

НЕМАНИФЕСТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ СО СМЕШАННОЙ И УНИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ ПРИСТУПА (СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

А.С. Бобров¹, Н.Ю. Рожкова¹, О.Н. Чуюрова²

¹*Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования Минздрава России,*

²*Иркутский психоневрологический диспансер*

Обзоры зарубежных исследований по проблеме «Депрессия и шизофрения» приведены в тематических публикациях современных отечественных авторов [10, 20]. В зарубежной литературе депрессия при шизофрении, по данным разных авторов, регистрируется в среднем у 25% больных; депрессивные симптомокомплексы выявляются у 30% в дебюте шизофрении (первый эпизод), в 34% – в период острого рецидива и у 28% – на этапе хронического течения. Среди внебольничного контингента, по данным эпидемиологического исследования, контингент больных шизофренией с депрессией составляет 54%. Депрессивные симптомокомплексы в клинике шизофрении уступают по частоте лишь галлюцинаторно-параноидным и апатическим (негативные изменения) проявлениям. Депрессивная симптоматика как интегративная часть шизофрении может развиваться при любой форме и на любых этапах течения заболевания. Депрессивные симптомы в клинике шизофрении могут быть представлены отдельными проявлениями (субсиндромальная депрессия) либо соответствовать клиническим критериям большого депрессивного расстройства. В современной европейской классификации психических и поведенческих расстройств (МКБ-10), принятой к использованию в отечественной психиатрии, в разделе F20 применительно к депрессивным расстройствам выделяется лишь одна диагностическая рубрика «Постпсихотическая депрессия» (F20.4).

Отечественная повседневная психиатрическая практика подтверждает значительную частоту встречаемости депрессии в клинике шизофрении, о чем свидетельствует анализ психофармакотерапии на материале столичного мегаполиса, промышленного города и сельского района [9]. Так, наряду с базовой терапией преимущественно классиче-

скими нейролептиками (галоперидол, трифтазин), выявлена высокая частота назначения антидепрессантов, как правило, первого поколения. Результаты изучения психофармакотерапии 1-го психотического эпизода в условиях повседневной психиатрической практики, опубликованные в отечественной печати шестью годами позже, также констатируют значительную частоту (35,6%) назначения антидепрессантов на фоне базисной терапии классическими нейролептиками [3]. В соответствии с опросом более 500 врачей-психиатров, комбинированная терапия антипсихотиком и антидепрессантом назначается почти у половины (47%) всех больных шизофренией [11]. При этом большинство врачей (73%) считает возможным применение антидепрессантов в остром периоде заболевания. Среди основных показаний для назначения антидепрессантов перечисляются суицидальные мысли, сниженное настроение, тоска и тревога, в меньшей степени – ангедония и ранние пробуждения. Более половины опрошенных врачей-психиатров полагают, что риск обострения острой психотической симптоматики незначительный, часть вообще полагает, что он невозможен. Для отечественных практических врачей добавление антидепрессантов к антипсихотической терапии при лечении больных шизофренией с депрессией стало почти основной стратегией терапии, заключают авторы упомянутого опроса.

Применительно к теме настоящего сообщения остановимся на отечественных исследованиях, посвященных неманифестной шизофрении с аффективной структурой приступов и коморбидной неврозо- и психопатоподобной симптоматикой. Прежде всего, отметим различия в понимании клинического объема понятия «неманифестной шизофрении». Так, под понятием «неманифестная шизофрения» ряд авторов имеют в виду форму шизоф-

рении, позитивная симптоматика которой ограничивается кругом психопатоподобных, невротоподобных и аффективных расстройств [12]; А.Б.Смулевич [21] в понятие «неманифестная шизофрения» включает лишь состояния с относительной стабильностью процесса в виде продромального периода, стадии ремиссии и резидуальных состояний. Подтверждением более широкого клинического понятия «неманифестная шизофрения» может служить выделение ее варианта с преимущественно аффективной (депрессивной) структурой приступов, началом инициального этапа в пубертатном возрасте, активным проявлением заболевания в юношеском возрасте с формированием хронифицированных (многолетних) субдепрессий с акцентом на утрате положительных эмоций или интереса к окружающему либо преимущественно депрессивно-дереализационными расстройствами с чувством собственной измененности [13]. На современном этапе исследований типов течения шизофрении приступообразно-прогредиентная шизофрения дополнена вариантом, близким к вялотекущей [25]. Среди больных шизофренией с множественными тревожно-фобическими и обсессивно-компульсивными расстройствами выделены три типа течения: периодическое, поступательно-переменяющееся и одноприступное [18]. Приступообразность течения, несомненно, свидетельствует о наличии аффективного радикала в статусе больных. Уместно напомнить, в руководстве по психиатрии от 1983 года под редакцией академика А.В.Снежневского к основным клиническим особенностям малопргредиентной шизофрении¹ отнесены: тенденция к постепенному видоизменению симптоматики от наименее дифференцированной к предпочтительной для эндогенного заболевания, а также признаки циркулярности на всем протяжении заболевания в виде аутохтонных аффективных фаз [17]. Это развернутые затяжные от нескольких месяцев до нескольких лет приступы с полиморфной структурой навязчивостей (влечения, контрастные мысли, острые пароксизмы фобий) либо хронифицированная тревожная депрессия с явлениями деперсонализации (в т.ч. в виде болезненной психической анестезии). Периодические обострения в клинике небредовой ипохондрии также связаны с наступлением очередной депрессивной фазы. Упоминаются аутохтонные аффективные фазы в активном периоде болезни в случае малопргредиентной шизофрении с истерическими проявлениями и, наконец, наличие адинамической депрессии в клинике бедной симптомами шизофрении. Выделяется и одноприступное течение малопргредиентной шизофрении с ее возникновением в период одного из возрастных кризов с большой длительностью приступа в виде адинамической либо ипохондрической депрессии,

¹ Малопргредиентная в значении наличия навязчивостей, фобий, сверхценных образований.

нарушением мышления, сенестопатиями и деперсонализационными расстройствами, а также склонностью к континуальному течению. В последующих публикациях на тему «малопргредиентная шизофрения» содержится утверждение о течении по типу непрерывного или приступообразного. Вначале это касалось лишь обсессивно-фобического ее варианта в виде приступа (экзацербация состояния) с преобладанием депрессивных расстройств и усилением тревожных руминаций, ориентированных на прошлое и направленных в будущее [22]. В последующем, констатируется течение малопргредиентной шизофрении по типу ипохондрических, истерических и деперсонализационных фаз [23].

Цель исследования – выявление общности и различий в клинических проявлениях неманифестной приступообразной шизофрении (НПШ) с аффективной структурой приступов по смешанному и униполярному депрессивному типам.

Материал и методы исследования

В течение 2005–2013 годов невыборочно изучено 100 больных с многолетней диагностикой в стационарном учреждении шизофрении с наличием аффективной симптоматики и сопутствующих фобий, обсессивно-компульсивных расстройств и патологических телесных сенсаций. Среди изученной группы больных в соответствии со структурой аффективных расстройств выделено 3 клинических варианта: шизофрения со смешанной депрессией (n=29, из них муж. – 19; 65,5%, жен. – 10; 34,5%); шизофрения с униполярной депрессией (n=32, из них муж. – 24; 75,0%, жен. – 8; 25,0%) и шизофрения с биполярными аффективными расстройствами (n=30, из них муж. – 17; 56,7%, жен. – 13; 43,3%). Результаты изучения больных шизофренией с биполярными аффективными расстройствами, униполярной и смешанной депрессией были опубликованы ранее [4, 32, 33].

Настоящее сообщение посвящено сравнительному клинко-психопатологическому анализу больных шизофренией со смешанной и униполярной депрессиями в структуре приступа(ов), в последующем изложении – 1 и 2 клинические варианты. Следует заметить, что депрессивная симптоматика, нередко в сочетании с тревогой, как правило, констатировалась в архивных историях болезни этих больных с первых лет наблюдения стационарным и последующим диспансерным учреждениями.

Среди обоих клинических вариантов выделены два основных возраста активного проявления заболевания (соответственно пубертатно-юношеский – n=16, 55,2%/29 и n=22, 68,8%/32, зрелый возраст – n=13, 44,8%/29 и n=10, 31,2%/32). В первом клиническом варианте отмечено достоверно большее число лиц мужского пола с активным началом заболевания в пубертатном/ юношеском возрасте (p=0,001). Длительность от момента активного проявления

заболевания до первого контакта с психиатрической/психотерапевтической клиникой для первого клинического варианта была равна $34,1 \pm 5,7$ месяцев ($M \pm m$), второго – $24,6 \pm 5,1$ месяцев ($M \pm m$). Длительность активного течения заболевания к моменту настоящего исследования составила соответственно для первого клинического варианта $8,4 \pm 1,5$ лет ($M \pm m$), второго – $8,3 \pm 1,4$ лет ($M \pm m$).

В обоих клинических вариантах с активным началом заболевания в пубертатном/ юношеском возрасте к моменту настоящего исследования подавляющее большинство больных продолжало проживать и находиться на иждивении в родительской семье (соответственно 90,4% и 92,8%); приступили к работе после завершения образования – единицы и лишь в специально созданных условиях (на предприятии родственника либо знакомого). Среди больных с активным проявлением заболевания в зрелом возрасте подавляющее большинство больных в обоих клинических вариантах оставили работу (соответственно $n=8$; 80,0%/10 и $n=10$; 76,9%/13).

Сведения о частоте и клинических проявлениях психопатологического диатеза в дошкольном и школьном периоде (возрасте)², инициальной симптоматике (продром), предшествующей активному проявлению заболевания, состоянии больных в динамике на протяжении ряда лет от момента активного проявления заболевания, поведении в семье были получены из данных архивных историй болезни, амбулаторных карт диспансера, а также дополнялись и уточнялись со слов больных и близких родственников.

Настоящее исследование проводилось в периоде активного депрессивного приступа. Основными методами обследования больных были клинико-анамнестический и психопатологический. Кроме того, использовались шкалы PANSS [16], депрессии Калгари [29], социально-психического функционирования – СПФ [24]. Для сравнения частот качественных признаков использовали непараметрический критерий χ^2 с поправкой Йейтса на непрерывность и точный критерий Фишера. Для выявления связей между признаками – коэффициент корреляции Спирмена для ранговых данных и критерий χ^2 для бинарных. Уровень статистической значимости при проверке нулевой гипотезы принимали соответствующий $P < 0,05$. С целью интерпретации межгрупповых различий проведен дискриминантный анализ. Обработка данных выполнена с помощью программы Statistica 6.1 (StatSoft). Длительность инициального этапа, нелеченого психоза, длительность заболе-

вания от манифеста до настоящего обследования и длительность актуального депрессивного приступа приведены с учетом среднего значения (M) и стандартной ошибки (m).

Результаты и обсуждение

Выявлено отсутствие статистически значимых различий между обоими клиническими вариантами по частоте эпизодической формы психопатологического диатеза (соответственно $n=12$; 41,4%/29 и $n=15$; 46,9%/32). Среди отдельных его проявлений отмечены: сверхценный страх (чаще боязнь темноты, реже персонажей из детских сказок), диссомнические нарушения в виде сноговорения, энуреза, трудности засыпания с вечера; психомоторные расстройства (легкое заикание) и так называемая промежуточная форма диатеза (субдепрессивное состояние, провоцированное психогенным фактором). Как для первого, так и второго клинического варианта НПШ оказались возможными сочетанные проявления из 2-х клинических вариантов эпизодического психопатологического диатеза у одного ребенка, сочетанный вариант из трех его проявлений выявлен в единичных случаях в дошкольном возрасте у больных второго варианта. Во втором варианте в дошкольном возрасте имели место своеобразные по фабуле сверхценные страхи (к примеру, страх перед тараканами, невытой посудой или страх «могу чем-нибудь заразиться»). Шизотропный вариант, аффективная дисфункция были присущи в дошкольном возрасте лишь больным первого варианта; в единичных случаях имели место отдельные проявления гипердинамического синдрома (выраженная неусидчивость, излишняя моторная подвижность).

Частота константной формы психопатологического диатеза среди обоих клинических вариантов НПШ составила: 75,9%/29 ($n=22$) и 48,4%/32 ($n=16$). В первом – константный психопатологический диатез был представлен коммуникативным вариантом ($n=12$, 54,5%/22) либо коммуникативным в комбинации с энергетическим ($n=9$, 40,9%/22) либо сексуальным или диссоциативным вариантами; в единичном случае отмечена тотальная дефицитарность. Основными проявлениями константной формы психопатологического диатеза во втором клиническом варианте НПШ являлись коммуникативный ($n=9$, 56,3%/16) и коммуникативный в сочетании с энергетическим ($n=6$, %/16); в единичном случае имели место сочетанные проявления коммуникативного, энергетического и сексуального; в дошкольном анамнезе трех больных выявлена задержка формирования фразовой речи. В обоих клинических вариантах константный вариант психопатологического диатеза достоверно чаще диагностировался в случае начала активного проявления заболевания в пубертатном/юношеском возрасте по сравнению со зрелым периодом ($p=0,001$). Среди больных первого варианта отмечена достоверно большая частота опережающего интел-

² Психопатологический диатез характеризуется возникновением субклинических нервно-психических расстройств в детском и подростковом возрасте, как правило, отставленных по времени своего возникновения от инициальных и активных проявлений болезни, выделяются эпизодический и константный его варианты [8].

лектуального развития в дошкольном возрасте в сравнении со вторым клиническим вариантом (соответственно $n=9$, 31,0%/29, против $n=3$, 9,4%/32, $p=0,07$ с поправкой Йейтса, без поправки – $p=0,03$). Проявления коммуникативного варианта (замкнутость, отгороженность от сверстников, стремление «быть сам по себе») могли сочетаться с имиджем лучшего ученика в классе и в то же время насмешливыми определениями сверстников типа «чудак», «энциклопедия». Энергетический диатез характеризовался моторной замедленностью, нерасторопностью, пассивным вовлечением в игру со сверстниками, отсутствием интереса к учебе, нередко эти дети становились объектом насмешек и притеснения со стороны учащихся класса.

Сближает оба клинических варианта НППШ значительная частота парциальной одаренности в период учебы в школе (соответственно $n=15$, 51,7%/29 и $n=13$, 40,6%/32). К парциальной одаренности отнесены (со слов родителей): емкая, хорошая память; способность быстро усваивать («схватывать») материал урока; способность к усвоению иностранного языка; самостоятельное овладение игрой на музыкальном инструменте и одновременно способность написать музыку и слова песен к школьному празднику; участие в олимпиадах по гуманитарным, естественным дисциплинам, иностранному языку либо по математике в зависимости от предпочтения к школьным предметам; способность к стихотворчеству; конструкторские способности (к примеру, в авиамоделировании); хорошее ручное умение (склонность «мастерить руками»). Больные второго варианта в сравнении с первым в школьном возрасте отличались достоверно большей частотой интересов ($n=14$, 43,8%/32 против $n=4$, 13,8%/29, $p=0,02$). В случае наличия коммуникативного или сочетанного коммуникативного и энергетического вариантов константной формы диатеза подростки увлекались коллекционированием, рисованием; только коммуникативного – легкость освоения школьных дисциплин могла сочетаться с интересом к спортивным (некомандным) видам спорта, музыке, коллекционированию; при отсутствии каких-либо проявлений константного диатеза круг интересов у каждого из подростков отличался значительной широтой (различные виды спорта, музыка, хореография, чтение).

У значительной части больных, как в первом, так и втором клинических вариантах, имел место продромальный период (соответственно $n=19$, 65,5%/29 и $n=19$, 59,4%/32); отсутствовали достоверные различия между ними и по признаку стресс-фактора, предшествующего началу продрома (соответственно $n=11$, 57,9%/19 и $n=7$, 36,8%/19). Длительность продрома у больных первого варианта составила $5,3\pm 1,2$ лет ($M\pm m$), второго – $6,6\pm 2,2$ лет ($M\pm m$).

Начало активного течения заболевания у значительной большей половины больных обоих клиниче-

ских вариантов НППШ было аутохтонным (соответственно $n=20$, 68,9%/29 и $n=20$, 62,5%/32), у меньшего числа имел место стрессовый фактор. В целом для обоих клинических вариантов в случае провоцированного активного начала заболевания большей оказалась частота психогенного стрессового фактора ($n=12$, 66,7%/18) в сравнении с экзогенной ($n=6$, 33,3%/18). В трех наблюдениях выявлено совпадение активного начала заболевания с приемом у стоматолога, посещением вечеринки у друга, просмотром фильма о наркоманах. Доминирующим был одноприступный тип течения, как правило, хронифицированный приступ ($n=20$, 68,9%/29 и $n=25$, 78,1%/32)³.

Длительность актуального депрессивного приступа к моменту настоящего исследования составила у больных первого варианта $6,2\pm 0,9$ лет ($M\pm m$), второго – $5,3\pm 0,9$ лет ($M\pm m$); показатель депрессии по шкале Калгари был соответственно равен $8,6\pm 2,7$ балла и $7,0\pm 3,2$ балла; суммарный показатель подшкалы негативных расстройств шкалы PANSS составил $30,2\pm 3,3$ и $27,2\pm 2,7$ балла. В соответствии со шкалой СПФ среди больных первого клинического варианта наиболее выраженное снижение отмечено в сферах межличностных отношений, интересов, профессиональной деятельности и сексуальной (от $2,0\pm 0,5$ до $2,5\pm 0,7$ баллов), менее страдает бытовая сфера и самообслуживание ($1,1\pm 0,5$ до $1,4\pm 0,6$ баллов), для больных второго – оказалось наиболее свойственно выраженное снижение (от $2,0\pm 0,6$ до $2,4\pm 0,8$ баллов) в сферах общения, сексуальной сфере; в меньшей степени, но на сниженном уровне – в межличностных отношениях и профессиональной сферах (от $1,6\pm 0,6$ до $1,8\pm 0,9$ баллов).

Сравнительная оценка тяжести актуального депрессивного эпизода приведена с позиции критериев МКБ-10 (F32.0–F32.2). Отсутствуют статистически достоверные различия между двумя клиническими вариантами НППШ по тяжести депрессивного эпизода (ДЭ). Более чем у половины больных или близко к этому диагностирована промежуточная степень тяжести ДЭ ($n=14$, 48,3%/29 и $n=19$, 59,4%/32), как правило, между тяжелой и средней степенью тяжести ДЭ. К промежуточной степени тяжести ДЭ между тяжелым и умеренным отнесены наблюдения с наличием у больного всех трех типичных симптомов депрессии и от 2 до 3-х дополнительных из перечня «а–ж» F32.0 МКБ-10. Промежуточная степень тяжести ДЭ по МКБ-10 выделяется в отечественной литературе [5]. Близкими по частоте оказалась тяжелая ($n=8$, 27,6%/29 и $n=7$, 21,9%/32), умеренная ($n=3$, 10,3%/29 и $n=2$, 6,3%/32) и легкая

³ В отечественной психиатрии среди больных шизофренией с приступообразным типом течения выделяются малоприступное (частота приступов от одного до четырех) и многоприступное (5 и более приступов) течение [1]. В рамках малоприступного течения возможна шизофрения в виде одного (нередко хронифицированного или многолетнего) приступа [19].

степень тяжести ДЭ (n=4, 13,8%/29 и n=3, 9,4%/32). Субдиагностические проявления ДЭ выявлены лишь в одном наблюдении.

Наличие гипотимии отмечено у подавляющего большинства больных обоих клинических вариантов (соответственно n=27, 93,1%/29 и n=31, 96,9%/32), при этом с тоскливым (n=9, 33,3%/27 и n=11, 35,5%/31) и дисфорическим оттенком (n=1, 3,7%/27 и n=7, 22,6%/31). Частота витализации вербализованного/невербализованного тоскливого аффекта составила соответственно n=6, 22,2%/27 к n=7, 22,6%/31. В единичном наблюдении больной предъявлял жалобы, что «тяжесть в груди постоянная» при отсутствии гипотимии, у этого же больного диагностированы субдиагностические проявления ДЭ. Не выявлены статистически значимые различия в частоте утраты интересов (соответственно n=26, 89,7%/29 и n=28, 87,5%/32), повышенной утомляемости в ответ на незначительное усилие либо констатации «нет сил ни на что» (соответственно n=19, 65,5%/29 и n=27, 84,4%/32); сниженной способности концентрации внимания (соответственно n=16, 55,2%/29 и n=20, 62,5%/32). В единичных наблюдениях отмечено снижение самооценки (n=2 и n=3), незначительная частота мрачного, пессимистического видения будущего (соответственно n=8 и n=6); идей виновности и уничижения (n=3 и n=8) (во всех случаях с активным началом заболевания в юношеском либо зрелом возрасте), суицидальных мыслей (соответственно по n=8 у обоих клинических вариантов). Частота утраты аппетита составила соответственно n=14, 48,3%/29 и n=20, 62,5%/32; у ряда больных со значительным снижением массы тела в период очередного ухудшения состояния (n=5, 37,7%/14 и n=14, 70,0%/20). Различные варианты расстройств сна выявлялись соответственно (n=23, 79,3%/29 и n=28, 87,5%/32), в том числе сверхдлительная ранняя инсомния с последующим сном до 11–12 и даже 14–15 часов дня (n=17, 58,6%/29 и n=14, 50,0%/28).

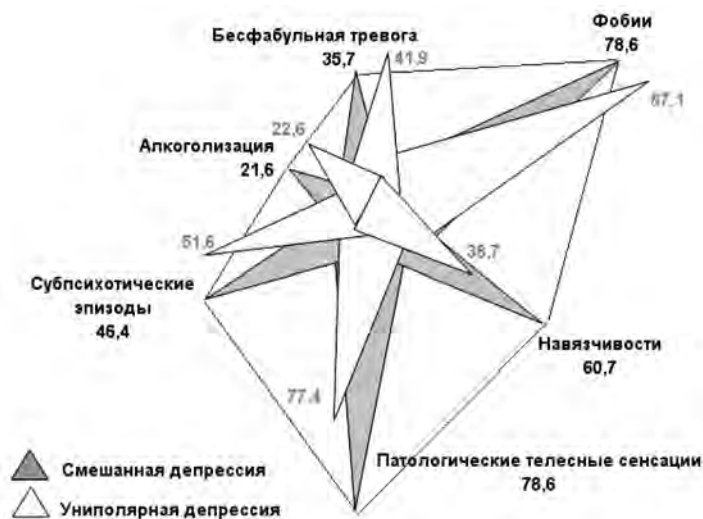


Рис. 1. Сравнительная частота коморбидной депрессии симптоматики среди обоих клинических вариантов НПСШ

Всем больным второго клинического варианта и подавляющему числу первого свойственно отсутствие типичного суточного ритма, присущего эндогенной депрессии вне рамок шизофрении. Больным второго клинического варианта в сравнении с первым достоверно большим оказалось присуще отсутствие колебаний в степени выраженности гипотимии в утренние, дневные и вечерние часы (p=0,059). Среди иных вариантов нетипичного суточного ритма среди обоих клинических вариантов НПСШ выявлены: нарастание ухудшения к вечеру с возможным усилением тревожного аффекта; интравертированный его вариант [15] и так называемый седловидный суточный ритм. Типичный суточный ритм отмечен лишь у одного больного из первого клинического варианта. Частота «атипичной симптоматики» (по DSM-V) составила соответственно n=5, 17,2%/29 и n=8, 25,0%/32 и проявлялась симптомами «реактивности настроения», «свинцового паралича», гиперсомнии и несколько чаще повышением аппетита.

Характерной для обоих клинических вариантов НПСШ оказалась значительная частота (без статистически значимых достоверных различий) ассоциированных с депрессией тревоги, фобической, обсессивно-компульсивной симптоматики, патологических телесных сенсаций (ПТС), а также склонность больных к алкоголизации и эпизодические проявления субпсихотических расстройств (рис. 1).

Тревожные расстройства были представлены бесфабульной (флоттирующей) тревогой, нередко в сочетании с ощущениями напряжения в теле; эпизодической и перманентной вегетативной (соматической) тревогой. При этом наряду с отдельными проявлениями перманентной вегетативной гиперактивности, в ряде случаев, с учетом наличия так называемых идеосинкретических субъективных ощущений, оказывалось возможным диагностировать коморбидную депрессию вегетативную соматоформную дисфункцию с акцентом на нижней части желудочно-кишечного тракта с элементами медицинского теоретизирования [2]. Больным обоих клинических вариантов оказалась свойственна раздражительность (соответственно n=19, 65,5%/29 и n=17, 53,1%/32) с адресной направленностью на близкое семейное окружение (в единичных наблюдениях «злость на весь мир») с возможным усилением раздражительности на фоне дисфорического сдвига настроения или в вечерние часы в виде «всплеска».

Основным «ядром» фобических расстройств среди обоих клинических вариантов НПСШ являлись генерализованная социальная фобия [27, 28, 34, 37] и/или антропофобия (n=10, 34,5%/29 и n=17, 53,1%/32), а также фобии с ипохондрическим содержанием (n=12, 41,4%/29 и n=9, 28,1%/32) с фабулой кардио-, инсульто-, канцеро-, СПИД-фобии, танато- и лиссофобии, а также страх уснуть и не проснуться. Генерализованная социальная

фобия характеризуется тревогой, которая распространяется на все сферы жизни, сопряженные с необходимостью контакта с незнакомыми людьми; включает в себя страх привлечь к себе внимание, обнажить на людях свои неприглядные стороны по большей части моральные, а не физические. Фобическое избегание распространяется на любые социальные ситуации и затрагивает практически все сферы жизнедеятельности. Антропофобия (от греч. *anthropos* и *phobos* – страх) – страх находиться в обществе, быть среди людей, на материале настоящих наблюдений отличалась конкретной фабулой тревожных опасений (могут «обидеть», «нагрубить, ударить», «при общении будет только негатив»). Вынужденное общение вне дома сопровождается страхом, ощущением дискомфорта, проявлением вегетативной тревоги. Имеют место значительные ограничения в поведении, как в случае генерализованной социальной фобии, так и антропофобии – больные выходят из дома только в сопровождении кого-нибудь из близких. В единичных наблюдениях в обоих клинических вариантах диагностировались мизофобия, агорафобия с/без панических расстройств (ПР), несколько чаще, прочие (в том числе специфические или изолированные) фобии. Почти в равном проценте отмечено наличие панических расстройств с/без агорафобии (соответственно $n=4$, 13,8%/29 и $n=4$, 12,5%/32). Основой агорафобии среди больных первого клинического варианта служили сенестезии⁴, для второго наличие/отсутствие панических расстройств (ПР). Эксклюзивная фабула фобических расстройств среди больных первого клинического варианта характеризовалась, к примеру, «перетоком»⁵ страха перед лысоватыми, затем худыми и, наконец, усатыми и низкорослыми мужчинами, во втором – была представлена страхом чужого прикосновения.

Частота обсессивно-компульсивных расстройств, как правило, в виде идеаторного варианта в качестве коморбидной симптоматики актуальной депрессии у обоих клинических вариантов НПСШ составила соответственно $n=16$, 55,2%/29 и $n=12$, 37,5%/32. Выявлена значительная палитра их содержания: контрастные навязчивости; навязчивые представления с фабулой пережитых ранее трагических событий (в том числе с их визуализацией «картинки в голове»); навязчивые сомнения в завершенности действий с бытовыми перепроверками; «помешательство сомнений»⁵; индифферентные навязчивости. К особому варианту навязчивостей, присущих скорее больным с первым клиническим вариантом, очевидно, следует отнести суицидальные мысли с

⁴ Сенестезии входят в одно из проявлений неприятных телесных ощущений в клинике «сенестезической» шизофрении и характеризуются кинестезическими (мышечными) и вестибулярными ощущениями [36].

⁵ Термин заимствован [7].

оттенком «тянущего», «непреодолимого» желания, которое иногда сменяется импульсивным («как накачивает») желанием что-то с собой сделать, в том числе с визуализацией обстоятельств своей гибели («представляю себя мертвой»). У больных этого же клинического варианта встречались навязчивые желания причинить физическую травму окружающим, к примеру, «уколоть чем-либо острым и посмотреть на реакцию». В качестве эксклюзивного варианта выступали навязчивости с фабулой принятия невероятного за действительное [26]. Напротив, лишь среди больных со вторым клиническим вариантом диагностированы отдельные проявления навязчивых действий (компульсии), к примеру, навязчивое стремление к симметрии в ношении верхней одежды, либо больная многократно дотрагивается рукой до отопительной батареи, заколок для волос в целях предотвращения потенциально опасной ситуации для близких в семье. У большинства больных обоих клинических вариантов НПСШ (соответственно $n=23$, 79,3%/29 и $n=25$, 78,1%/32) диагностированы патологические телесные сенсации в виде сенестоалгий, сенестопатий, значительно реже – так называемых психалгий.

Близкой по частоте оказалась склонность к алкоголизации, как правило, на различных этапах течения заболевания (соответственно $n=6$, 20,7%/29 и $n=7$, 21,9%/32). Мотивом начала алкоголизации, как в первом, так и втором клиническом варианте было стремление «улучшить настроение», уменьшить степень бесфабульной тревоги в сочетании с ощущением напряжения в теле, интенсивность социофобий. Тяга к приему алкоголя могла возникать и аутохтонно. В трех наблюдениях среди больных с первым клиническим вариантом с момента возникновения тяги к алкоголю быстро формируется утрата ситуационного контроля, нарастает толерантность, формируется запойный характер пьянства. Во втором клиническом варианте лишь в одном случае выявлен быстрый рост толерантности к алкоголю в структуре депрессивного приступа с первым порядковым номером.

У значительного числа больных обоих клинических вариантов НПСШ (соответственно $n=13$, 44,8%/29 и $n=16$, 50,0%/32) отмечено наличие субпсихотических эпизодов, которые, как правило, не являлись основанием для госпитализации и не были причиной для исключения больных из исследования. Это могли быть: эпизод вербального галлюциноза в виде «голоса извне как эхо» или «невнятного бормотания в голове»; оклики по имени; ощущение постороннего присутствия в помещении, где находится больной; гипнагогический галлюциноз; паранойяльная настроенность на фоне реального конфликта; элементы архаического бреда типа наведения порчи; в единичных наблюдениях – галлюцинации воображения, эпизод бреда метаморфозы, символического значения, тактильные и висцеральные галлюцинации либо утрата физического ощущения своего

тела («Оно мне не принадлежит, умираю, нахожусь не в этом мире») в структуре панического расстройства. В одном наблюдении на фоне депрессии у больного возникает эпизод по типу острого параноида (в связи с необычным внешним видом был на короткое время задержан на улице полицией с подозрением на кражу) – больной отрастил длинные волосы «чтобы его не узнали», зашторивал окна в комнате. Один из больных с формированием зависимости от алкоголя перенес абортивный вербальный псевдогаллюциноз. Наиболее часто ($n=22$, 75,9%/29) субпсихотические эпизоды возникали на этапе активного течения заболевания, реже ($n=7$, 24,1%/29) в продроме, в том числе с возможностью рецидива, но с иной симптоматикой в структуре актуального депрессивного приступа.

Клинические проявления негативных расстройств в соответствии с зарубежными исследованиями по проблеме продрома при шизофрении [6] отмечены среди больных обоих клинических вариантов НПШ с частотой $n=7$, 24,1%/29 и $n=11$, 34,4%/32 случаев. На материале настоящих наблюдений негативные проявления ретроспективно отмечены значительно чаще на первом, втором, четвертом или шестом годах активного течения заболевания, значительно реже – на этапе продрома, в том числе с сохранением негативных проявлений на первом-втором году депрессивного приступа. Основные клинические негативные проявления сводятся к социальной изоляции и нарушению ролевого поведения. К примеру, больной отгорожен, редко выходит из своей комнаты; помещение, где он находится, захламлено; безучастен к судьбам родственников; неопрятен в одежде, не соблюдает элементарных правил личной гигиены; носит нелепую прическу; пропускает занятия либо не пытается приступить к работе после окончания учебы.

С помощью критериев Спирмена, χ^2 , точного критерия Фишера выявлены связи между признаками обоих клинических вариантов НПШ. Проявления эпизодической вегетативной тревоги у молодого контингента больных НПШ со смешанной депрессией включает вовлеченность какой-либо одной физиологической системы организма: сердечно-сосудистой ($p=0,001$) либо дыхательной ($p=0,035$); в проявлениях перманентной вегетативной тревоги отмечена вовлеченность дыхательной ($p=0,03$) и желудочно-кишечной ($p=0,03$) физиологических систем организма. Среди больных со вторым клиническим вариантом в проявлениях перманентной вегетативной тревоги задействована дыхательная система ($p=0,004$). Активное проявление заболевания в пубертатном/юношеском возрасте у больных со вторым клиническим вариантом ассоциировано достоверно чаще с генерализованной социальной фобией/антропофобией на активном этапе течения заболевания ($S_p=-0,43$, $p=0,04$). Ипохондрический моноидеизм в виде постоянных мыслей («прокрутки», со слов больных) в основном о состо-

янии своего физического здоровья с акцентом на недоверии бывшим заключениям врачей первичного медицинского звена на этапе допсихиатрического наблюдения, достоверно чаще у больных обоих клинических вариантов НПШ отмечен среди контингента с активным началом заболевания в зрелом возрасте (соответственно $p=0,01$ и $p=0,0003$). При этом ипохондрический моноидеизм у больных с первым клиническим вариантом статистически значимо связан с витализацией вербализованного/невербализованного тоскливого аффекта ($p=0,04$), паническим расстройством ($p=0,035$), одним вариантом фобии ($p=0,032$), к примеру агорафобией при наличии панического расстройства либо страхом острых предметов. У больных с первым клиническим вариантом с активным началом заболевания в зрелом возрасте отмечена положительная связь между тяжелой степенью депрессивного эпизода и мрачным пессимистическим видением будущего ($p=0,038$). У больных второго клинического варианта ипохондрический моноидеизм положительно ассоциируется с полилокальными ПТС ($p=0,04$) и витализацией вербализованного/невербализованного тоскливого аффекта ($p=0,03$). Для всех больных второго клинического варианта без дифференциации возраста активного начала заболевания выявлено значение женского пола в стресс-уязвимости в возникновении продрома ($p=0,01$).

Среди обоих клинических вариантов НПШ со смешанной либо униполярной депрессивной симптоматикой в структуре приступа в зависимости от возраста активного проявления заболевания рассмотрены 4 группы: 1-я – смешанная депрессия (возраст активного начала заболевания пубертат/юность), $n=16$; 2-я – смешанная депрессия (зрелый возраст активного начала заболевания), $n=13$; 3-я – униполярная депрессия (возраст активного начала заболевания пубертат/юность), $n=22$; 4-я – униполярная депрессия (зрелый возраст активного начала заболевания), $n=10$. База данных состоит из 85 признаков.

С целью интерпретации межгрупповых различий проведен дискриминантный анализ. Для отбора наиболее информативных признаков была использована процедура пошагового включения переменных. В ходе проведения анализа рассчитывали значение лямбды Уилкса (Wilks' Lambda), F-критерий, оценивали полученную систему линейных дискриминантных функций (ЛДФ), систему канонических линейных дискриминантных функций (КЛДФ), график положения объектов групп. Адекватность полученной модели анализировали сопоставлением результатов дискриминации с исходной классификацией объектов в обучающей матрице.

По данным показателей Wilks' Lambda=0,11, $F(27,143)=6,0$, $p < 0,0001$ можно сделать вывод, что предложенная дискриминация является корректной. Оценки информативности каждого признака, включенного в ЛДФ, показаны в табл. 1. Наиболее информ-

Оценки информативности каждого признака, включенного в ЛДФ

N=61	Итоговые оценки дискриминантной функции Лямбда Уилкса=0,11034; F (27,143)=6,0004; p<0,0001					
	Лямбда Уилкса	Частицы Лямбда	F (3,49)	p	Toler.	1-Toler. (R-Sqr.)
Социальный статус на доманифестном этапе заболевания (учеба)	0,145496	0,758341	5,204899	0,003361	0,613483	0,386517
Социальный статус на момент настоящего исследования (учащиеся)	0,147816	0,746437	5,548390	0,002329	0,799907	0,200093
Ипохондрический моноидеизм	0,152610	0,722988	6,258089	0,001107	0,659148	0,340852
Константная форма ПД	0,153525	0,718678	6,393583	0,000963	0,6914567	0,308433
Ипохондрическая фобия	0,129103	0,854631	2,778231	0,050920	0,897891	0,102109
Детность в собственной семье пробанда	0,127449	0,865718	2,533471	0,067680	0,849420	0,150580
Наличие одаренности/способностей/таланта	0,124571	0,885723	2,107348	0,111330	0,750140	0,249860
Монолокальные ПТС	0,124677	0,884967	2,123107	0,109297	0,835979	0,164021
Течение малопрístupное	0,124590	0,885590	2,110115	0,110971	0,675054	0,324946

Таблица 2

Коэффициенты линейных дискриминантных функций

Переменная	Классификационные функции			
	G 1:1 p=0,26230	G 2:2 p=0,21311	G 3:3 p=0,36066	G 4:4 p=0,16393
Социальный статус на доманифестном этапе заболевания (учеба)	6,2713	0,39	8,89	0,8860
Социальный статус на момент настоящего исследования (учащиеся)	4,9611	-0,13700	-0,78449	-0,4184
Ипохондрический моноидеизм	-3,0457	4,71264	1,07107	7,5643
Константная форма ПД	9,22	4,47075	4,47861	2,8268
Ипохондрическая фобия	2,3042	1,45503	0,13569	3,5779
Детность в собственной семье пробанда	4,6746	6,03792	2,51791	7,9927
Наличие одаренности/способностей/таланта	3,0475	4,81192	1,93267	4,8671
Монолокальные ПТС	-2,0486	0,12877	0,65305	0,2396
Течение малопрístupное	6,6844	4,51125	5,47181	1,3765
Постоянная	-11,3813	-7,96688	-7,04551	-10,64

Таблица 3

Квадрат расстояний Махалонобиса

	Квадрат расстояний Махалонобиса			
	G 1:1	G 2:2	G 3:3	G 4:4
G 1:1	0,00000	11,84042	6,66822	23,76903
G 2:2	11,84042	0,00000	7,82937	4,02312
G 3:3	6,66822	7,82937	0,00000	19,28321
G 4:4	23,76903	4,02312	19,28321	0,00000

мативными признаками являются социальный статус на доманифестном этапе (учеба) ($F=5,2$, $P=0,00336$), социальный статус на момент настоящего исследования (учеба) ($F=5,54$, $P=0,00233$), ипохондрический моноидеизм ($F=6,25$, $P=0,0011$), константная форма психопатологического диатеза (ПД) ($F=6,39$, $P=0,0009$).

При пересчете линейными дискриминантными функциями (ЛДФ) исходных четырех групп обучающей выборки вычислена точность группирования – 75,4%.

Расстояние между группами в признаковом пространстве можно оценить по таблице «Квадрат расстояний Махалонобиса» (табл. 3). Расстояние определяется между центрами групп.

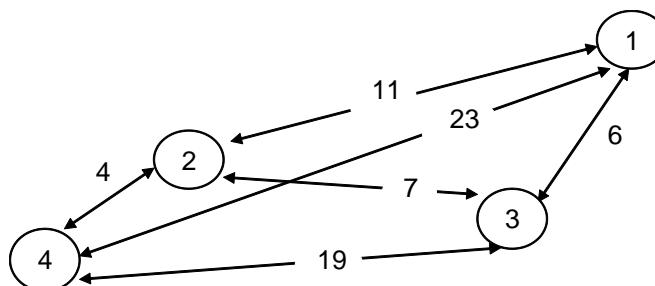


Рис. 2. Графическая интерпретация расположения групп в 9-мерном пространстве признаков

Примечания: 1 – смешанная депрессия с активным началом заболевания в юношеском/пубертатном возрасте; 2 – смешанная депрессия с активным началом заболевания в зрелом возрасте; 3 – униполярная депрессия с активным началом заболевания в юношеском/пубертатном возрасте; 4 – униполярная депрессия с активным началом заболевания в зрелом возрасте; ↔ – расстояние между группами.

Графическая интерпретация расположения групп в 9-мерном пространстве признаков представлена на рис. 2.

Наибольшее число расхождений в признаковом пространстве выделено между 1 и 4, 3 и 4 и 1 и 2 группами. Группу 1 (НПШ со смешанной депрессией и активным началом заболевания в пубертатном/юношеском возрасте) достоверно чаще отличает от

Признаки в различных 4-х группах двух клинических вариантов НПС достаточные для определения удаленности/близости в признаковом пространстве по результатам дискриминантного анализа

Признак	Клинические варианты НПС				Статистическая значимость					
	НПС со смешанной депрессией (возраст активного проявления заболевания) n=29		НПС с униполярной депрессией (возраст активного проявления заболевания) n=32							
	Пубертат/юность (n=16)	Зрелость (n=13)	Пубертат/юность (n=22)	Зрелость (n=10)	P 1-2	P 1-3	P 1-4	P 2-3	P 2-4	P 3-4
	1	2	3	4						
Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)	Абс. (%)							
Социальный статус в виде учебы на манифестном этапе заболевания	12 (75)	2 (15,4)	18 (81,8)	0	0,002	0,7	0,014	0,0002	0,9	0,005
Социальный статус на момент настоящего исследования (учащиеся)	9 (56,3)	0	3 (13,6)	0	0,001	0,01	0,09	0,3	-	0,9
Наличие одаренности/способностей в преморбиде	7 (43,8)	7 (53,8)	8 (36,4)	5 (50)	0,8	0,9	1,0	0,5	0,8	0,7
Константная форма психопатологического диатеза	16 (100)	6 (46,2)	13 (59,1)	3 (30)	0,001	0,005	0,0002	0,5	0,7	0,3
Детность в собственной семье пробанда	1 (6,3)	7 (53,8)	1 (4,5)	8 (80)	0,01	1,0	0,0002	0,002	0,4	0,0001
Течение малопрístupное	3 (18,8)	5 (38,5)	4 (18,2)	1 (10)	0,4	0,7	1,0	0,2	0,2	1,0
Ипохондрический моноидеизм	-	5 (38,5)	1 (4,5)	7 (70)	0,01	1,0	0,0002	0,02	0,2	0,0003
Ипохондрические фобии	7 (43,8)	4 (30,8)	4 (18,2)	7 (70)	0,7	0,1	0,3	0,4	0,1	0,01
Монолокальные ПТС	4 (25)	5 (38,5)	12 (54,5)	2 (20)	0,7	1,0	1,0	0,5	0,4	0,1

4 большая частота социального статуса в виде учебы, как до момента активного проявления заболевания ($\chi^2 = 11,7$, $p=0,0002$), так и на период настоящего исследования (Точный критерий Фишера $p=0,004$); константной формы психопатологического диатеза (Точный критерий Фишера $p=0,0002$). Группу 4 (НПС с униполярной депрессией и активным началом заболевания в зрелом возрасте) в сравнении с 1-ой группой отличает достоверно большая частота детности в собственной семье пробанда (Точный критерий Фишера $p=0,0002$) и наличие ипохондрического моноидеизма на этапе актуальной депрессии (Точный критерий Фишера $p=0,0002$). Группу 3 (НПС с униполярной депрессией и активным началом заболевания в пубертатном/юношеском возрасте) достоверно чаще в сравнении с 4 группой характеризует социальный статус до начала активного течения заболевания в виде учебы ($\chi^2 = 15,5$, $p=0,00008$) в то время как для группы 4 оказалось достоверно чаще наличие детности в собственной семье пробанда (Точный критерий Фишера $p=0,00004$), представленности ипохондрического моноидеизма (Точный критерий Фишера $p=0,0003$) и ипохондрических фобий (Точный критерий Фишера $p=0,01$) на этапе актуальной депрессии. Больных 1-й группы (НПС со смешанной депрессией и активным проявлением заболевания в пубертатном/юношеском возрасте) в

сравнении с группой 2 (НПС со смешанной депрессией и активным началом заболевания в зрелом возрасте) достоверно чаще характеризует социальный статус на момент настоящего исследования в виде учебы ($\chi^2 = 7,9$, $p=0,005$), большая частота константной формы психопатологического диатеза (Точный критерий Фишера $p=0,001$); группу 2 от 1-й – достоверно большая частота детности в собственной семье пробанда (Точный критерий Фишера $p=0,009$), ипохондрический моноидеизм (Точный критерий Фишера $p=0,01$) на этапе актуальной депрессии. Наиболее близкими в признаковом пространстве оказывается группа 1 (НПС со смешанной депрессией) и группа 3 (НПС с униполярной депрессией), но в обоих случаях – с активным началом заболевания в пубертатном/юношеском возрасте.

Заключение

Проведен сравнительный клинико-психологический анализ двух клинических вариантов неманифестной шизофрении с аффективной структурой приступов по смешанному и униполярному депрессивному типу с коморбидной неврозоподобной симптоматикой. По каждому из двух клинических вариантов приведены сведения по частоте и содержанию эпизодической и константной формы психопатологического диатеза в дошкольном и школьном

возрастах; продрому (в том числе его психогенной, реже экзогенной провокации), аутохтонному либо спровоцированному с активным началом заболевания типу течения. Дана характеристика тяжести актуальной депрессии, ее клинической структуры, особенностей суточного ритма, атипичной симптоматики, сопутствующих депрессии тревожных расстройств. Среди коморбидной актуальной депрессии невротоподобной симптоматики отмечена частота и варианты фобических расстройств, навязчивых состояний, патологических телесных ощущений, а также возможность возникновения субпсихотических эпизодов, не требующих неотложной госпитализации.

С помощью критерия Спирмена и критерия χ^2 выделены положительные связи между клиническими проявлениями в зависимости от возраста активного проявления заболевания. Это касалось фобической симптоматики, вовлеченности различных физиологических систем организма в проявлении эпизоди-

ческой и перманентной вегетативной тревоги; феномена «ипохондрического моноидеизма» и ассоциированных с ним полилокальных патологических телесных ощущений, витализации вербализованного тоскливого аффекта, панического расстройства.

В результате дискриминантного анализа базы данных из 85 признаков из всей совокупности изученных больных выделены четыре группы больных с точностью группировки до 75,4%. К основному выводу следует отнести существенные различия (наибольшая удаленность в признаковом пространстве) групп больных с активным началом заболевания в пубертатном/юношеском возрасте от больных с началом активного проявления заболевания в зрелом возрасте. Напротив, наиболее близкими в признаковом пространстве оказались больные неманифестной приступообразной шизофренией со смешанной и униполярной депрессией в структуре приступа, но в обоих случаях с активным началом заболевания в пубертатном/юношеском возрасте.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абрамова Л.И. Приступообразная шизофрения (вопросы дифференциации, клинико-динамические, прогностические аспекты): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. М., 1996. 50 с.
2. Ануфриев А.К. Патология общего чувства и аффективные расстройства с эквивалентами // Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях / Под ред. А.К.Ануфриева. М., 1979. С. 8–24.
3. Бессонова А.А. Первый эпизод шизофрении: клинико-социальный и фармакоэкономический аспекты: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. 2008. 21 с.
4. Бобров А.С., Чуурова О.Н., Рожкова Н.Ю. Биполярная депрессия в клинике шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2014. Т. 114, № 7. С. 9–16.
5. Григорьева Е.А. Современные методы диагностики депрессивных расстройств // Современные принципы терапии и реабилитации психически больных: Материалы Росс. конференции. М., 2006. С. 119–120.
6. Гурович И.Я. Простом шизофрении или «психотическое состояние в зоне риска». Прозомальные клиники. Глава V: Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмулкера. М.: Медпрактика-М, 2010. С. 77–110.
7. Дороженко И.Ю. Клиническая типология навязчивостей контрастного содержания при психических заболеваниях пограничного уровня // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1999. Т. 99, № 2. С. 3–8.
8. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С. Психопатологический диатез (предвестники психических заболеваний): Пособие для врачей и мед. психологов. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2011. 24 с.
9. Любов Е.Б. Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический аспекты оказания психиатрической помощи больным шизофренией: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. 2002. 56 с.
10. Мазо Г.Э., Бубнова Ю.С. Депрессия при шизофрении: диагностика и терапия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. Т. 113, №3. С. 90–93.
11. Мазо Г.Э., Горбачев С.Е. Депрессии при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т.19, № 4. С. 5–15.
12. Максимов В.И., Зверкова И.В. К типологии дефекта у больных неманифестной шизофренией (клинико-психологическое исследование) // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1986. Т. 86, № 5. С. 726–731.
13. Махин А.Г. Об одном из вариантов малопрогрессирующей шизофрении, протекающей с преобладанием аффективных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1995. Т. 5, № 3. С. 136–139.
14. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. СПб., 1994. 300 с.
15. Морозов В.М. Маниакально-депрессивный психоз (циркулярная депрессия): лекция // Избранные труды. М., 2007. С. 207–223.
16. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.
17. Наджаров Р.А., Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения // Руководство по психиатрии / Под ред. А.В.Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 333–355.
18. Павличенко А.В. Множественные тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства при шизофрении // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 2. С. 33–42.
19. Сейку Ю.В., Морозова В.П. Частота одноприступного течения шизофрении по данным эпидемиологического обследования // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1989. Т. 89, № 10. С. 81–85.
20. Смулевич А.Б. Депрессия и шизофрения // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2003. Т. 103, № 4. С. 4–13.
21. Смулевич А.Б. Неманифестные этапы шизофрении – психопатология и терапия // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2005. Т. 105, № 5. С. 4–10.
22. Смулевич А.Б. К психопатологической характеристике вялотекущей шизофрении // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2009. Т. 109, № 11. С. 4–15.
23. Смулевич А.Б., Дубницкая Э.Б. Депрессия – актуальные проблемы систематики // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2012. Т. 112, № 2. С. 11–20.
24. Степанов И.Л. Влияние депрессивного состояния на социально-психическое функционирование (СПФ) больных // Журн. прикладной психологии. 2002. № 4–5. С. 17–22.
25. Тиганов А.С. Приступообразно-прогрессирующая шизофрения, близкая к вялотекущей // Руководство по психиатрии. В 2-х т. / Под ред. акад. РАМН А.С.Тиганова. М., 1999. Т. 1. С. 435–436.
26. Ясперс К. Общая психопатология / Пер. с нем. М.: Практика, 1997. 1056 с.
27. Ястребов Д.В., Колюцкая Е.В. Терапия социальных фобий (клинические предикторы эффективности моклобемида) // Тревога и обсессии / Под ред. А.Б.Смулевича. М.: Изд. дом «Медпрактика-М», 1998. С. 204–246.
28. Ястребов Д.В. Протекающая с сенситивными идеями отношения социальная фобия при эндогенных заболеваниях // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1999. Т. 99, № 12. С. 24–29.
29. Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. Assessing depression in schizophrenia: the Calgary Depression Scale // Br. J. Psychiatry. 1993. Vol. 163, Suppl. 22. P. 39–44.
30. Benazzi F. Symptoms of depression as markers of bipolar II disorder // Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2006. N 30. P. 471–477.
31. Benazzi F. Reviewing the diagnostic validity and utility of mixed depression (depressive mixed states) // Eur. Psychiatry. 2008. N 23. P. 40–48.
32. Bobrov A.S., Chuyurova O.N. Unipolar depression in paroxysmal schizophrenia // Int. J. BioMedicine. 2013. N 3. P. 258–265.

33. Bobrov A.S., Chuyurova O.N. Schizophrenia with the mixed depression in the structure of stroke // Int. Med. Sci. J. «MEDICUS», 2015. N 2. P. 38–42.
34. Chapman T.F., Mannuzza S., Fyer A.J. Social phobia: diagnosis, assessment and treatment. New York, 1995. P. 21–40 / цит. по Д.В. Ястребову // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1999. Т. 99, № 12. С. 24–29.
35. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
36. Huber G. Die coenasthetische Schizophrenie, als ein Pragnaztyp Schizophrener Erkranken // Acta Psychiatr. Scand. 1971. Vol. 47. P. 349–362.
37. Liebowitz M.R., Gorman J.M., Fyer A.J., Klein D.F. Social phobia. Review of a neglected anxiety disorder // Arch. Gen. Psychiatr. 1985. Vol. 42. P. 669–677.

НЕМАНИФЕСТНАЯ ШИЗОФРЕНИЯ СО СМЕШАННОЙ И УНИПОЛЯРНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ В СТРУКТУРЕ ПРИСТУПА (СРАВНИТЕЛЬНОЕ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

А.С. Бобров, Н.Ю. Рожкова, О.Н. Чуюрова

Представлены результаты сравнительного клинико-психопатологического анализа двух групп больных неманифестной приступообразной шизофренией (НПШ) с аффективной структурой приступов по типу смешанной (n=29) и униполярной (n=32) депрессии. Среди больных обоих клинических вариантов НПШ выявлены: значительная частота эпизодической и константной формы психопатологического диатеза в дошкольном и школьном возрасте; наличие продромального периода; два основных возраста активного проявления заболевания (пубертатный/юношеский и зрелый), коморбидные депрессии тревожные расстройства (бесфабульная тревога, эпизодическая и перманентная вегетативная гиперактивность), обсессивно-фобическая

симптоматика, патологические телесные сенсации (ПТС) в виде сенестоалгий и сенестопатий, а также склонность больных к алкоголизации и наличие субпсихотических эпизодов. Отмечена статистически значимая большая частота генерализованной социальной фобии и/или антропофобии у больных с НПШ с униполярной депрессией и активным проявлением заболевания в пубертатном/юношеском возрасте, ипохондрического моноидеизма (в т.ч. на фоне полилокальных ПТС) среди больных обеих клинических групп с началом активного течения заболевания в зрелом возрасте.

Ключевые слова: неманифестная шизофрения, депрессия (смешанная, униполярная), обсессивно-фобические расстройства.

UNMANIFESTED SCHIZOPHRENIA WITH MIXED AND UNIPOLAR DEPRESSION AS A PART OF EPISODE (COMPARATIVE CLINICAL PSYCHOPATHOLOGICAL INVESTIGATION)

A.S. Bobrov, N.Yu. Rozhkova, O.N. Chuyurova

The authors report the findings of a clinical psychopathological analysis of two patient groups with unmanifested recurrent schizophrenia with affective structure of episodes, including mixed (n=29) and unipolar (n=32) depression. Patients in both groups show increased rates of occasional or constant psychopathological diathesis in childhood and adolescence; presence of prodrome, two important peaks in active manifestation of disorder (puberty / youth and mature age), comorbidity of depressive and anxious disorders (feeling tense and anxious with no real reason, occasional or permanent vegetative hyperactivity), obsessive-phobic symptoms, pathological bodily sensations presented

by senestoalgies and senestopathies, and also proneness to alcohol abuse and the history of subpsychotic episodes. The authors have found a statistically significant increased rate of generalized social phobia and/or anthropophobia in patients with unmanifested recurrent schizophrenia with unipolar depression and active symptoms of disorder in puberty / youth, hypochondric monoideas (also in combination with multiple pathological bodily sensations) in both patients groups, when active course of disease initiates in mature age.

Key words: unmanifested schizophrenia, depression (mixed, unipolar), obsessive-phobic disorders.

Бобров Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; e-mail: bobrov_irkutsk@rambler.ru

Рожкова Нина Юрьевна – доцент кафедры педагогических и информационных технологий Государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования «Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» Минздрава России; e-mail: rozhkova2001@mail.ru

Чуюрова Оксана Николаевна – врач-психотерапевт Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Иркутский психоневрологический диспансер»; e-mail: pavlovaoksana@yahoo.com