

# **КЛИНИЧЕСКИЙ ЗНАЧИМЫЕ КОМПОНЕНТЫ ПОСТШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

**Каримова Нафисахон, 505- группа медико-педагогического и лечебного  
факультета**

**Научный руководитель: Мухторов Б.О.**

**ТашПМИ, кафедра Психиатрии, наркологии, детской психиатрии,  
медицинской психологии и психотерапии**

**Актуальность.** Проблема так называемой постшизофренической депрессии (ПШД), впервые обозначенной этим термином в 10 пересмотре МКБ (1994) в разделе "Шизофрения", в настоящее время становится все более актуальной. Объем и содержание ПШД как самостоятельной диагностической категории и психопатологически, и клинически остаются неясными, а их нозологическая оценка является дискуссионной. Разрешение этих вопросов тесным образом связано с уточнением клиникопсихопатологического содержания шизофрении как нозологической единицы и совершенствованием ее систематики.

**Цель работы.** Выявить клинически значимые компоненты постшизофренической депрессии у больных параноидной шизофренией.

**Материал и методы исследования.** В ходе исследования было обследовано 54 больных эпизодической шизофренией, у которых в период обследования была диагностирована постшизофреническая депрессия (F20.4 МКБ-10). Средний возраст обследованных лиц составил во всей выборке  $36,1 \pm 1,0$  года. Исследование проводилось клиникопсихопатологическим и клиникокатамнестическим методами. Для стандартизированной оценки состояний постшизофренической депрессии, их структуры использовались психометрические методы анализа — шкала для оценки депрессий Гамильтона (HAMD) (21 признак) и подраздел шкалы позитивных и негативных симптомов (PANSS), содержащий 7 признаков негативных расстройств.

**Результаты.** Установлено, что для постшизофренической депрессии характерной являлась стертость тимического компонента, признаков витальности и суточного ритма, преобладание апатии, безразличия и дисфорического настроения. В большинстве случаев депрессивная симптоматика развивалась аутохтонно, однако у 25% больных были выявлены предшествовавшие развитию депрессивного состояния психогении. Психотравмирующие факторы, отражавшиеся в структуре депрессивных переживаний, были отмечены в 11% случаев у больных с атипичными подтипами депрессий в виде астено-депрессивных и истеро-депрессивных состояний. Наиболее часто встречались сочетания семейных конфликтов, конфликтов в профессиональной сфере и материальнобытовых трудностей (61,0% случаев). Семейные проблемы доминировали у 17,0% пациентов. Проявления идеаторных нарушений колебались от снижения интеллектуальной продуктивности, концентрации внимания до отчетливых расстройств мышления с элементами деперсонализации. Такие симптомы как ангедония, анэргия, эмоциональная безучастность, социальная отгороженность, безволие, нарушения мышления в одних случаях по своей природе являлись производными депрессии и их правомерно было рассматривать как «вторичные» негативные расстройства. Наиболее чаще (68,5% - 37 больных) выявленная симптоматика соответствовала умеренной депрессии; тяжелой - в 27,8 % случаев (15 больных), легкой - в 3,7 % (2 больных).

**Выводы.** В структуре постшизофренической депрессии выявлено 6 компонентов депрессивного синдрома: апатический, тревожный, простая депрессия, астенический, адинамический и дисфорический. Клиническая картина постшизофренических депрессий чаще соответствовала умеренной тяжести расстройства; тяжелые депрессии отмечены в 27,8 %, легкие депрессии — в 3,7%.

### **Список литературы:**

1. Волков, Сергей Каренович. "Вертебрально-базилярная недостаточность: клинические и диагностические аспекты." Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика 2 (2010): 33-39.
2. Блинов, Д. В. "Пациенты с неврологическими расстройствами: обоснование необходимости фармакоэкономической оценки оптимизации затрат на ведение с использованием нейроспецифических белков в качестве маркеров повышения проницаемости гематоэнцефалического барьера." ФАРМАКОЭКОНОМИКА. Современная фармакоэкономика и фармакоэпидемиология 7.1 (2014): 40-45.