

ХАРАКТЕРИСТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИЕЙ В РЕМИССИИ ШИЗОФРЕНИИ*Н.Н. Петрова, О.А. Вишневская*

СПбГУ, г. Санкт-Петербург, Россия

E-mail авторов: petrova_nn@mail.ru, saba69@yandex.ru

На примере 75 больных параноидной шизофренией на этапе поддерживающей терапии изучены клинико-феноменологические особенности депрессии, развивающейся в ремиссии заболевания. Показано, что депрессии в ремиссии шизофрении наблюдаются у 58,7% больных, не превышают умеренной степени выраженности, неоднородны, в 63,6% случаев характеризуются атипией. В 25% случаев выявлены психологические триггеры. Установлены особенности суицидального поведения в зависимости от типа депрессии на этапе ремиссии шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, депрессия, суицидальность

Частота депрессивных расстройств в структуре шизофрении колеблется в широких пределах от 25 до 80% [1, 5]. Сведения о частоте депрессии на различных этапах течения шизофрении также противоречивы [2, 3, 6]. Нет единого мнения относительно прогностической значимости депрессии у больных шизофренией [2, 4].

В условиях реальной клинической практики обследовано 75 амбулаторных больных параноидной шизофренией в возрасте $44,9 \pm 1,22$ лет, в том числе 76% женщин. Давность заболевания – $16,79 \pm 1,03$ лет. 76% больных имели 2-ую группу инвалидности по психическому заболеванию.

В исследовании использовались клинико-психопатологический и психометрический методы: PANSS, шкала Калгари. Ремиссия шизофрении устанавливалась в соответствии с международными критериями [7].

В течение динамического 2-х летнего наблюдения депрессия развилась у 58,7% больных и, как правило, соответствовала критериям лёгкого депрессивного эпизода по МКБ-10 (F32.0) (63,3% случаев). Депрессия средней степени тяжести наблюдалась у 36,4% больных (F32.1). В структуре депрессии доминировали гипотимия, чувство безнадёжности, идеи самоуничтожения.

В обеих группах сравнения преобладали пациенты старше 40 лет, но среди пациентов с депрессией в ремиссии шизофрении достоверно больше больных молодого возраста (18-29 лет), при этом во всех возрастных категориях преобладали женщины.

Среди пациентов с депрессией чаще встречались случаи наследственности, отягощённой аффективными расстройствами (15,9%) и алкоголизмом (34,1% случаев, $p < 0,05$). Суицидальное поведение у родственников было выявлено только в основной группе больных шизофренией с депрессией (20,5% наблюдений).

У пациентов с депрессией в ремиссии шизофрении достоверно чаще наблюдался астенический тип

ремиссии, тогда как у больных без депрессии достоверно чаще встречался параноидный тип ремиссии. Тимопатический и ипохондрический типы ремиссий встречались только у пациентов первой группы. Больные с депрессией в ремиссии шизофрении чаще получали традиционные нейролептики, как правило, в виде монотерапии, или находились без нейролептической терапии вследствие некомплаентности, характеризовались значительной частотой побочных эффектов нейролептической терапии в анамнезе (79,5% по сравнению с 35,5% случаев в группе сравнения, $p < 0,05$).

У 25% больных основной группы были выявлены предшествовавшие развитию депрессивного состояния психогении.

Суицидальное поведение было представлено антивитальными переживаниями (размышления об отсутствии ценности жизни: «жить не стоит», «не живёшь, а существуешь»), без чётких представлений о смерти; пассивными суицидными мыслями («хорошо бы умереть», «заснуть и не проснуться»). Суицидальные мысли имели место у 27,3% больных с депрессией в ремиссии шизофрении.

В зависимости от структуры депрессии были выделены эндогенные «типичные» и атипичные варианты депрессии (соответственно 36,4% и 63,6%, $p = 0,005$).

У 36,4% больных структура депрессии была близка к «классическим» эндогенным вариантам. Витализация аффекта наблюдалась у 30,8%, типичная суточная динамика – у 76,9% этих больных. Большинство пациентов (76,9% случаев) тяготились своим состоянием и имели установку на лечение.

В этой группе сравнения внутренние формы суицидального поведения наблюдались в 68,8% случаев. Пассивные суицидальные мысли имели место у большинства пациентов с тревожной депрессией (58,3% от общего числа больных с суицидальным поведением в первой группе), не превышающей лёгкой и средней степени выраженности (согласно критериям депрессивного эпизода по МКБ-10, $11,67 \pm 0,93$ балла по шкале Калгари). У пациентов с меланхолической депрессией средней степени выраженности ($15,0 \pm 2,0$ балла) пассивные суицидальные мысли встречались в 25,0% случаев. У пациентов с апато-динамической депрессией, которая не превышала лёгкой степени ($11,33 \pm 2,33$ балла), наблюдались антивитальные переживания (8,3%).

У 63,6% пациентов депрессивное состояние было атипичным, что проявлялось в неравномерной выраженности компонентов депрессивной триады. Отсутствовала типичная суточная динамика состояния, не наблюдалось витализации аффекта. Характерными чертами были стёртость тимического компонента, преобладание апатии, раздражительности. Моторный компонент депрессивной триады характеризовался либо адинамической, либо астенической окрашенностью. Проявления идеаторных нарушений колебались от снижения интеллектуальной продуктивности до отчётливых расстройств мышления в сочетании с элементами деперсонализации. Достоверная критика к депрессивному состоянию отсутствовала.

вовала, имело место пассивное, избирательное или уклоняющееся отношение к лечению. В структуре депрессии встречалось сочетание симптомов депрессии с резидуальными психотическими расстройствами, имели место не конгруэнтные депрессивному аффекту отрывочные параноидные идеи. Эти состояния не соответствовали критериям депрессивного эпизода по МКБ-10.

У больных с атипичными вариантами депрессии пассивные суицидальные мысли были выявлены в 3,6% случаев в рамках истеро-депрессивного синдрома ($8,0 \pm 0,10$ балла по шкале Калгари). В этих наблюдениях суицидальное поведение носило манипулятивный, демонстративный характер. Психотравмирующие факторы в развитии депрессии у больных с суицидальным поведением имели место в 33,3% случаев. Преобладающим было сочетание конфликтов в различных сферах (неудачи в работе, сложности во взаимоотношениях в коллективе, материальное неблагополучие, семейные проблемы), реже наблюдались изолированные конфликты в личностно-семейной сфере (соответственно 82% и 18%, $p=0,001$).

Психотравмирующие факторы, отражавшиеся в структуре депрессивных переживаний, были отмечены в 11% случаев в подгруппе больных с атипичными вариантами депрессий в структуре астено-депрессивных и истеро-депрессивных состояний. Чаще встречались сочетания семейных конфликтов, конфликтов в профессиональной сфере и материально-бытовых трудностей (61%). Семейные проблемы доминировали у 17% пациентов.

Вывод:

В процессе психосоциальной реабилитации больных шизофренией на этапе поддерживающей терапии необходимо акцентировать внимание на улучшении социального функционирования пациентов и профилактике суицидального поведения.

Литература:

1. Бубнова Ю.С., Дорофейков В.В., Мазо Г.Э., Петрова Н.Н. К вопросу о механизмах развития депрессии при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. – 2012. – Том 14, № 4. – С. 21-26.
2. Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н. Депрессии у больных шизофренией после купирования острого психоза // Клиническая медицина. – 2008. – Том 86, № 11. – С. 53-59.
3. Мазо Г.Э., Горбачёв С.Е. Депрессии при шизофрении: опыт и подходы практических врачей к диагностике и терапии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 4. – С. 5-14.
4. Смулевич А.Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – № 5. – С. 184-186.
5. Addington D. Prevalence of depression in schizophrenia – results of international survey. Abstracts // 10th congress SNS. – Nice, 1997. – P. 7-9.
6. Addington D.D., Azorin J.M., Fallon I.R. et al. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists // Acta Psychiatr. Scand. – 2002. – Vol. 105, № 3. – P. 189-195.
7. Andreasen N.C. Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus // Am. J. Psychiatr. – 2005. – Vol. 162, № 3. – P. 441-449.

ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО

ПОВЕДЕНИЯ У ЖЕНЩИН С ПОСЛЕРОДОВОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

С.В. Совков

Тюменская ОКПБ, г. Тюмень, Россия

E-mail автора: sovkov@gmail.com

Беременность, роды и послеродовой период по многим психосоциальным параметрам можно отнести к группе состояний, сопровождающихся высокой стрессовой нагрузкой [8, 15]. Среди факторов, воздействующих на психический статус женщин, безусловно, главным является появление ребенка и начало формирования отношений в диаде «мать-дитя». Важное значение имеют изменения (чаще повышение) уровня и характера (циркадного ритма) физической нагрузки, изменение гормонального статуса. Возможное индивидуальное участие генетических факторов [14].

Различное сочетание, а так же степень субъективной значимости этих факторов у многих женщин определяет формирование психических нарушений. Характер психопатологических проявлений у женщин может варьировать от легких, длящихся несколько дней, депрессивных, нередко с тревожным оттенком симптомов, до выраженных психотических полиморфных нарушений. Наиболее типичным считается спонтанное развитие депрессивных нарушений со 2 по 6-й месяцы после родов [11].

Неоднозначность мнений относительно клинических проявлений психических нарушений не позволяет дать четкую и последовательную характеристику суицидальной активности этой категории женщин [2, 3]. Имеющиеся данные литературы оценивают частоту возникновения различных суицидальных проявлений от 5 до 45% [15, 16], что связано со сложностями суицидологического учета [4, 10]. Однако в исследовании А. Richard и соавт. [17] отмечено, что самоубийства составляют до 20% смертей в послеродовом периоде у женщин.

Суицидальное поведение при послеродовой депрессии имеет ряд особенностей. Во-первых, это длительная стрессовая нагрузка на мать, возникающая в связи с недосыпанием, сменой ритма жизни и включение в распорядок дня нагрузки с которой женщина не сталкивалась ранее. Это истощает энергетические ресурсы организма, вызывая слабость и быструю утомляемость. Депрессия развивается преимущественно по астеническому типу, который является более благоприятным в плане развития суицида в отличие от депрессий с возбуждением и повышенным уровнем энергии, например ажитированной депрессии, являющейся самой опасной в плане законченного суицида. При депрессии с высоким уровнем энергии решение совершить суицидальную попытку может прийти стремительно и тут же быть осуществлено. При астенической депрессии у женщины может не хватить сил на реализацию задуманного, даже при наличии суицидальных мыслей и планов. Во-вторых, большое значение имеют антисуицидальные барьеры