

УДК 616.895.4-07-092

DOI: 10.15587/2313-8416.2016.67640

## КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

© Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, Л. В. Малюта

*Обстежено 120 хворих на шизофренію з симптомами депресії. Показано, що тривожні й obsесивні синдромокомплекси з часом втрачають емоційне забарвлення і змінюються на апатико-динамічний і анестетичний, а потім – на дисфоричний і депресивно-параноїдний синдроми. Виявлено негативна динаміка проявів депресивних симптомів при шизофренії, рівня соціальної ізоляваності, суїцидального ризику, якості життя, алексетимії і самооцінки*

**Ключові слова:** шизофренія, депресивні розлади, синдромокомплекс, патопсихологічні особливості, клініко-психопатологічні особливості, тривалість захворювання

*Analysis of the modern literature on the problem of depressive disorders in schizophrenia structure demonstrated that despite the acceptance of the important role of depressive disorders at schizophrenia there are no single opinion about its place, clinical assessment, therapy, prognostic value for today and the conclusions of different authors on this problem are ambiguous and contradictory that proves that the researches of this direction are timely.*

**Aim of research.** *To study the clinical-psychopathological and pathopsychological features of depressive disorders in patients with schizophrenia for improvement of diagnostics of this pathology.*

**Materials and methods.** *120 patients with schizophrenia and depressive symptomatology in the clinical picture took part in research. They were divided into 3 groups according to the aim of research: 38 patients with schizophrenia with the duration of disease less than 5 years (I group), 39 patients with the duration of disease 7–8 years (II group) and 43 patients with duration of disease more than 13 years (III group).*

*For realization of the aim were used the following methods: clinical-psychopathological that included the assessment of psychic state of patient (collection of complaints, anamnesis, its psychopathological interpretation); Calgary depression scale schizophrenia (CDSS); WHO brief questionnaire of the quality of life (WHOQOL- BREF); questionnaire of the social isolation “The method of evaluation of the suicide risk”, “Self-actualization test” and method of statistical processing of the received data.*

**Results of research.** *At the research was studied and described the syndrome structure of depression at schizophrenia and pathopsychological features of demonstration of depression at schizophrenia. There was shown that at the different stages of disease depression undergo the significant changes: anxious and obsessive syndrome complexes with time lose its emotional specificity and transform into apathetic-adyamic and anesthetic syndromes. In the process of disease dystrophic and depressive-paranoid syndromes come to the forefront.*

**Conclusions.** *In the result of research was revealed the negative dynamics of demonstration of the depressive symptoms at schizophrenia, the level of social isolation, suicide risk, life quality, alexithymia and self-appraisal depending on duration of disease*

**Keywords:** *schizophrenia, depressive disorders, syndrome complex, pathopsychological features, clinical-psychopathological features, duration of disease*

### 1. Вступ

Актуальність проблеми визначається не тільки високою поширеністю шизофренії серед загальної популяції, а, насамперед, високими показниками представленості депресії в структурі шизофренії [1–3]. При цьому дані щодо поширеності депресивних розладів в рамках шизофренічного процесу дуже суперечливі і варіюються в межах від 7 % до 70 %, що пов'язано, насамперед, з відсутністю чітких диференційно-діагностичних критеріїв [2, 4].

### 2. Обґрунтування дослідження

В даний час відомо, що депресивні стани при шизофренії за своєю структурою гетерогенні [3, 5, 6]. У вітчизняній і зарубіжній літературі обговорюється питання про «специфічні» для шизофренії особливості депресивних розладів, патопластичного

впливу на їх прояви нозологічної приналежності хвороби, визначення первинності або вторинності депресивних розладів по відношенню до основного шизофренічного розладу [2, 7]. У літературі широко обговорюються питання труднощів в диференціальній діагностиці депресій при шизофренії [1–3, 6, 8]. Найчастіше депресивну симптоматику при шизофренії доводиться диференціювати з деякими іншими психічними захворюваннями: шизоафективним розладом, органічними захворюваннями центральної нервової системи і негативною симптоматикою при шизофренії [9]. Аналіз сучасної літератури з проблеми депресивних розладів в структурі шизофренії показав, що, незважаючи на визнання важливої ролі депресивних порушень при шизофренії до теперішнього часу не існує єдиної думки щодо їх місця, клінічної оцінки, терапії, прогностичної

значущості, а висновки різних авторів з цього приводу є неоднозначними і суперечливими, і доводить, що дослідження в даному напрямку є своєчасними.

### 3. Мета дослідження

Вивчити клініко-психопатологічні та патофизиологічні особливості депресивних розладів у хворих на шизофренію для вдосконалення діагностики даної патології.

### 4. Матеріали та методи

У дослідженні взяло участь 120 пацієнтів з шизофренією з наявністю депресивної симптоматики в клінічній картині, які були розділені відповідно меті дослідження на 3 групи в залежності від тривалості захворювання: 38 хворих на шизофренію з тривалістю захворювання менше 5 років (I група), 39 пацієнтів з тривалістю захворювання 7–8 років (II група) і 43 пацієнта з тривалістю захворювання більше 13 років (III група). Вік пацієнтів коливався від 19 до 56 років, середній вік пацієнтів I групи становив  $21 \pm 2,69$  років, II групи –  $36 \pm 3,57$  та III групи –  $48 \pm 4,11$ . Пацієнти старше 60-ти років не включались у дослідження у зв'язку з можливістю наявності у них органічної (судинної) патології. В цілому, за соціо-демографічними показниками групи були порівнянними для подальшого аналізу. Дослідження проводилось на базі ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

Для реалізації цієї мети використовувалися наступні методи: клініко-психопатологічний метод, що включав оцінку психічного стану хворого (збір скарг, анамнезу, їх психопатологічну інтерпретацію); Калгарійська шкала депресії при шизофренії (CDSS) [10]; короткий опитувальник ВОЗ для оцінки якості життя (WHOQOL-BREF) [11]; опитувальник соціальної ізоляції [12]; «Спосіб визначення суїцидального ризику» [13]; «Самоактуалізаційний тест» [14] та методи статистичної обробки отриманих даних: t-критерій Стьюдента, точний метод Фішера.

### 5. Результати дослідження

Для виявлення синдромальної структури депресії у хворих на шизофренію був проведений детальний клініко-психопатологічний аналіз клінічних ознак депресивного спектру в обстежуваній вибірці відповідно з тривалістю захворювання за допомогою клініко-психопатологічного методу та визначені основні синдромальні варіанти депресивного розладу при шизофренії (рис. 1–3).

Статистичний порівняльний аналіз розподілу синдромальних варіантів депресивного розладу серед пацієнтів з шизофренією з різною тривалістю захворювання дозволив визначити, що на початку захворювання на перший план виходить тривожний ( $p \leq 0,01$ ), обсессивно-депресивний ( $p \leq 0,05$ ) і сомато-вегетативний ( $p \leq 0,0001$ ,  $DK = -8,86$ ,  $MI = 1,52$ ) синдроми, які згодом трансформуються в апатико-адинамічний ( $p \leq 0,0001$ ) і анестетичний ( $p \leq 0,01$ ). Подальший перебіг хвороби супроводжується збереженням

анестетичного варіанта депресії з переважанням його деперсоналізаційного компоненту, а також спостерігається вираженість дисфоричного ( $p \leq 0,01$ ) і депресивно-параноїдного ( $p \leq 0,0001$ ,  $DK = 9,12$ ,  $MI = 0,84$ ) варіантів депресії.

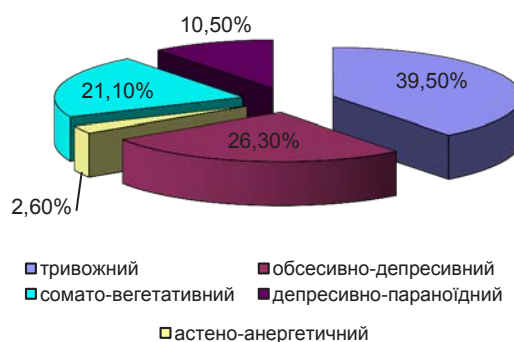


Рис. 1. Представленість синдромальних варіантів депресії у хворих на шизофренію з тривалістю хвороби до 5-ти років

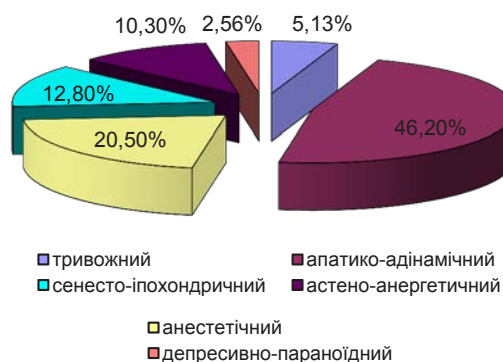


Рис. 2. Представленість синдромальних варіантів депресії у хворих на шизофренію з тривалістю хвороби 7–8 років

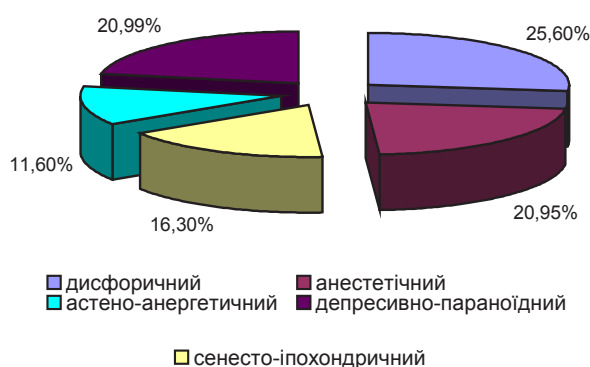


Рис. 3. Представленість синдромальних варіантів депресії у хворих на шизофренію з тривалістю хвороби більше 13-ти років

Оцінка окремих симптомів депресії за останні 2 тижні визначалась за Калгарійською шкалою депресії при шизофренії (CDSS) (рис. 4).

Аналіз відмінностей у проявах депресивної симптоматики за останні 2 тижні серед 3-х груп продемонстрував, що відчуття безнадійності ( $p \leq 0,0001$ ), са-

моприниження ( $p \leq 0,01$ ), ідеї обвинувачення ( $p \leq 0,0025$ ) були більш вираженими у хворих на шизофренію з тривалістю захворювання 7–8 років порівняно з I групою. Вираженість і тяжкість депресивних симптомів ( $p \leq 0,001$ ), суїцидальний ризик ( $p \leq 0,01$ ) були також вищими в групі хворих на шизофренію з тривалістю захворювання 7–8 років, ніж на початку захворювання і при хронічному її варіанті.

Оцінка рівня соціальної ізолюваності у хворих на шизофренію представлена на рис. 5.

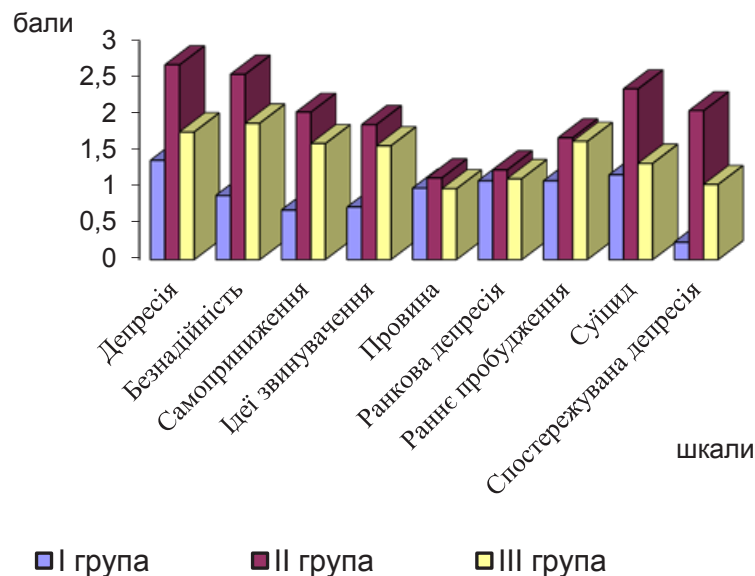


Рис. 4. Особливості депресивної симптоматики у пацієнтів з шизофренією в динаміці захворювання (за шкалою Калгарі)

Результати опитувальника вираженості суїцидального ризику у хворих на шизофренію представлені на рис. 6.

Аналіз особливостей самоактуалізації особистості хворих на шизофренію з депресивними розладами дозволив виявити деякі загальні тенденції, які полягають в наявності низьких показників за всіма шкалами, що відображають порушення базових потреб пацієнтів в самоактуалізації (рис. 7).

Оцінка якості життя пацієнтів з депресивними розладами при шизофренії проводиться за допомогою методики WHOQOL-BREF, результати якої представлені в табл. 1.

Таблиця 1

Особливості якості життя хворих з депресивними розладами при шизофренії в залежності від тривалості захворювання (за результатами методики WHOQOL-BREF),  $m \pm \sigma$

Найменування показників	I група n=38	II група n=39	III група n=43
Фізичне благополуччя	23,61±10,40	16,25±8,94	15,39±7,83
Психологічне благополуччя	19,34±10,38	13,19±8,66	10,42±6,68
Міжособистісні відносини	8,84±4,20	5,31±3,49	5,37±3,83
Навколишнє середовище	27,00±10,40	20,49±9,41	19,73±8,36

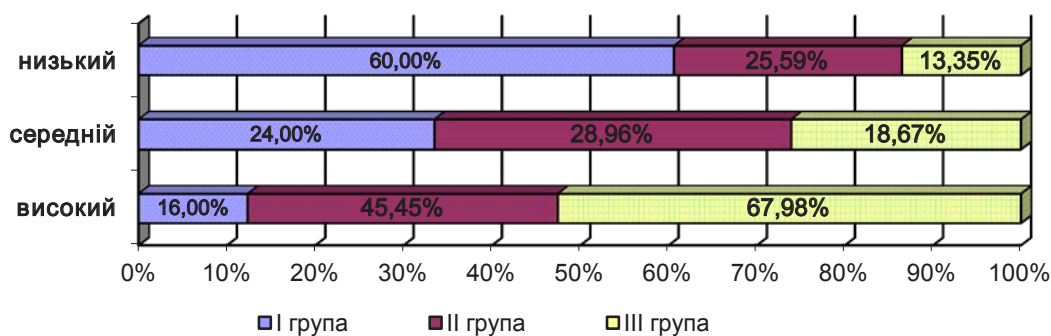


Рис. 5. Рівень соціальної ізолюваності у хворих з депресивними розладами при шизофренії в залежності від тривалості захворювання

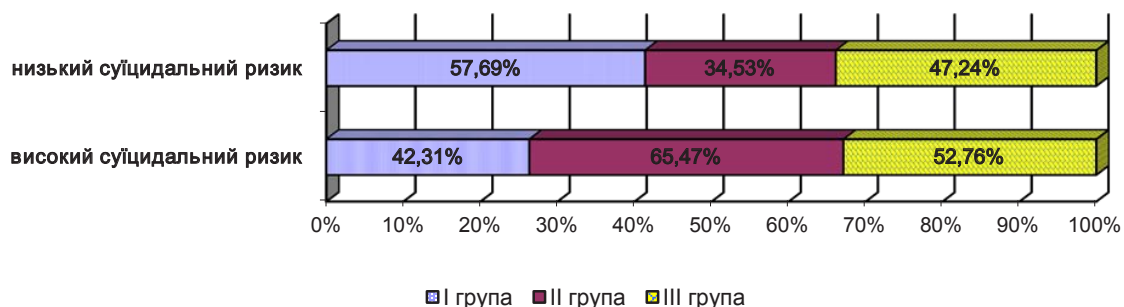


Рис. 6. Виразність суїцидального ризику у хворих з депресивними розладами при шизофренії в залежності від тривалості захворювання

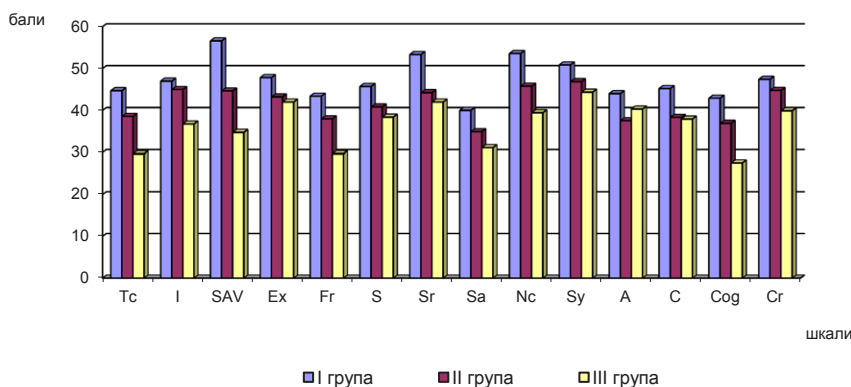


Рис. 7. Особливості самоактуалізації особистості у хворих з депресивними розладами при шизофренії в залежності від тривалості захворювання (САТ): Ts – компетентність у часі; I – підтримка; Sav – ціннісна орієнтація; Ex – гнучкість поведінки; Fr – сензитивність; S – спонтанність; Sr – самоповага; Sa – самоприйняття; Nc – уявлення про природу людини; Sy – синергія; A – прийняття агресії; C – контактність; Cog – пізнавальні потреби; Cr – креативність

**6. Обговорення результатів дослідження**

Представленість синдромальних варіантів депресивного розладу відрізнялися у пацієнтів з шизофренією з різною тривалістю захворювання. Так, у пацієнтів I групи (з тривалістю захворювання менше 5-ти років) переважали тривожний (39,5±8,3) %, обсессивно-депресивний (26,3±6,1) % і сомато-вегетативний (21,1±5,1) % синдроми (рис. 1). Також у 10,5 % хворих був представлений депресивно-параноїдний варіант, а у 2,6 % хворих визначалася астено-анергетичний варіант депресії. Серед пацієнтів II групи (з тривалістю захворювання на шизофренію 7–8 років) найбільш часто зустрічалися апатико-адинамічний (46,2±8,9) %, анестетичний (деперсаналізаційний) (20,5±4,8) % і сенесто-іпохондричний (12,8±3,1) % синдроми (рис. 2). У 10,3 % хворих даної групи були представлені астено-анергетичний та у 5,1 % – тривожний, а у 2,5 % пацієнтів спостерігався депресивно-параноїдний варіанти депресії. У III групі пацієнтів (з тривалістю захворювання більше 13-ти років) переважаними синдромальними варіантами депресії були зафіксовані дисфоричний (25,6±5,2) %, анестетичний синдром (20,9±4,4) % і депресивно-параноїдний розлад (20,9±4,4) % (рис. 3). Також в структурі клінічних проявів були представлені сенесто-іпохондричний (16,3±3,5) % та астено-анергетичний (11,6±2,6) % варіанти депресії.

Аналіз окремих симптомів депресії за останні 2 тижні показав, що у пацієнтів I групи за останні два тижні відзначалися зниження настрою (1,36 балів); ранкова депресія, раннє пробудження (1,08 бали) і суїцидальні думки (1,16 балів). Слід зазначити, що у пацієнтів I групи об'єктивна оцінка депресії була низькою (0,24 балів), що відображає дисоціацію, яка може виступати в якості допоміжного фактору в діагностиці. У II групі пацієнтів високими були показники депресії (2,67 балів), що виражалося в переважанні апатії, відсутності активності та ініціативи, вираженому відчутті безнадійності (2,54 бала), наяв-

ності суїцидальних думок (2,34 бала) і ідей самоприниження (2,02 бали). Слід зазначити, що в цій групі пацієнтів об'єктивні показники депресії були вищими, ніж у I та III групі пацієнтів ( $t=3,651, p \leq 0,001$ ), що може вказувати на екстеріорізацію внутрішніх переживань зовні. У III групі хворих було відзначено, що всі показники депресивних проявів були дещо нижчими, ніж у II групі. При цьому були виражені відчуття безнадійності (1,87 бала), також відзначалися симптоми депресії (1,75 бала), раннього пробудження (1,62 бала) і наявність у пацієнтів даної групи ідей обвинувачення (1,56 балів).

Рівень соціальної ізоляції у хворих на шизофренію на початку захворювання в більшості випадків був низьким (60,0±10,2) %, у 24,0 % пацієнтів реєструвався середній рівень і у 16,0 % – високий рівень соціальної ізоляції (рис. 5). У II групі, навпаки, в більшості випадків діагностувався високий рівень соціальної ізоляції (45,4±8,8) %, у 28,9 % хворих відзначався середній і у 25,6 % – низький рівень соціальної ізоляції. У III групі динаміка до збільшення рівня соціальної ізоляції зберігалася: у більшості пацієнтів реєструвався високий рівень (67,9±9,1) %, у 18,6 % пацієнтів відзначався середній рівень, а у 13,3 % – низький рівень соціальної ізоляції. Тенденція до збільшення рівня соціальної ізоляції хворих з ознаками депресії в клінічній картині в залежності від тривалості захворювання підтвердилася статистичним аналізом: так, на початкових етапах захворювання переважаним був низький рівень соціальної ізоляції в порівнянні з II та III групами ( $p \leq 0,0001, DK=6,53, MI=1,52$ ), тоді як тривалість захворювання (7–8 років) позначалася на посиленні ізоляції до середнього рівня ( $p \leq 0,05, DK=0,82, MI=0,02$ ) і в міру хроніфікації (через 13 років) – до високого рівня соціальної ізоляції ( $p \leq 0,025, DK=1,75, MI=0,20$ ).

Результати опитувальника вираженості суїцидального ризику продемонстрували, що у пацієнтів I групи в 42,3 % випадків був зафіксований високий суїцидальний ризик, а у 57,6 % – низький (рис. 6). У II групі високий суїцидальний ризик відзначався у 65,4 % пацієнтів, а низький – у 34,5 % хворих. У III групі пацієнтів високий суїцидальний ризик відзначався у 52,7 % хворих, а низький – у 47,2 % пацієнтів. Слід зазначити, що на початку захворювання у хворих на шизофренію ризик суїциду був невисоким ( $p \leq 0,01, DK=2,23, MI=0,26$ ) і з подальшим розвитком захворювання спостерігалася зростання цього показника ( $p \leq 0,01, DK=1,90, MI=0,22$ ). Отримані дані слід враховувати для купірування суїцидального ризику у пацієнтів з тривалістю захворювання на шизофренію від 7-ми до 8-ми років.

Аналіз особливостей самоактуалізації особистості хворих на шизофренію з депресивними розладами показав, що в I групі, на початкових етапах захворювання, низькими були показники самоприйняття (40,00 балів), сензитивності до власних потреб і почуттів (43,38 балів), низька здатність пацієнтів приймати своє роздратування, гнів і агресивність (44,00 балів) і низька пізнавальна потреба (42,91 бала). У II групі (тривалість захворювання 7–8 років) крім тих особливостей, які були вказані при початку захворювання, приєднувалися також низькі показники контактності (38,35 балів), які проявлялися в труднощах до встановлення емоційних контактів з оточуючими, а також в погіршенні компетентності у часі (38,56 балів), що проявлялось в орієнтації пацієнтів II групи лише на один з відрізків тимчасової шкали (минуле, сьогодні або майбутнє) і/або в дискретному сприйнятті свого життєвого шляху. Для III групи також було характерним зниження показників самоактуалізації, при цьому до вищеприписаних особливостей додавалися ще низькі показники підтримки (36,76 бала) і ціннісних орієнтацій (34,74 балів), що проявлялося у втраті власних цінностей, і в зв'язку з цим, у появі високого ступеню залежності, конформності, несамостійності пацієнтів.

Описана тенденція до погіршення показників самоактуалізації особистості в динаміці захворювання підтвердилася статистичним аналізом: з початку захворювання і до моменту її хроніфікації відзначалися обмеження сприйняття свого життєвого шляху ( $t=2,213$ ,  $p\leq 0,05$ ), втрата цінності в самоактуалізації ( $t=2,121$ ,  $p\leq 0,05$ ) і потреб в пізнанні ( $t=2,210$ ,  $p\leq 0,05$ ), виникнення труднощів в оцінці своїх потреб і почуттів ( $t=2,332$ ,  $p\leq 0,05$ ), поява високого ступеня залежності і несамостійності пацієнта ( $t=2,342$ ,  $p\leq 0,01$ ) і схильності при цьому сприймати людей в цілому негативно ( $t=2,114$ ,  $p\leq 0,05$ ), а також втрата самоповаги ( $t=2,865$ ,  $p\leq 0,01$ ). Іншими словами, отримані результати відображають у пацієнтів з депресивними розладами при шизофренії наявність труднощів в оцінці власних емоцій і переживань, неприйняття себе і своїх негативних емоцій, нездатність до встановлення глибоких і тісних емоційно-насичених контактів з оточуючими, низьку потребу до пізнання і творчості. В цілому, отримані дані відображають специфічні порушення емоційно-вольової сфери пацієнтів з депресивними розладами при шизофренії.

Показники якості життя хворих, з тривалістю захворювання менше 5-ти років, були вищими за середні: фізичне благополуччя ( $23,61\pm 10,40$  балів), навколишнє оточення ( $27,00\pm 10,40$  балів), психологічне благополуччя ( $19,34\pm 10,38$  балів) і міжособистісна взаємодія ( $8,84\pm 4,20$  балів) (табл. 1). При тривалості захворювання 7–8 років суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості свого життя різко знижувався. Нижче середнього пацієнти даної групи оцінювали міжособистісні відносини ( $5,31\pm 3,49$  балів), стан свого здоров'я ( $16,25\pm 8,94$  балів) і психологічне благополуччя ( $13,19\pm 8,66$  балів). Задоволеність навколишнім оточенням відповідала середньому рівню ( $20,49\pm$

$\pm 9,41$  балів). В умовах хроніфікації хвороби (через 13 років) показники якості життя хворих на шизофренію з наявністю депресивних розладів знижувалися ще більше: пацієнти не були задоволені своїм станом здоров'я ( $15,39\pm 7,83$  балів), психологічним благополуччям ( $10,42\pm 6,68$  балів), відносинами з людьми ( $5,37\pm 3,83$  балів) і навколишнім оточенням в цілому ( $19,73\pm 8,36$  балів). Були отримані достовірні відмінності між групами, що відображають негативну динаміку суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з шизофренією в залежності від тривалості захворювання: задоволеність своїм станом здоров'я ( $p\leq 0,025$ ,  $DK=1,62$ ,  $MI=0,17$ ), психологічним благополуччям ( $p\leq 0,05$ ,  $DK=1,66$ ,  $MI=0,17$ ) і соціальними контактами ( $p\leq 0,01$ ,  $DK=2,21$ ,  $MI=0,26$ ) знижувалася в процесі хвороби.

Отже, результати дослідження дозволили встановити, що на різних етапах захворювання клініко-психопатологічні та патопсихологічні ознаки депресії при шизофренії зазнають певної трансформації: тривожні та obsesivні синдромокомплекси з часом втрачають емоційне забарвлення та змінюються на апатико-ади і намічний та анестетичний синдроми. Подальший перебіг супроводжується переважанням дисфоричного та депресивно-параноїдного синдромів. Вираженість депресивних симптомів була вищою у пацієнтів з тривалістю захворювання 7–8 років. Рівень суїцидального ризику, соціальної ізоляції, нездатність вербалізувати свої емоційні переживання та незадоволеність собою та якістю свого життя (станом здоров'я, психологічним благополуччям та соціальними контактами) зростали упродовж перебігу захворювання. Отримані дані співвідносяться з результатами досліджень А. Б. Смулевич, (2003) [15], у яких проведено аналіз структури депресій при шизофренії. Афективну структуру депресій при ендогенному процесі автори співвідносять з параметрами негативної ефективності: ознаками апатії, анергії, психічної анестезії. В клінічній картині депресій авторами були виявлені дисфоричні прояви (похмура невдоволеність, дратівливість, примхливість, буркотливість). При цьому виділялися наступні залежності: чим більш виражені негативні зміни, тим більше редується вітальна складова депресії; у міру видозміни гіпотимічних розладів в клінічній картині все більшого значення набувають явища психічної анестезії з порушенням сприйняття свого психічного і тілесного «Я», енергетичних можливостей, емоційності. Однак в цьому дослідженні не враховувалась тривалість захворювання пацієнтів з шизофренією, що відрізняє наше дослідження.

В дослідженні Кушнір Ю. А. (2012) [9] вивчалися хворі на шизофренію першого та третього - п'ятого психотичних епізодів з виходом в ремісію через постшизофренічну депресію. Їм було доведено, що вираженість труднощів комунікації та особистісного функціонування була прямо пропорційна тривалості захворювання, що співвідноситься з нашими даними.

Обмеженням даної роботи стала відсутність аналізу взаємозв'язків між синдромальною струк-

турою депресивних розладів при шизофренії та їх патопсихологічними особливостями в залежності від тривалості захворювання, що може стати метою подальших досліджень.

### 7. Висновки

1. Встановлено, що депресивні розлади при шизофренії є неоднорідною формою патології, серед якої відповідно до провідних клініко-психопатологічних проявів і тривалості захворювання виділені три провідних варіанти: тривожний (ажитований), апатико-динамічний і дисфоричний варіанти депресивного синдрому:

а) у пацієнтів з тривалістю захворювання менше 5-ти років переважали тривожний (39,5%), обсе-сивно-депресивний (26,3%) і сомато-вегетативний (21,1%) синдроми.

б) у пацієнтів з тривалістю захворювання 7–8 років переважали апатико-динамічний (46,2%), анестетичний (20,5%) і сенесто-іпохондричний (12,8%) синдроми.

в) у пацієнтів з тривалістю захворювання більше 13-ти років були виражені дисфоричний (25,6%), анестетичний (20,9%) синдроми і депресивно-параноїдний розлад (20,9%).

2. Вираженість і тяжкість депресивних симптомів були вищими в групі хворих на шизофренію з тривалістю захворювання 7–8 років, ніж на початку захворювання і при хронічному її варіанті ( $p \leq 0,01$ ).

3. Рівень суїцидального ризику, соціальної ізо-льованості, нездатність вербалізувати свої емоційні переживання та незадоволеність собою та якістю свого життя (станом здоров'я, психологічним благополуччям та соціальними контактами) зростали упродовж перебігу захворювання.

Таким чином, отримані дані слід враховувати при проведенні диференційованої діагностики, фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з депресивними розладами в залежності від тривалості захворювання.

### Література

1. Бубнова, Ю. С. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении [Текст] / Ю. С. Бубнова, В. В. Дорофейков, Г. Э. Мазо, Н. Н. Петрова // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 4. – С. 23–28.

2. Марута, Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) [Текст] / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, Вип. 1. – С. 21–24.

3. Напрееенко, О. К. Шизофрения з симптомами депресії: клінічні прояви та лікування тiorилом (тiorазидоном) [Текст] / О. К. Напрееенко, В. О. Процик, Л. С. Пампуха // Український вісник психоневрології. – 2006. – Т. 14, Вип. 1. – С. 90–92.

4. Смулевич, А. Б. Концепции шизофрении – современные подходы – оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18–22 сентября 2011 г.) [Текст] / А. Б. Смулевич, Н. А. Ильина // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – № 1. – С. 35–38.

5. Мазо, Г. Э. Депрессивные нарушения в клинике эндогенных психозов (клинико-фармакотерапевтическое исследование) [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Г. Э. Мазо. – М., 2005. – 44 с.

6. Кинкулькина, М. А. Депрессии, развивающиеся у больных шизофренией после купирования острого психического состояния – клиника и лечение [Текст]: конф. / М. А. Кинкулькина. – М., 2007. – С. 54–65.

7. Siris, S. G. Depression and schizophrenia [Text] / S. G. Siris, C. Bench; S. Hirsch, D. Weinberger (Eds.) // Schizophrenia. – 2nd ed. – Blackwell Science, Malden, Massachusetts, 2003. – P. 142–167. doi: 10.1002/9780470987353.ch9

8. Tapp, A. Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode [Text] / A. Tapp, N. Kilzieh, A. E. Wood, M. Raskind, R. Tandon // Comprehensive Psychiatry. – 2001. – Vol. 42, Issue 4. – P. 314–318. doi: 10.1053/comp.2001.24577

9. Кушнир, Ю. А. К вопросу дифференциальной диагностики постшизофренической депрессии [Текст] / Ю. А. Кушнир // Арх. психиатрії. – 2012. – Т. 19, № 4. – С. 19–27.

10. Addington, D. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics [Text] / D. Addington, J. Addington, E. Maticka-Tyndale, J. Joyce // Schizophrenia Research. – 1992. – Vol. 6, Issue 3. – P. 201–208. doi: 10.1016/0920-9964(92)90003-n

11. Programme on Mental Health / World Health Organization WHOQOL-bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment [Text]. – Geneva, 1996. – 18 p.

12. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп [Текст] / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

13. Пат. 40454А, МПК7 А61В 10/00. Спосіб визначення суїцидального ризику [Текст] / Гавенко В. Л. та ін.; ХДМУ. – № 2001021010. – заявл. 13.02.2001; опуб. 2001; Бюл. № 6.

14. Райгородский, Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты [Текст]: учебное пособие / Д. Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2001. – 672 с.

15. Смулевич, А. Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении [Текст] / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5, № 5. – С. 4–7.

### References

1. Bubnova, Ju. S., Dorofeykov, V. V., Mazo, G. Je., Petrova, N. N. (2012). K voprosu o mehanizmah razvitiya depressii pri shizofrenii. Psihiatrija i psihofarmakoterapija, 4, 23–28.

2. Maruta, N. A. (2007). Pervyj jepizod psihoza (diagnostika, lechenie, organizacija pomoshhi). Ukrain's'kij visnik psihonevrologii, 15 (1), 21–24.

3. Naprjejenko, O. K., Procyk, V. O., Pampuha, L. S. (2006). Shyzofrenija z symptomamy depressii': klinichni proyavy ta likuvannja tiorylom (tiorazydonom). Ukrai'ns'kyj visnyk psihonevrologii', 14 (1), 90–92.

4. Smulevich, A. B., Il'ina, N. A. (2012). Konceptii shizofrenii – sovremennye podhody – ocenki i diskussii (po materialam XV Vsemirnogo kongressa po psihiatrii, Bujenos-Ajres, 18–22 sentjabrja 2011 g.). Psihiatrija i psihofarmakoterapija, 1, 35–38.

5. Mazo, G. Je. (2005). Depressivnye narusheniya v klinike jendogennyh psihozov (kliniko-farmakoterapevticheskoe issledovanie). Moscow, 44.
6. Kinkul'kina, M. A. (2007). Depressii, razvivajushhiesja u bol'nyh shizofreniej posle kupirovaniya ostrogo psihoticheskogo sostojanija – klinika i lechenie. Moscow, 54–65.
7. Siris, S. G., Bench, C.; Hirsch, S., Weinberger, D. (Eds.) (2003). Depression and schizophrenia. Schizophrenia. Blackwell Science, Malden. Massachusetts, 142–167. doi: 10.1002/9780470987353.ch9
8. Tapp, A., Kilzieh, N., Wood, A. E., Raskind, M., Tandon, R. (2001). Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode. Comprehensive Psychiatry, 42 (4), 314–318. doi: 10.1053/comp.2001.24577
9. Kushnir, Ju. A. (2012). K voprosu differencial'noj diagnostiki postshizofrenicheskoy depressii. Arh. Psihiatrii, 19 (4), 19–27.
10. Addington, D., Addington, J., Maticka-Tyndale, E., Joyce, J. (1992). Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophrenia Research, 6 (3), 201–208. doi: 10.1016/0920-9964(92)90003-n
11. Programme on Mental Health / World Health Organization WHOQOL-bref Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment (1996). Geneva, 18.
12. Fetiskin, N. P., Kozlov, V. V., Manujlov, G. M. (2002). Social'no-psihologicheskaja diagnostika razvitija lichnosti i malyh grupp. Moscow: Izd-vo Instituta Psihoterapii, 490.
13. Gavenko, V. L. et. al (2001). Pat. 40454A, MPK7 A61V 10/00. Sposib vyznachennja sui'cydal'nogo ryzyku. 2001021010. zajavl. 13.02.2001; opub. 2001; Bjul. № 6.
14. Rajgorodskij, D. Ja. (2001). Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy. Samara: Izdatel'skij Dom «BAH-RAH-M», 672.
15. Smulevich, A. B. (2003). Psihopatologija i klinika depressij, razvivajushhihsja pri shizofrenii. Psihiatrija i psihofarmakoterapija, 5 (5), 4–7.

*Дата надходження рукопису 07.03.2016*

**Марута Наталія Олександрівна**, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу неврозів та граничних станів, ДУ «ІНПН НАМН України», заступник директора з наукової роботи, ДУ «ІНПН НАМН України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068  
E-mail: mscience@ukr.net

**Каленська Галина Юрївна**, старший науковий співробітник, ДУ «ІНПН НАМН України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068  
E-mail: kalenskaya\_galina@mail.ru

**Малюта Ліана Володимирівна**, молодший науковий співробітник, ДУ «ІНПН НАМН України», вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068  
E-mail: lianamalyuta@mail.ru