

Sincha K. A. Личностные особенности больных шизофренией с депрессивной и парадепрессивной симптоматикой в структуре заболевания = Personality features of schizophrenia patients with depressive and predepression symptoms in the structure of the disease. Journal of Education, Health and Sport. 2016;6(4):21-30. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.49386> <http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/3443>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 755 (23.12.2015).  
755 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2016;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

RECEIVED: 05.03.2016. REVISED 20.03.2016. ACCEPTED: 05.04.2016.

## ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ДЕПРЕССИВНОЙ И ПАРАДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКОЙ В СТРУКТУРЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К. А. Синча

Запорожский государственный медицинский университет МЗ Украины,  
Запорожье, Украина

### Реферат

Последние десятилетия рядом исследователей отмечено наличие депрессивных включений в структуре шизофрении. Однако, несмотря на значимую роль депрессивной симптоматики у больных шизофренией, до сих пор не установлены особенности ее структуры, этио- и психопатогенеза, которые бы позволили улучшить качество диагностики и терапии. Цель исследования – установить особенности состояний и свойств личности больных шизофренией с депрессивной и парадепрессивной симптоматикой в структуре заболевания. На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС было обследовано 137 больных, которые проходили стационарное лечение. Основную группу (ОГ) составили 107 больных шизофренией (F20). Среди них – 55 женщин и 52 мужчины. Средний возраст в группе составил  $46,33 \pm 1,36$  лет. Группу сравнения (ГС) составили 30 больных шизоаффективным расстройством, смешанный тип (F25). Среди них – 18 женщин и 12 человек. Средний возраст в группе составил  $48,93 \pm 2,47$  год. Методы исследования: анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический. В результате исследования были установлены особенности депрессивной симптоматики у больных шизофренией. Отмечена диссоциация между выявляемостью депрессивных феноменов по данным клинико-психопатологического и психодиагностического исследований, что может свидетельствовать о явлениях гипо- и гипердиагностики, обусловленных как несовершенством диагностического инструментария, так и присущей шизофрении амбивалентности психических процессов. По данным клинико-психодиагностического исследования у  $\frac{1}{3}$  больных шизофренией диагностировалась симптоматика депрессивного и парадепрессивного

круга, достигающая до уровня клинически выраженной депрессии и требующая специфической коррекции. Изучение личностных особенностей больных шизофренией позволили установить различия в генезе депрессивной симптоматики, диагностируемой у пациентов, в полной мере нашедшие отражение в трех вариантах профилей личности больных шизофренией с депрессивными явлениями в структуре заболевания: анозодепрессивный (парадепрессивный), параноидно-невротический (параноидно-дисфорический), социогенно-невротический (ятрогенно-невротический).

**Ключевые слова:** депрессия, шизофрения, психопатогенез, психодиагностика.

## **PERSONALITY FEATURES OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS WITH DEPRESSIVE AND PREDEPRESSION SYMPTOMS IN THE STRUCTURE OF THE DISEASE**

**K. A. Sincha**

**Zaporizhzhia State medical University Ministry of Health Care of Ukraine**

### **Summary**

Last decades several researchers noted the presence of depressive inclusions in the structure of schizophrenia. However, despite the significant role of depressive symptoms in patients with schizophrenia, still the peculiarities of its structure, the ethio - and psychopathogenesis, which would allow to improve the quality of diagnosis and therapy. The purpose of the study is to establish the specific conditions and personality traits of patients with schizophrenia with depressive and paradespressive symptoms in the structure of the disease. On the basis of Public Health Institution «Regional clinical mental hospital» of the Zaporizhzhian regional council examined 137 patients who underwent hospital treatment. Research group were 107 patients with schizophrenia (F20). Among them - 55 women and 52 men. The average age in the group was  $46,33 \pm 1,36$  year old.

Comparison group consisted of 30 patients with schizoaffective disorder, mixed type (F25). Among them - 18 women and 12 men. The average age in the group was  $48,93 \pm 2,47$  y. o. Research methods: anamnestic, catamnestic, clinico-psychopathological, psychodiagnostic methods. In the result of the study the features of depressive symptoms in patients with schizophrenia. Marked dissociation between the detection rate of depressive phenomena according to clinical psychopathological and psychodiagnostic research that may indicate the phenomena of hypo - and overdiagnosis, due to the imperfection of diagnostic tools and the inherent ambivalence of schizophrenia mental processes. In general, according to clinical and psycho-diagnostic studies in  $\frac{1}{3}$  of patients with schizophrenia with a history of depressive and paradespressive circle, reaching to the level of clinically significant depressive and requiring specific correction.

To examine the personality characteristics of patients with schizophrenia have revealed the differences in the Genesis of depressive symptoms, of the diagnosed patients fully reflected in the three versions of the personality profiles of patients with schizophrenia with depressive phenomena in the structure of diseases: a nosodepressive (paradepressive), paranoide-neurotic (paranoide-dysphoric), sociogenic -neurotic (iatrogenic disorders).

**Keywords: depression, schizophrenia, psychopathogenesis, psychodiagnostics.**

**Актуальность исследования.** Последние десятилетия рядом исследователей отмечено наличие депрессивных включений в структуре шизофрении. Это может быть связано как с улучшением качества диагностики, так и с явлениями патоморфоза психических заболеваний [2].

Депрессивную составляющую клинической картины шизофрении чаще рассматривают как отягощающее обстоятельство, приводящее к ухудшению социальной адаптации больных, учащению регоспитализаций, повышению суицидального риска [2].

Однако, несмотря на значимую роль депрессивной симптоматики у больных шизофренией, до сих пор не установлены особенности ее структуры, этио- и психопатогенеза, которые бы позволили улучшить качество диагностики и терапии.

Остается дискуссионным вопрос клинко-психопатологического и этиопатогенетического наполнения введенной в МКБ-10 нозологической единицы «постшизофреническая депрессия», как нозологии, призванной вобрать в себя депрессивные явления у больных шизофренией [1 – 6].

Поэтому **целью исследования** стало установить особенности состояний и свойств личности больных шизофренией с депрессивной и парадепрессивной симптоматикой в структуре заболевания.

**Материалы и методы исследования.** На базе КУ «Областная клиническая психиатрическая больница» ЗОС, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, при условии информированного согласия, согласно поставленных задач было обследовано 137 больных, которые проходили стационарное лечение.

Основную группу (ОГ) составили 107 больных шизофренией (F20). Среди них – 55 женщин и 52 мужчины. Средний возраст в группе составил  $46,33 \pm 1,36$  год. Длительность заболевания на момент исследования составляла от 5 до 25 лет.

Группу сравнения (ГС) составили 30 больных шизоаффективным расстройством, смешанный тип (F25). Среди них – 18 женщин и 12 человек. Средний

возраст в группе составил  $48,93 \pm 2,47$  год. Длительность заболевания на момент исследования составляла от 5 до 18 лет.

**Методы исследования:** анамнестический, катamnестический, клинико-психопатологический, психодиагностический.

Критерии определения синдромов и симптомокомплексов соответствовали Международной классификации болезней 10 пересмотра (МКБ – 10). Для представления результатов клинико-психопатологического обследования в квантифицированном виде применялась Шкала оценки позитивных и негативных симптомов (The Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS, S. Kay, L. Opler, A. Fiszbein, 1990).

В рамках психодиагностического исследования, для установления степени выраженности депрессивной симптоматики использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaithe, 1983).

Для диагностики состояний и свойств личности использовался Фрайбургский личностный опросник (Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Freiburg Personality Inventory, FPI, J. Fahrenberg, R. Hampel, H. Selg, 1978).

Для статистической обработки полученных данных клинических и психодиагностических исследований использовались методы клинической, описательной и математической статистики (определение среднеарифметических значений и среднеарифметических отклонений по каждому из количественных показателей  $M (s)$ , стандартная ошибка среднего  $M \pm m$ , критерий углового преобразования Фишера  $\phi$ , метод ранговой корреляции Спирмена  $r_s$ , t-критерий Стьюдента с универсальным значением статистической вероятности  $p$  – для обработки результатов).

**Результаты исследования.** Проведенное исследование продемонстрировало явное различие в верификации депрессивной симптоматики у больных шизофренией по данным различных психометрических инструментов.

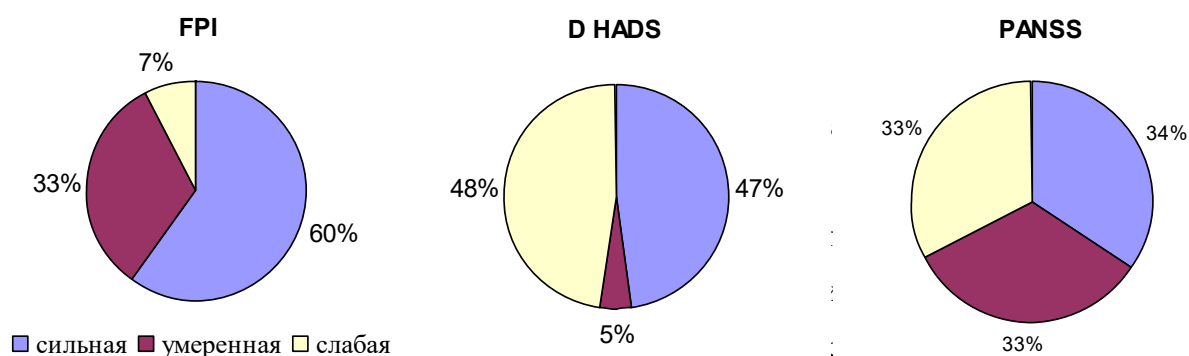
Так, согласно данным FPI, по шкале «депрессивность» высокие оценки, свидетельствующие о явно выраженных признаках депрессивного синдрома, выявлялись у 64 человек (59,81%) из ОГ, у 35 человек (32,71%) выявлялись средние оценки, у 8 человек (7,48%) – низкие оценки, свидетельствующие об отсутствии депрессивных явлений.

По данным субшкалы D HADS у 51 больного (47,66%) из ОГ не выявлялись достоверно выраженные признаки депрессивных симптомов. У 5 больных (4,67%) определялись депрессивные симптомы, которые достигали уровня субклинической депрессии. У 51 больного (47,66%) диагностируемая депрессивная симптоматика достигала клинического уровня (рис. 1).

По данным PANSS среди больных ОГ лишь у 37 человек (34,58%) диагностировалась сильная выраженность депрессивных проявлений, что соответствовало клиническим признакам депрессии, у 35 человек (32,71%) определялась умеренная выраженность депрессивных проявлений, и у 35 человек (32,71%) выявлялись слабо выраженные депрессивные признаки.

Условно за эталон нами взяты результаты PANSS, и завышенные данные по шкалам депрессии D HADS и FPI рассматривались как явления гипердиагностики.

В этом контексте обратили на себя внимания отдельные эпизоды гиподиагностики депрессии по данным клинко-психопатологического исследования, результаты которого квантифицировались с помощью шкалы PANSS. Так, у 4 пациентов (3,74%), у которых по данным PANSS диагностировалась сильная выраженность депрессивных явлений, по данным D HADS не выявлялись признаки клинически выраженной депрессии вовсе.



данным психодиагностического исследования, определялись средние и низкие оценки, свидетельствующие об отсутствии депрессии.

С одной стороны, причина подобных расхождений может объясняться явлениями гипердиагностики в контексте клинко-психопатологического исследования. Явления скудности мимических проявлений, бездеятельность, апатичность, а, значит, безрадостность больных, характерные для шизофрении, могут вводить в заблуждение врача и квалифицироваться как симптомы депрессии.

С другой стороны, характерный для шизофрении схизис и анозогнозия, могут не позволять пациентам верно оценивать собственное психическое состояние, в т.ч., в случае присоединения к клинической картине депрессивных явлений. Такие больные в психодиагностических тестах оценивают свое состояние как удовлетворительное, в то время, как врачом визуализируются явные клинические проявления депрессии. В этом контексте можно говорить о феномене «анозогнозической депрессии» у больных шизофренией.

В целом усредненный профиль личности пациентов ОГ от ГС отличали достоверно более низкие оценки по шкалам V (общительность) ( $t_{ЭМП} = 2.6, p \leq 0.05$ ), VII (реактивная агрессивность) ( $t_{ЭМП} = 3.4, p \leq 0.01$ ), XII (маскулинность – фемининность) ( $t_{ЭМП} = 3.7, p \leq 0.01$ ) (рис. 2).

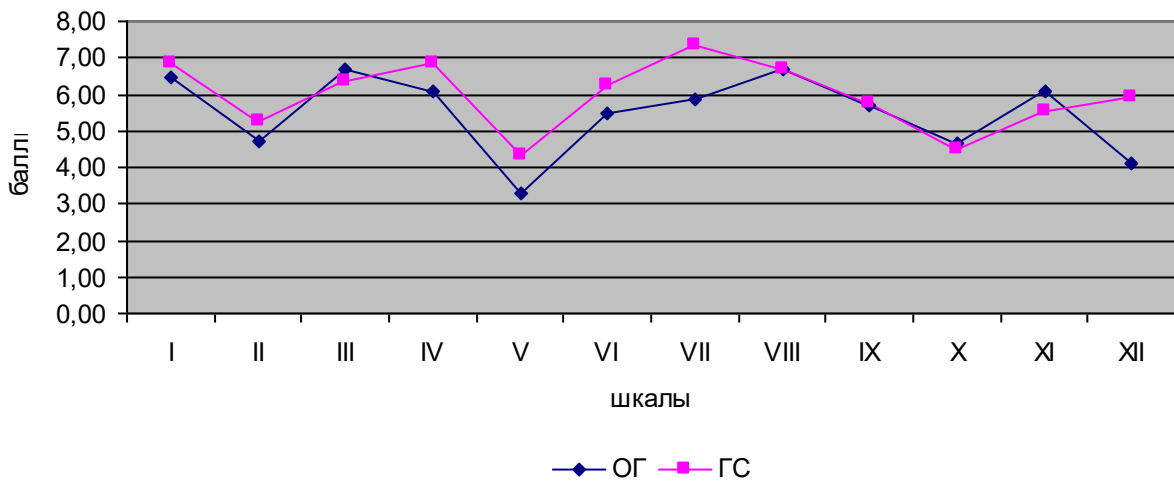


Рис. 2. Личностный профиль пациентов по данным FPI.

В целом же, для пациентов ОГ было характерно наличие присущего для шизофрении схизиса, – что в профиле личности нашло отражение в явлениях амбивалентности, выражающейся в двойственности самооценки пациентов в вопросах эмоциональной неустойчивости и уравновешенности, что подтверждалось сочетанием пиков на шкалах IV (раздражительность), VII (реактивная агрессивность) и незначительного подъема на шкале VI (уравновешенности), – а также аутизации и социальной изоляции, что подтверждалось подъемом на шкале VIII (застенчивость) и снижением на шкале V (общительность). О высокой невротизации свидетельствовало повышение на шкале I (невротичность), что было так же свойственно и для ГС; ее триггером у пациентов выступал нозогенный компонент, в т.ч. реакция на фабулу

галлюцинаторно-бредовых переживаний; осознание факта наличия заболевания, сути и последствий неадекватного поведения во время заболевания; интрагоспитальная психотравматизация в т.ч. конфликтогенная; ятрогении; социальная депривация и стигматизация; госпитализм; семейная дезадаптация.

Пациенты ГС, в отличие от больных ОГ, отличались более выраженной раздражительностью, импульсивностью, эмоциональной лабильностью, что обуславливалось нестабильностью эмоциональной сферы; сочетание подъемов на шкалах на шкалах IV, VII и VI у них обуславливалось не явлениями амбивалентности, а эмоциональной неустойчивостью. Также в профиле личности ГС обращает на себя внимание понижение на шкале V (общительность), причина которого, в отличие от ОГ, лежала не в аутистических и апато-абулических явлениях, а в брадифрени и аутоизоляции, характерной для эндогенных депрессий.

При этом профили личности для пациентов ОГ с депрессивными явлениями, достигающими до уровня депрессии и без депрессии (по данным PANSS), достоверно отличались (рис. 3).

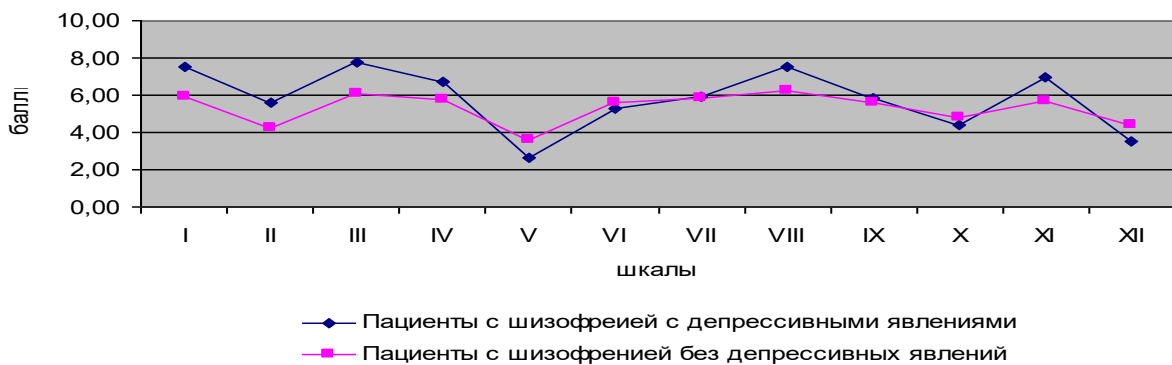


Рис. 3. Личностный профиль пациентов с шизофренией с депрессивными явлениями и без депрессии по данным FPI.

Так, для пациентов ОГ с депрессивными явлениями было характерно наличие пиков на шкалах I (невротичность), III (депрессивность), IV (раздражительность), VIII (застенчивость), XI (эмоциональная лабильность), что достоверно отличалось от группы пациентов с шизофренией без депрессивных включений.

Таким образом, усредненный личностный профиль пациентов ОГ с депрессивными явлениями в клинической картине заболевания свидетельствовал о

менее выраженных дефицитарных явлениях в эмоциональной сфере на фоне повышенной предрасположенности к невротическому реагированию, повышенной тревожности, ранимости, выступающие предрасполагающим / отягощающим фактором в этиологии депрессивной симптоматики.

Стало возможным выделить несколько вариантов профилей личности для пациентов ОГ с депрессивными явлениями в структуре заболевания. Особенности профилей позволяют судить об этиопсихопатогенезе депрессивных феноменов у больных шизофренией (рис. 4).

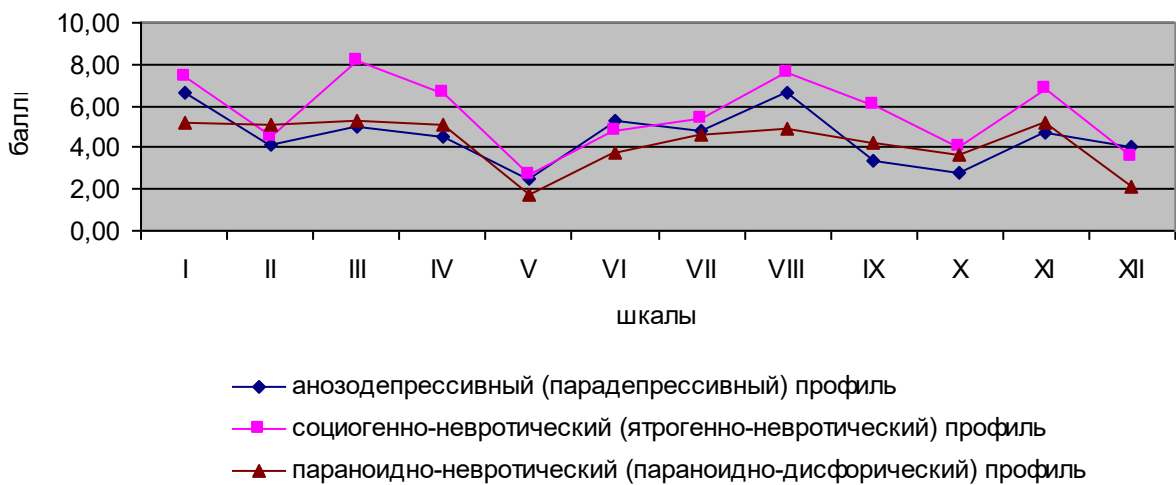


Рис. 4. Варианты личностных профилей пациентов с шизофренией с депрессивными явлениями по данным FPI.

а) анозодепрессивный (парадепрессивный) (6 чел. – 5,61%) – доминирует негативная симптоматика

Для него был характерен незначительный подъем по шкале I и VII шкалам, а также снижение по IX и X шкалам

б) параноидно-невротический (параноидно-дисфорический) – доминируют явления схизиса, амбитендентности

Для него было характерно выраженное снижение по V и XII шкалам при относительной нормативности оценок других шкал.

Нахождение баллов по шкале депрессивности в пределах средних значений свидетельствует о парадепрессивном характере переживаний, основа которых лежит в галлюцинаторно-бредовой фабуле.



в) социогенно-невротический (ятрогенно-невротический) – доминирует невротическая симптоматика

Данный вариант профиля характеризовался выраженными подъемами по шкалам I (невротичность) III (депрессивность) IV (раздражительность) VIII (застенчивость) XI (эмоциональная лабильность)

**Выводы.** В результате исследования были установлены особенности депрессивной симптоматики у больных шизофренией. Отмечена диссоциация между выявляемостью депрессивных феноменов по данным клинико-психопатологического и психодиагностического исследований, что может свидетельствовать о явлениях гипо- и гипердиагностики, обусловленных как несовершенством диагностического инструментария, так и присущей шизофрении амбивалентности психических процессов.

В целом, по данным клинико-психодиагностического исследования у  $\frac{1}{3}$  больных шизофренией диагностировалась симптоматика депрессивного и парадепрессивного круга, достигающая до уровня клинически выраженной депрессии и требующая специфической коррекции.

Изучение личностных особенностей больных шизофренией позволили установить различия в генезе депрессивной симптоматики, диагностируемой у пациентов, в полной мере нашедшие отражение в трех вариантах профилей личности больных шизофренией с депрессивными явлениями в структуре заболевания: анозодепрессивный (парадепрессивный), параноидно-невротический (параноидно-дисфорический), социогенно-невротический (ятрогенно-невротический).

### References

1. Jung W.Y., Kim S.G., Lee J.S., Kang D.H., Jung B.J., Shin D.H., Lee Y.M., Choi S.H. (2015) Open prospective study of ziprasidone in patients with schizophrenia with depressive symptoms: a multicenter study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 69(1), 43-48.
2. Samsom, J.N., Wong, A.H. (2015). Schizophrenia and Depression Co-Morbidity: What We have Learned from Animal Models. *Front Psychiatry*, (18), 6-13.
3. Snaith R P., Hamilton M., Morley S., Humayan A., Hargreaves D., Trigwell P. (1995) A scale for the assessment of hedonic tone the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *British Journal of Psychiatry*, 167(1), 99-103.

4. Naidu K., van Staden W.C., van der Linde M. (2014) Severity of psychotic episodes in predicting concurrent depressive and anxiety features in acute phase schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 14, 166.

5. Wysokiński A. (2015) Serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and neurotrophin-3 (NT-3) in depressed patients with schizophrenia. *Nord J Psychiatry*, 7, 1–5.

6. Anticevic A., Schleifer C., Youngsun T.C. (2015) Emotional and cognitive dysregulation in schizophrenia and depression: understanding common and distinct behavioral and neural mechanisms. *Dialogues Clin. Neurosci*, 17(4), 421–34.