депрессивной симптоматики у больных на параноидную шизофрению: конституционно-биологические, социально-демографические факторы та дебют захворювання

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

Ключові слова: депресія, шизофренія, поведінка.

Мета роботи – виявити конституційно-біологічні, соціально-демографічні (мікросоціальні) та клініко-динамічні (дебюту захворювання) фактори предиспозиції щодо розвитку депрессивної симптоматики у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Матеріали та методи. Здійснено клініко-анамнестичне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 82 хворих на параноїдну шизофренію з виявленими симптомами депресії та порівняння із 47 хворими на параноїдну шизофренію без депрессивної симптоматики. Дослідження виконували із використанням шкал PANSS, CDSS, HDRS та опитувальника для оцінювання соціального функціонування та якості життя психічно хворих. Групи не відрізнялись за основними демографічними показниками. Дослідження конституційно-біологічних факторів предиспозиції включало вивчення спадковості та преморбідних характерологічних властивостей хворих; соціально-демографічних (мікросоціальних умов на доманіфестному та поточному етапі) факторів: взаємин у родині, характеристик умов проживання, матеріального становища, якості харчування. Фактори дебюту захворювання: вік дебюту; фактори, які передували дебюту; синдромальна характеристика першого епізоду, перше звернення до психіатра та суїцидальні висловлювання й наміри.

Результати. Здійснили оцінювання прогностичної значущості окремих факторів предиспозиції до депресії у хворих на параноїдну шизофренію та виявили такі фактори предиспозиції ($p < 0,05$): обтяжена спадковість на шизофренію та афективні розлади; невисокий рівень ерудованості, що поєднаний з емоційно-вольовою незрілістю, тривожністю, схильністю до коливань настрою; низький рівень доходу та витрат на харчування, одяг, дозвілля; незадовільні умови проживання; нестійкий або конфліктний характер взаємин у родині; наявність при першому епізоді афективної симптоматики, зокрема депрессивної, котра зберігається при подальшому перебігу захворювання, а також ангедонії, порушень сну та апетиту, втрати ваги; висловлювання суїцидальних думок або намірів протягом життя. Вік дебюту захворювання та фактори, котрі йому передували, не виявляли статистично значущого впливу на розвиток симптомів депресії у цього контингенту хворих.

Висновки. Виявлені особливості дадуть можливість підвищити якість діагностики депрессивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію, а розробка комплексу заходів їхньої медико-соціальної реабілітації, який враховуватиме виявлені особливості, сприятиме підвищенню як результатів лікування, так і рівня соціального функціонування та якості життя цього контингенту хворих.

Запорізький медичний журнал. – 2016. – №6 (99). – С. 77–81

Предиспозиция к депрессивной симптоматике у больных параноидной шизофренией: конституционно-биологические, социально-демографические факторы и дебют болезни

Х. С. Живаго

Цель работы – выявить конституционно-биологические, социально-демографические (микросоциальные) и клинико-динамические (дебюта заболевания) факторы предиспозиции к развитию депрессивной симптоматики у больных параноидной формой шизофрении.

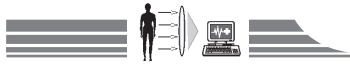
Материалы и методы. Проведено клініко-анамнестичне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 82 хворих параноїдною шизофренією з виявленими симптомами депресії та порівняння з 47 хворими параноїдною шизофренією без депрессивної симптоматики. Исследование проводилось с использованием шкал PANSS, CDSS, HDRS и опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных. Группы не отличались по основным демографическим показателям. Исследование конституционно-биологических факторов предиспозиции включало изучение наследственности и преморбидных характерологических свойств больных; социально-демографических (микросоциальных условий на доманифестном и текущем этапе) факторов: взаимоотношений в семье, характеристики условий проживания, материального положения, качества питания. К факторам дебюта заболевания были отнесены возраст дебюта; факторы, которые предшествовали дебюту; синдромальная характеристика первого эпизода; первое обращение к психиатру и суицидальные высказывания и намерения.

Результаты. Проведена оцінка прогностичної значимості окремих факторів предиспозиції до депресії у хворих параноїдною шизофренією та виявлені наступні фактори предиспозиції ($p < 0,05$): наследственность шизофрении и аффективные расстройства; невысокий уровень эрудированности в сочетании с эмоционально-волевой незрелостью, тревожностью, склонностью к колебаниям настроения; низкий уровень доходов и расходов на питание, одежду, досуг; неудовлетворительные условия проживания; неустойчивый или конфликтный характер взаимоотношений в семье; наличие при первом эпизоде аффективной симптоматики, в частности депрессивной, которая сохраняется при дальнейшем течении заболевания, а также ангедонии, нарушений сна и аппетита, потери веса; высказывания суицидальных мыслей или намерений в течение жизни. Возраст дебюта заболевания и факторы, которые ему предшествовали, не оказывали статистически значимого влияния на развитие симптомов депресії у данного контингента больных.

Выводы. Виявлені особливості позволят повысить качество диагностики депрессивной симптоматики у больных параноїдною шизофренією, а разработка комплекса мер их медико-социальной реабилитации, который будет учитывать выявленные особенности, – способствовать повышению как результатов лечения, так и уровня социального функционирования и качества жизни данного контингента больных.

Ключевые слова: депрессия, шизофрения, поведение.

Запорожский медицинский журнал. – 2016. – №6 (99). – С. 77–81



Predisposition to depressive symptoms in patients with paranoid schizophrenia: constitutional-biological, socio-demographic factors and the debut of the disease

Kh. S. Zhyvago

Aim. To identify the constitutional-biological, socio-demographic (microsocial) and clinical-dynamic (the debut of the disease) factors of predisposition to the depressive symptoms development in patients with paranoid schizophrenia.

Materials and methods. A clinical-anamnestic, socio-demographic, clinical-psychopathological and pathopsychological examinations of 82 patients with paranoid schizophrenia with depressive symptoms identified and compared with 47 patients with paranoid schizophrenia without depressive symptoms. The study was managed using the PANSS, CDSS, HDRS scales and a questionnaire for the assessment of social functioning and quality of the mentally ill life. Groups did not differ in the basic demographic indicators. The study of constitutional and biological predisposition factors included the study of heredity and premorbid characterological features of patients. Socio-demographic (before the onset of the disease microsocial conditions and the current stage) factors family relationships; characteristics of living conditions; financial position; the quality of nutrition. To factors of the disease onset were attributed: age debut; factors that preceded the first episode; syndromes of the first episode; the first reference to a psychiatrist; suicidal statements and intentions.

Results. It was evaluated the prognostic significance of individual predisposing factors to depression in patients with paranoid schizophrenia and found the following factors of predisposition ($p < 0.05$): the heredity of schizophrenia and affective disorders; low level of erudition, combined with emotional and volitional immaturity, anxiety, prone to mood swings; low income and the cost of food, clothing and leisure; poor living conditions; unstable or conflictual family relationships; the presence of the first episode of affective symptoms, such as depressive, which is stored in the further course of the disease, as well as anhedonia, sleep and appetite disorders, weight loss; statements of suicidal thoughts or intentions for life. Age and factors that preceded the disease onset had no statistically significant effect on the development of depressive symptoms in this group of patients.

Conclusions. The revealed features allow improving the quality of depressive symptoms diagnosis in patients with paranoid schizophrenia, and the development of their medical and social rehabilitation measures complex based on identified features. It will enhance both the results of treatment and the level of social functioning and life quality of this patients group.

Key words: Depression, Schizophrenia, Behavior.

Zaporozhye medical journal 2016; №6 (99): 77–81

Проблема взаємозв'язку депресії та шизофренії дискутується з часу створення вчення про ендогенні психози [1,6]. Єдиного механізму формування депресії при шизофренії дотепер не визначено [2]. При цьому її поширеність залежно від етапу та тривалості перебігу ендогенного процесу коливається від 7 до 75 % [9]. Поєднання параноїдної шизофренії та депресивного симптомокомплексу за певних обставин може ускладнювати перебіг і прогноз шизофренії: депресивна симптоматика є фактором суїцидального ризику, низького суб'єктивного оцінювання якості життя, схильності до вживання психоактивних речовин [2,7].

З нечисленних досліджень факторів предиспозиції до розвитку депресії при шизофренії відомо, що у таких пацієнтів частіше простежується позитивний родинний анамнез депресії [7,10]; гендерна приналежність не впливає на вираженість, перебіг депресії, але в жінок асоційована з молодшим віком та більш вираженими негативними розладами [3]; на початковому етапі перебігу захворювання симптоми депресії є стертими, часто масковані за виразнішою продуктивною симптоматикою [3–5,8]. Отже, сукупність факторів предиспозиції підвищує ризик розвитку депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію. Негативні наслідки невчасної діагностики та лікування депресивної симптоматики викликають необхідність поглибленого аналізу анамнестичних даних і дослідження перебігу захворювання з метою виявлення схильності до розвитку депресії.

Мета роботи

Виявлення конституційно-біологічних, соціально-демографічних (мікросоціальні) та клініко-динамічних (дебюту захворювання) факторів предиспозиції до розвитку депресивної симптоматики у хворих на параноїдну форму шизофренії.

Матеріали і методи дослідження

На підставі добровільної поінформованої згоди здійснено клініко-анамнестичне, соціально-демографічне, клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження на основі добровільної поінформованої згоди 82 хворих на параноїдну шизофренію із виявленими симптомами депресії (дослідна група) та 47 хворих на параноїдну шизофренію без депресивної симптоматики (група порівняння), які лікувалися у стаціонарі ТМО «ПСИХІАТРІЯ» в місті Києві. На підставі результатів, що отримали, здійснили оцінювання прогностичної значущості окремих факторів предиспозиції до депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію.

У дослідженні використали шкалу оцінювання позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів (PANSS), шкалу депресії Калгарі (CDSS), шкалу депресії Гамільтона (HDRS), опитувальник для оцінювання соціального функціонування та якості життя психічно хворих (розроблений І. Я. Гуровичем та А. Б. Шмуклером). Хворі двох груп не відрізнялись за основними демографічними показниками, що наведені нижче.

Контингент обстежених дослідної групи – 35 (42,68 %) чоловіків і 47 (57,32 %) жінок. У групі порівняння – 34 (72,34 %) чоловіки та 13 (27,66 %) жінок. Середній вік хворих дослідної групи становив $30,30 \pm 5,9$ року (віковий діапазон – 20–42 роки), у групі порівняння – $27,57 \pm 5,9$ (віковий діапазон – 19–40 років). Середня тривалість захворювання становила $3,86 \pm 1,15$ року ($3,07 \pm 1,17$ року) та не перевищувала 5 років. Сумарний показник за шкалою PANSS на момент залучення в дослідження становив $113,26 \pm 7,06$ бала проти $110,74 \pm 7,13$ бала, $p > 0,05$. За шкалою CDSS – $14,63 \pm 3,81$ бала проти $3,10 \pm 1,38$ бала, $p < 0,0001$. За шкалою HDRS – $13,82 \pm 3,64$ бала проти $3,72 \pm 1,78$ бала, $p < 0,0001$. У хворих дослідної групи превалювала депресивна симпто-



матика середнього (52,43 %) та легкого (41,46 %) ступенів. Депресію вкрай важкого ступеня у хворих не діагностовано.

Дослідження конституційно-біологічних факторів включало вивчення спадковості та преморбідних характерологічних властивостей хворих, яких обстежили; соціально-демографічних (мікросоціальних умов на домашньому та поточному етапі) факторів: взаємин у родині; характеристики умов проживання; матеріального становища; якості харчування. До факторів дебюту захворювання віднесені: вік дебюту; фактори, що передували дебюту; синдромальна характеристика першого епізоду; перше звернення до психіатра та суїцидальні висловлювання, наміри.

Статистичне опрацювання результатів дослідження здійснили за допомогою пакета програм IBM SPSS Statistics 22.0 для Macintosh; виконувалось із застосуванням непараметричних критеріїв:

1. Пороговим значенням вірогідності прийнято інтервал значень $p < 0,05$, коли вірогідність міжгрупових відмінностей становила 95 % і вище. Застосовуючи множинні порівняння, використовували поправку Бонферроні.

2. Для оцінювання вірогідності відмінностей середніх значень між групами використовували критерій Манна-Уїтні (U) при порівнянні між групами та критерій Вілкоксона (W) – порівнюючи показники в динаміці.

3. Для оцінювання вірогідності відмінностей частотних характеристик груп використовували критерій χ_2 та точний критерій Фішера.

4. Для обчислень створена база даних значень на основі результатів, котрі отримали під час первинного та повторних обстежень хворих.

Для узагальнювальної характеристики досліджуваних параметрів використовували методи варіаційної статистики з розрахунком частотних характеристик показників ($y\%$), середніх величин (середнє арифметичне, медіана) та оцінювання їхньої варіабельності (стандартне відхилення – SD). Оскільки дослідження здійснене на вибірковій сукупності, для оцінювання статистичної значущості клінічних результатів і визначення довірчого інтервалу визначалась середня похибка показників (m).

Здійснили оцінювання прогностичної значущості окремих факторів передиспозиції до депресії у хворих на параноїдну шизофренію на основі електронної бази даних, що створена в результаті обстеження хворих дослідної та порівняльної груп. У результатах показані дані для дослідної групи (хворі на параноїдну шизофренію із депресивною симптоматикою) відповідно до мети дослідження. У висновках відбито статистично суттєві ($p < 0,05$) фактори передиспозиції до депресивної симптоматики на основі оцінювання їхньої прогностичної значущості.

Результати та їх обговорення

Ретельно дослідили фактори передиспозиції з використанням визначених методів і методик, створили єдину базу даних і виявили ряд важливих особливостей у хворих із депресивною симптоматикою (дослідна група) при параноїдній шизофренії: 67 (81,7 %) обстежених мали обтяжену спадковість до різних психічних розладів. Серед них до шизофренії мали спадкову схильність 11 (16,41 %) хворих, афективних розладів – 26 (38,81 %), із них саме депресивна

симптоматика визначалась у 19 (28,35 %) випадках, алкогольної залежності – 7 (10,44 %), самогубства – 5 (7,46 %) хворих, до невротичних розладів – 3 (4,47 %), 15 (22,38 %) обстежених мали свідчення про наявність у родичів психічних розладів, але їхній характер не вдалось уточнити.

Преморбідні характеристики включали емоційно-вольові та інтелектуальні характерологічні властивості пацієнтів.

За емоційно-вольовими особливостями 35 (42,68 %) хворих до маніфесту захворювання зарекомендували себе як достатньо врівноважені особистості. Проявляли знижену вольову активність, недовіру, тривожність, емоційну незрілість, залежність від настрою, знижену стійкість до стресу, схильність до усамітнення. Емоційну чутливість, витонченість, розвинуту уяву, мрійливість, художні здібності проявляли 22 (26,82 %) пацієнти. При цьому відзначалась невдоволеність собою, підвищена тривожність, відособленість від довкілля та оточення. Емоційно лабільними, з підвищеною схильністю до відчуття тривоги, що призводило до невпевненості у собі, емоційної напруги, імпульсивності, залежності від настрою, зниженої витривалості у стресових ситуаціях з дитинства були 16 (19,51 %) пацієнтів. Останні 9 (10,97 %) хворих виявляли природну схильність до стійкості у стресових ситуаціях, врівноваженої поведінки у скруті. При цьому були емоційно лабільними, з низьким рівнем саморегуляції, що проявлялось у невпевненості в собі, невдоволеності собою, сумнівах і недовірі.

Інтелектуальні преморбідні властивості пацієнтів розподілилися на дві групи, які мали низку схожих характеристик: у 50 (60,97 %) хворих виявлялась знижена зацікавленість до нових знань, навичок, критичність і консерватизм, що призвело до невисокого рівня загальної культури та освіченості, здатності вирішувати інтелектуальні завдання. При цьому виявлялись схильності до абстрактного мислення. У останніх 32 (39,02 %) у протилежність першим виявлялась здатність до аналітичного мислення з розвинутими інтелектуальними схильностями, вмінням самостійно ухвалювати оригінальні рішення. Але при цьому загальний рівень культури, успішність були невисокими.

Мікросоціальні умови проживання були різнорідними. Взаємини в родині як на домашньому, так і на поточному етапах тільки у 2 (2,42 %) хворих мали стабільний позитивний характер. У 27 (32,92 %) хворих стосунки мали нейтральний характер і у 21 (25,6 %) – конфліктний, напружений. Ще у 32 (39,02 %) пацієнтів стосунки із рідними були нестійкі.

Характеристика умов мешкання в більшості хворих відповідала задовільній: 53 (64,63 %) мали окрему кімнату у квартирі, при цьому 1 (1,21 %) пацієнт проживав один в окремій квартирі. 18 (21,95 %) хворих не мали окремої кімнати в квартирі, 11 (13,41 %) мешкали в перенаселеній квартирі.

11 (13,41 %) хворих мали скрутне матеріальне становище: не доїдали, носили старі речі; 44 (53,65 %) обстежені ледве зводили «кінці з кінцями», коли коштів вистачає лише на харчування; 24 (29,26 %) хворих мали задовільне матеріальне становище, достатнє харчування, купували одяг і могли організувати бюджетний відпочинок; 3 (3,65 %) пацієнтів – з високим матеріальним достатком, повноцінно харчувались, добре вдягались, відпочивали.



Досліджували якість харчування хворих, оскільки вона напряму залежить від матеріального становища та впливає на стан здоров'я. 58 (70,73 %) хворих мали задовільний рівень харчування, тоді як 24 (29,26 %) – незадовільний, із них 3 (3,65 %) не доїдали.

Для характеристики дебюту захворювання вивчали ті фактори, котрі передували першому епізоду хвороби. Також оцінювали вік хворих на момент дебюту, особливості першого епізоду, наявність депресивної симптоматики у складі першого психотичного епізоду, його клінічні особливості, суїцидальні тенденції, перше звернення до психіатра.

Середній вік дебюту захворювання становив $26,10 \pm 5,52$ року. Серед чоловіків середній вік дебюту – $23,39 \pm 4,1$ року, серед жінок – $28,71 \pm 6,1$ року. З таблиці 1 випливає: більшість хворих чоловічої статі переживали дебют захворювання у 18–30 років, тоді як серед більшості жінок дебют припав на 26–35 років ($p=0,679$).

Таблиця 1

Поділ хворих за віком дебюту захворювання та статтю, n (%)

Віковий діапазон	Чоловіки	Жінки	Усього хворих
До 18 років	3 (8,57)	2 (4,25)	5 (6,09)
18–25 років	21 (60,0)	10 (21,28)	31 (37,8)
26–30 років	10 (28,57)	18 (38,29)	28 (34,14)
31–35 років	1 (2,85)	10 (21,28)	11 (13,41)
Старше за 35 років	0	7 (14,89)	7 (8,53)
Усього хворих	35	47	82 (100)

Примітка: n – кількість хворих.

Дебюту захворювання передували: психогенна травмація в 16 (19,51 %) хворих; у 9 (10,97 %) – вживання наркотичних речовин і зловживання алкогольними напоями; у 8 (9,75 %) жінок – вагітність і пологи; у 4 (4,87 %) хворих – органічне ураження головного мозку (ЧМТ); у 2 (2,43 %) – соматичне захворювання; ще у 2 (2,43 %) дебют захворювання відбувся під час служби в армії; у 15 (18,29 %) – сукупність кількох факторів. У 26 (31,7 %) хворих не вдалося виявити жодних факторів, котрі можна пов'язати із впливом на розвиток захворювання.

Під час першого психотичного епізоду депресивну симптоматику у складі астено-депресивного, депресивно-маячного синдромів спостерігали в 9 (10,97 %) чоловіків, 14 (17,07 %) жінок. У 18 (21,95 %) чоловіків і 26 (31,71 %) жінок захворювання дебютувало афективно-маячним та галюцинаторно-параноїдною симптоматикою із маячними ідеями відношення, особливого значення, впливу, псевдогалюцинаціями та недолугою поведінкою. У 7 (8,53 %) чоловіків, 3 (3,65 %) жінок перший епізод характеризувався розвитком афективної патології, ще у 1 (1,21 %) чоловіка та 4 (4,87 %) жінок – іпохондричної.

Частою причиною первинного звернення до психіатра були скарги на тривогу, страх, порушення сну. Серед чоловіків у 21 (25,6 %) пацієнта розвиток захворювання характеризувався поступовим (від кількох тижнів до місяців) розвитком непритаманних хворому захоплень, усамітнення,

занедбання навчання або роботи, догляду за собою, втрати ваги, порушення сну, апетиту, втрати ініціативності та жаги до життя, в результаті чого хворі тривалий час не звертались за допомогою та не отримували лікування.

До того ж, у 32 (39,02 %) жінок вірогідно частіше, порівнюючи з чоловіками, дебют захворювання характеризувався гостротою, виразними відчуттями страху, тривоги, порушеннями сну та апетиту, дратівливістю, що вимагало термінового звертання до психіатра.

Дослідження суїцидальних тенденцій показало: серед хворих чоловічої статі 3 (3,65 %) скоювали спроби самогубства протягом перебігу захворювання, при цьому в 1 (1,21 %) було 2 спроби. Серед жінок суїцидальну спробу скоювала 1 (1,21 %) хвора. За даними медичної документації, 24 (29,26 %) чоловіки і 31 (37,8 %) жінка виказували суїцидальні думки або суїцидальні наміри протягом життя та перебігу хвороби.

Хворих групи порівняння також обстежили за цими показниками, які внесли до електронної бази даних, що дало змогу оцінити прогностичну значущість окремих факторів предиспозиції до депресії у хворих на параноїдну шизофренію та виявити низку закономірностей ($p < 0,05$): серед хворих дослідної групи 42 (51,21 %) мали спадкову схильність до розвитку симптомів депресії в рамках шизофренії. Такі преморбідні характерологічні особливості, як емоційна лабільність, чуттєвість, залежність від настрою, тривожність, знижена стійкість до стресу, схильність до усамітнення не давали можливості інтелектуальним здібностям розвиватись, виявляти себе. Несприятливими преморбідними характерологічними властивостями пацієнтів, які хворі на шизофренію з проявами депресивної симптоматики, можна назвати невисокий рівень ерудованості, що поєднано з емоційно-вольовою незрілістю, тривожністю, схильністю до коливань настрою.

Несприятливими соціально-демографічними факторами, котрі впливають на розвиток депресивної симптоматики, визначили відсутність власної родини в пацієнтів, проживання із родичами в незадовільних умовах, де стосунки носять напружений і часто конфліктний характер, відсутність роботи. Такі умови роблять неможливим забезпечення вчасного виявлення симптомів загострення хвороби, своєчасного звертання до психіатра, безперервної медико-соціальної терапії, здорового мікросоціального середовища, достатнього рівня умов проживання та харчування, що призводить до підвищення ризику розвитку депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію вже в перші роки захворювання.

Перший епізод захворювання в майже 42 % хворих, між іншим, характеризувався присутністю афективної симптоматики, зокрема депресивної, що зберігалась протягом подальшого перебігу захворювання. Такі симптоми, як ангедонія, порушення сну та апетиту, втрата ваги не відразу помітні близьким пацієнтів, вони поступово набирають виразності, в результаті чого хворі вчасно не звертаються за допомогою та не отримують необхідного лікування, що обтяжує перебіг захворювання, призводить до наростання депресивної симптоматики. Серед хворих, яких обстежили, понад 65 % виказували суїцидальні думки або наміри ще до дебюту захворювання на шизофренію.



Висновки

1. У хворих із депресивною симптоматикою при параноїдній формі шизофренії виявили такі фактори предиспозиції ($p < 0,05$): обтяжена спадковість на шизофренію, афективні розлади, алкогольну залежність і суїциди; невисокий рівень ерудованості, що поєднано з емоційно-вольовою незрілістю, тривожністю, схильністю до коливань настрою; низький рівень доходу та витрат на харчування, одяг, дозвілля; незадовільні умови проживання; взаємини у родині нейтрального та частіше нестійкого або конфліктного характеру; наявність при першому епізоді афективної симптоматики, зокрема депресивної, яка зберігається при подальшому перебігу захворювання, а також ангедонії, порушень сну та апетиту, втрати ваги; висловлювання суїцидальних думок або намірів протягом життя.

2. Оцінювання прогностичної значущості віку дебюту захворювання та факторів, які передували дебюту хвороби, не показало статистично значущого впливу ($p < 0,05$) на розвиток симптомів депресії у цього контингенту хворих при протиставленні групі порівняння.

Перспективи подальших досліджень. Виявлені особливості дадуть змогу підвищити якість діагностики депресивної симптоматики у хворих на параноїдну шизофренію, а розроблення комплексу заходів їхньої медико-соціальної реабілітації, що враховуватиме виявлені особливості, сприятиме підвищенню як результатів лікування, так і рівня соціального функціонування, якості життя цього контингенту хворих.

Конфлікт інтересів: відсутній.

Список літератури

- Гнатишин М.С. Шизофренія: сучасний погляд / М.С. Гнатишин, О.О. Белов. – Вінниця: Консоль, 2012. – С. 199–205.
- Долішня Н.І. Оптимістичний погляд на проблему шизофренії [Електронний ресурс] / Н.І. Долішня // *НейроNews*. – 2009. – №3(14). – Режим доступу: <http://neuronews.com.ua/page/optimistichnij-poglyad-na-problemu-shizofreniyi>.
- Орлова Н.М. Діагностика, структурно-нозологічний аналіз та корекція ангедонії при шизофренії: методичні рекомендації / Н.М. Орлова, О.О. Хаустова, О.С. Чабан. – К.: [б.в.], 2011. – 18 с.
- Полшкова С.Г. Аутоагресія: психосоматические механизмы и взаимоотношения (клинический случай) / С.Г. Полшкова // *Ліки України*. – 2012. – №7. – С. 49–51.
- Ревенок О.А. Вплив біологічних та соціально-демографічних факторів на формування агресивної поведінки жінок, які скоїли злочин проти життя та здоров'я особи / О.А. Ревенок, Н.Ю. Васильева // *Архів психіатрії*. – 2013. – Т. 19. – №2. – С. 100–104.
- Abi-Dargham A. Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction [Electronic resource] / A. Abi-Dargham // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 2014. – Vol. 75(11). – P. 31. – Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107>.
- Babinkostova Z. Family history in patients with schizophrenia and depressive symptoms / Z. Babinkostova, B. Stefanovski // *Prilozi*. – 2011. – Vol. 32. – №1. – P. 219–228.
- Felmet K. Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment / K. Felmet, S. Zisook, J. Kasckow // *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*. – 2011. – №4(4). – P. 239–250.
- Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia / S.R. Hirsch, A.G. Jolley, T.R. Barnes et al. // *Schizophr. Res.* – 1989. – №2. – P. 259–264.
- Duratin of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk / D.C. Owens, E.C. Johnstone, P. Miller et al. // *British J. of Psychiatry*. – 2010. – Vol. 196. – P. 296–301.
- Dolishnia, N. I. (2009). Optimistichnyi pohliad na problemu shyzofrenii [Optimistic view on the problem of schizophrenia]. *NejroNews*, 3(14). Retrieved from: <http://neuronews.com.ua/page/optimistichnij-poglyad-na-problemu-shizofreniyi>.
- Orlova, N. M., Haustova, O. O., & Chaban, O. S. (2011). *Diahnostyka, strukturno-nozologichnyj analiz ta korektsiia anhedonii pry shyzofrenii* [Diagnosis, structural analysis and correction nosological anhedonia in schizophrenia]. Kyiv. [in Ukrainian].
- Polshkova, S. G. (2012). Autoagressiia: psichosomaticheskie mekhanizmy i vzaimootnosheniya (klinicheskij sluchaj) [Autoaggression: psychosomatic mechanisms and relationships (case)]. *Liky Ukrainy*, 7, 49–51. [in Ukrainian].
- Revenok, O., & Vasylyeva, N. (2013). Vplyv biolohichnykh ta sotsialno-demografichnykh faktoriv na formuvannia ahresyvnoi povedinky zhinok, yaki skoily zlochyn proty zhyttia ta zdorovia osoby [The influence of biological and socio-demographic factors on the aggressive behavior of women who have committed crimes against life and health of individuals]. *Arkhiv psykhiiatrii*, 19(2), 100–104. [in Ukrainian].
- Abi-Dargham, A. (2014). Schizophrenia: overview and dopamine dysfunction. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(11), 31. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25470107>. doi: 10.4088/JCP.13078tx2c.
- Babinkostova, Z., & Stefanovski, B. (2011). Family history in patients with schizophrenia and depressive symptoms. *Prilozi*, 32(1), 219–228.
- Felmet, K., Zisook, S., & Kasckow, J. (2011). Elderly Patients with Schizophrenia and Depression: Diagnosis and Treatment. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 4(4), 239–250. doi: 10.3371/CSRP.4.4.4.
- Hirsch, S. R., Jolley, A. G., Barnes, T. R. Little, P. F., Curson, D. A., Patel, A., et al. (1989). Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. *Schizophr. Res.*, 2, 259–264. doi: 10.1016/0920-9964(89)90002-9.
- Owens, D. C., & Johnstone, E. C. (2010). Duratin of untreated illness and outcome in schizophrenia: test of predictions in relation to relapse risk. *British J. of Psychiatry*, 196, 296–301. doi: 10.1192/bjp.bp.109.067694.

References

- Hnatyshyn, M. S., & Bielov, O. O. (2012). *Shyzofreniia: suchasnyi pohliad* [Schizophrenia: a modern view]. Vynnytsa: Konsol. [in Ukrainian].

Відомості про автора:

Живаго Х. С., аспірант каф. психіатрії та наркології, Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, Київ, Україна, E-mail: kristinazhyvago@gmail.com.

Сведения об авторе:

Живаго К. С., аспірант каф. психіатрії та наркології, Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, Киев, Украина, E-mail: kristinazhyvago@gmail.com.

Information about author:

Zhyvago Kh. S., MD, Postgraduate student, Department of Psychiatry and Narcology, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine, E-mail: kristinazhyvago@gmail.com.

Поступила в редакцию 28.10.2016 г.