

УДК 616.895.8–07–085

ДЕПРЕССИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОПЫТ И ПОДХОДЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Г. Э. Мазо^{1,2}, С. Е. Горбачев²

¹Санкт-Петербургский НИПНИ им. В. М. Бехтерева, ²СПбГУ

Несмотря на то, что проблема депрессии при шизофрении является одной из актуальных в современной психиатрии, в настоящее время отсутствует общепринятый подход, как к концептуализации основных теоретических положений, так и к разработке практических рекомендаций по оптимизации терапевтических подходов [2]. С противоречиями можно столкнуться при анализе большинства вопросов, относящихся к этой теме. Так, частота выявления депрессивных симптомов при шизофрении в сообщениях различных исследователей колеблется от 7% до 70% [15, 24]. Вероятно, это связано с несовершенством современных диагностических подходов, позволяющих в рамках шизофрении согласно МКБ-10, учитывать только постшизофреническую депрессию. Большинство авторов рассматривают наличие депрессии как неблагоприятный прогностический фактор, усиливающий субъективное страдание, причиняемое заболеванием, снижающий качество жизни, усугубляющий нарушения в психосоциальном функционировании, и, кроме того, напрямую связанный с высоким риском суицида у данной категории пациентов [6, 7, 9–11, 19, 20]. Хотя существует и другая точка зрения, согласно которой депрессия может свидетельствовать о благоприятном течении шизофренического процесса [25]. Именно поэтому интерес представляет позиция практических врачей-психиатров, анализ которой позволит более точно вскрыть существующие проблемы и, возможно, наметить пути к их разрешению для улучшения качества диагностики и терапевтических подходов у этой группы пациентов.

Целью данного исследования и являлось изучение отношения врачей-психиатров к проблеме диагностики и лечения депрессивных нарушений у больных шизофренией.

Материал исследования

Врачам-психиатрам было предложено заполнить специально разработанный нами оригинальный вопросник по проблеме депрессии у больных шизофренией. Он состоял из 21 вопроса, которые были посвящены наиболее важным, на наш взгляд, и про-

тиворечивым аспектам данной проблемы. Вопросник предлагалось заполнить практикующим врачам-психиатрам в различных регионах России. Исследование проводилось при поддержке компании Lundbeck.

Всего в окончательную обработку вошли 591 заполненный врачами вопросник. В ходе обработки результатов был проведен дифференцированный анализ подхода к диагностике и лечению депрессивных нарушений при шизофрении врачей, работающих в психиатрических стационарах, и врачей амбулаторной психиатрической службы. Примерно половина врачей, приславших заполненные вопросники (49%) работали в стационарах, 51% – в амбулаторных учреждениях. Кроме того, нам представлялось интересным выявить различия в подходах к диагностике и лечению шизофрении в зависимости от опыта работы респондентов с больными шизофренией. Все респонденты были разделены на 3 группы: 1) с опытом работы от 1 до 5 лет (21% респондентов), 2) с опытом работы от 5 до 10 лет (35%) и 3) с опытом работы более 10 лет (44%).

Все врачи, принявшие участие в опросе, имели опыт лечения пациентов, страдающих шизофренией. У врачей, работающих в стационарах, доля пациентов с шизофренией составила 55%, а у врачей амбулаторного звена – 49%.

Распространенность депрессивных симптомов

Распространенность депрессивных проявлений при шизофрении была оценена респондентами достаточно высоко. Легкая депрессия или отдельные депрессивные симптомы отмечались врачами в 34% случаев. Приблизительно такой же оказалась частота средней по выраженности депрессии (31% случаев). Наконец, тяжелые депрессивные нарушения имели место у четверти пациентов (25%). Врачи, работающие в амбулаторной и стационарной службах, при этом, оценили частоту встречаемости депрессивных симптомов той или иной степени выраженности одинаково. Врачи, имеющие больший опыт работы, оценивают распространенность тяжелой и средней депрессии у больных шизофренией более высоко, чем их коллеги, имею-

шие опыт работы менее 5 лет. Так, по оценке врачей с опытом работы до 5 лет, тяжелая депрессия встречается в 21,3% случаев, средняя депрессия – в 27,7% случаев. В группе врачей с опытом работы от 5 до 10 лет оценки распространенности тяжелой и средней депрессии – 26,0% и 31,6% соответственно. Наконец, врачи с опытом работы >10 лет выявляют депрессию еще чаще – в 26,9% и 31,9% случаев для тяжелой и средней депрессии. Значимых различий в оценке распространенности легкой депрессии между специалистами с разным опытом работы не выявлено.

Отчетливая тенденция к более частой диагностике тяжелой и средней депрессии с ростом опыта работы представлена на рис. 1.

Особый интерес представляет то, как специалистами расценивается распространенность депрессивных нарушений на различных этапах течения шизофрении. Мы просили респондентов указать период шизофрении, на котором депрессивные нарушения встречаются наиболее часто, при этом можно было указать несколько периодов (рис. 2). Максимальное количество респондентов указало на распространенность депрессивных нарушений после окончания острого приступа (61% респондентов), на этапе преморбид (52%), а также в рам-

ках острого приступа (45%). На преобладание депрессивных нарушений при манифесте заболевания указало 39% респондентов, а на этапе купирования приступа – 34%. При этом на распространенность депрессивных нарушений на этапе ремиссии было указано только в 27% анкет.

При анализе результатов были выявлены значимые различия между специалистами амбулаторного и стационарного звена (рис. 3). Так, острый приступ как этап шизофрении, наиболее характерный для развития депрессивных нарушений, отметили 51,6% врачей, работающих в стационаре, и только 39,5% работающих в амбулаторной службе.

Аналогично, на возможность развития депрессивных нарушений на этапе купирования острого приступа указали 38,8% врачей, работающих в стационаре, и только 29,9% работающих в амбулаторной службе. В то же время специалисты амбулаторного звена чаще отмечали возможность развития депрессивных нарушений на этапе ремиссии (34,2% против 20,2% работающих в стационаре).

Также нами были выявлены достоверные различия в оценке возможности развития депрессивных нарушений на этапе острого приступа и этапе купирования острого приступа в зависимости от опыта работы (рис. 4).

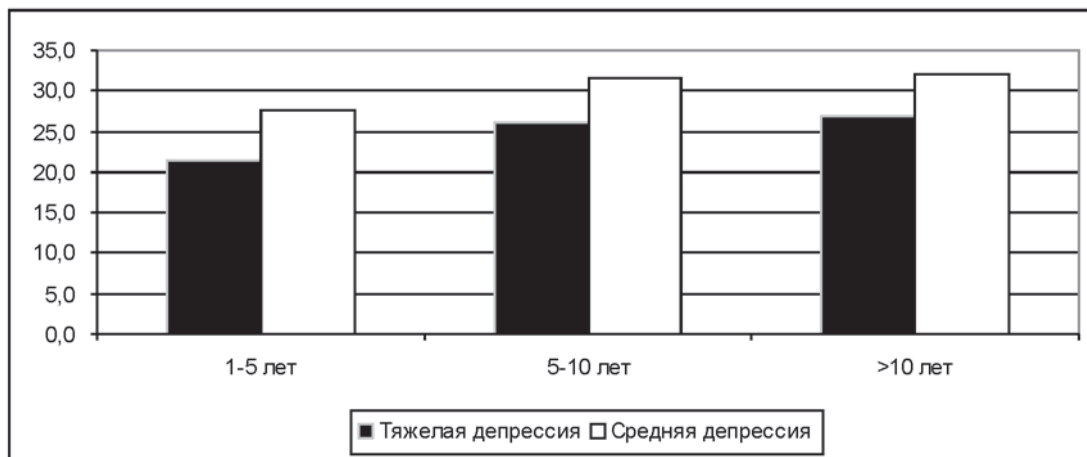


Рис. 1. Оценка распространенности тяжелой и средней депрессии

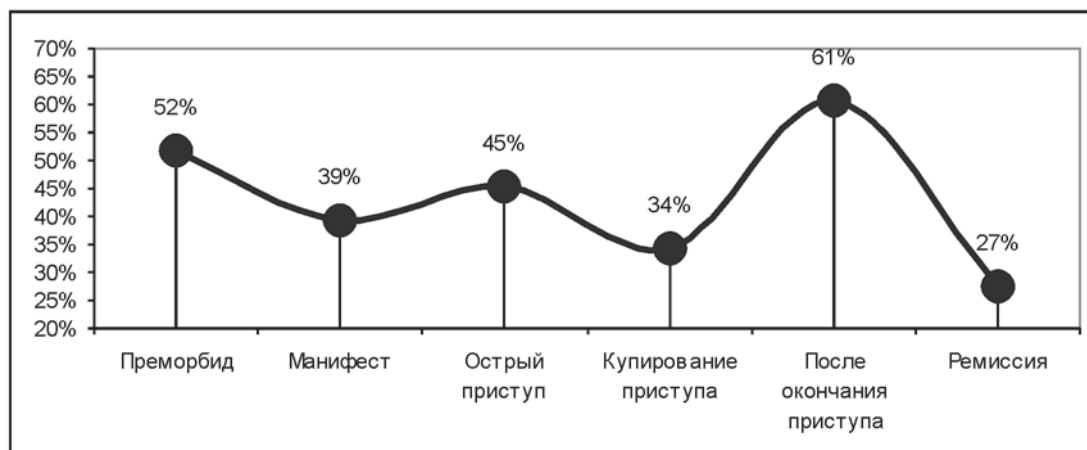


Рис. 2. Этапы шизофрении, на которых депрессивные нарушения встречаются наиболее часто

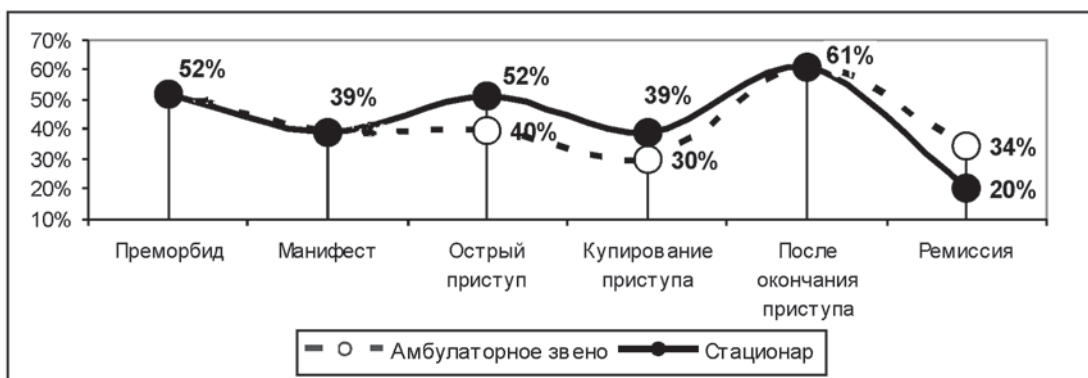


Рис. 3. Различия в оценке этапов шизофрении как наиболее характерных для развития депрессивных нарушений у врачей амбулаторного и стационарного звена

Оценка врачами того, как влияет развитие депрессивной симптоматики на течение заболевания, в целом соответствует литературным данным. 61% респондентов считали, что депрессивная симптоматика ухудшает течение заболевания, 89% указали на увеличение риска суицида, 35% респондентов – на ухудшение общего прогноза. В то же время 14% специалистов отметили, что депрессивная симптоматика может свидетельствовать о благоприятном течении заболевания.

При анализе оценки воздействия депрессивной симптоматики на течение также был выявлен ряд достоверных различий между группами респондентов.

Среди специалистов, работающих в амбулаторной службе, 40,9% считает, что присоединение депрессивной симптоматики ухудшает прогноз заболевания, 92,0% – опасаются увеличения риска суицида, и только 10,6% считают, что развитие депрессии может свидетельствовать о благоприятном прогнозе. В то же время специалисты стацио-

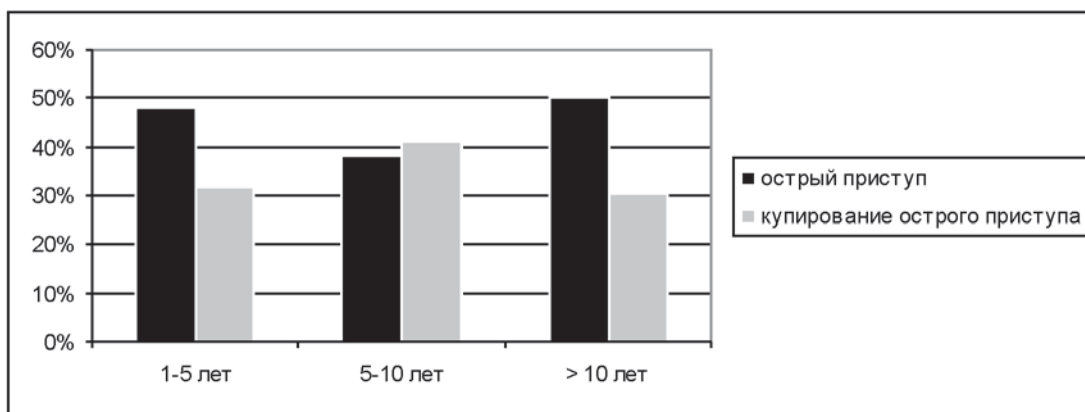


Рис. 4. Различия в оценке возможности развития депрессивных нарушений на этапе острого приступа и на этапе купирования острого приступа у специалистов с разным опытом работы



Рис. 5. Различия в оценке влияния депрессии на прогноз

нарной службы оценивают влияние депрессивной симптоматики на прогноз более благоприятно. Так, лишь 28,2% респондентов считают, что присоединение депрессии ухудшает прогноз, меньшее количество респондентов (86,3%) опасается повышения риска суицида, относительно высок процент врачей, отмечающих положительное влияние на прогноз. Различий в оценке влияния депрессии на течение заболевания не выявлено.

Не менее интересные различия наблюдались при анализе оценок влияния депрессивной симптоматики на течение и прогноз заболевания в зависимости от опыта работы респондентов. Среди специалистов с опытом работы до 5 лет 58,3% респондентов считают, что депрессия ухудшает течение заболевания. В группе специалистов с опытом от 5 до 10 лет число отметивших ухудшение течения шизофрении в связи с развитием депрессии возрастает до 71,2%. Среди врачей с опытом более 10 лет так считает лишь 55,4% респондентов.

Аналогичным образом, процент респондентов, отметивших, что депрессия ухудшает прогноз заболевания, значительно больше среди врачей с опытом от 1 до 5 лет (42,9%) по сравнению с группой специалистов с опытом более 10 лет, где так считает лишь 27,7% респондентов. Достоверных различий для группы специалистов с опытом работы от 1 до 5 лет в данном случае выявить не удалось.

Закономерно, что число респондентов, считающих, что развитие депрессии свидетельствует о

благоприятном течении заболевания, значительно выше среди врачей с опытом работы более 10 лет (20,8%), в то время как среди врачей с меньшим опытом работы так считает значительно меньшее число респондентов (9,4% и 7,3 % для врачей с опытом от 1 до 5 и от 5 до 10 лет соответственно).

Существенных различий в оценке влияния на риск суицида в зависимости от стажа работы не выявлено.

Подходы к диагностике

Большая часть специалистов при диагностике депрессивных симптомов опирается на клинические данные (отметили 67%) и диагностические критерии МКБ-10 (68%). Только 12% применяли в работе какие-либо психометрические шкалы.

Специалисты, работающие в стационарах, достоверно чаще, чем специалисты амбулаторного звена применяют при диагностике депрессии метод структурированного интервью (42,6% против 34,2%).

Более опытные специалисты достоверно чаще опираются в диагностике на критерии МКБ-10 (71,5% врачей с опытом более 10 лет против 59,8% врачей с опытом от 1 до 5 лет). Также они чаще используют метод структурированного интервью (47,7% врачей с опытом более 10 лет против 30,7% врачей с опытом от 1 до 5 лет).

В литературе имеются указания на сложность диагностики депрессии при шизофрении и на

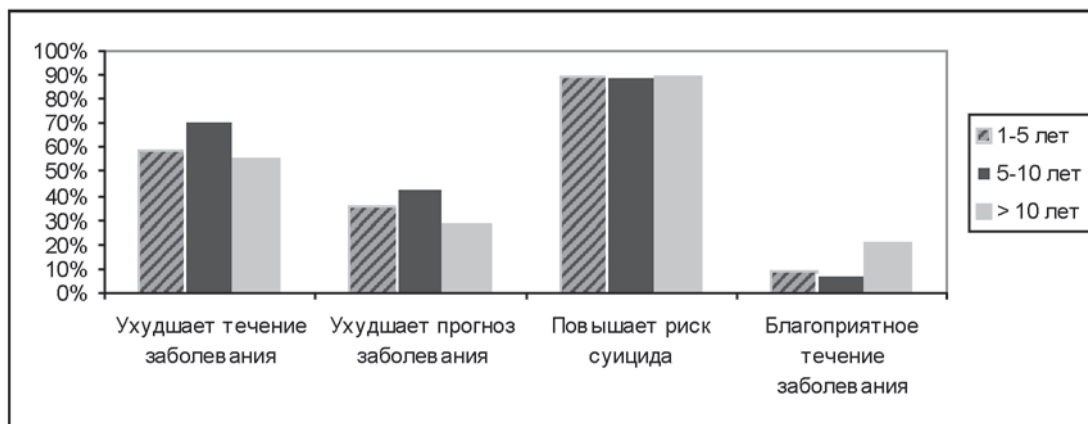


Рис. 6. Различия в оценке прогноза в зависимости от опыта работы

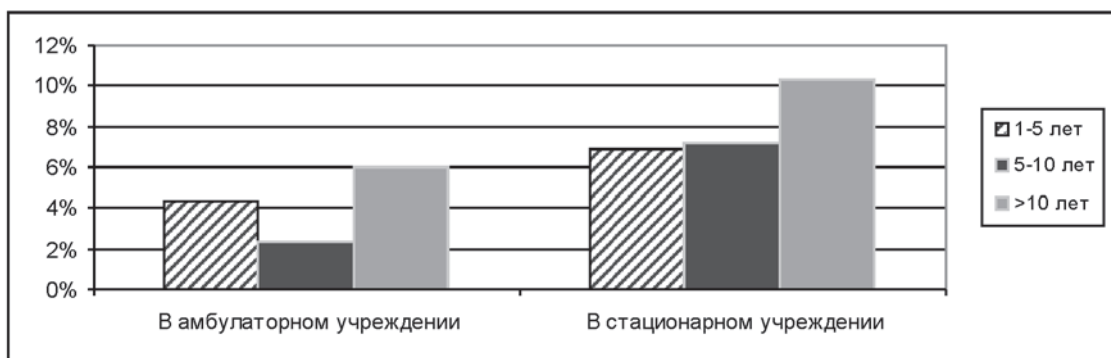


Рис. 7. Увеличение числа врачей, отмечающих сложность диагностики депрессии в зависимости от опыта работы

необходимость разграничения депрессивных и негативных проявлений [8, 13, 14, 16–18, 21, 26]. Учитывая это, в анкету нами был включен пункт о том, представляет ли выявление депрессивных симптомов у пациентов с шизофренией определенную сложность, или нет. Оказалось, что для подавляющего числа врачей (82% респондентов) выявление депрессии при шизофрении не представляет сложности. На наличие диагностических сложностей указало лишь 18% респондентов. При этом из специалистов амбулаторного звена на сложности в диагностике указало лишь 12%, в то время как из врачей, работающих в стационарах, на сложности в диагностике указало в 2 раза большее число респондентов (24%).

Интерес может представлять следующий график (рис. 7), который указывает на различия в оценке сложности в диагностике депрессии при шизофрении в зависимости от стажа работы. Как видно из графика, доля врачей, отмечающих сложность диагностики депрессии при шизофрении, растет в группе со значительным опытом работы, как в амбулаторной, так и в стационарной службах.

Подходы к терапии

Основное внимание в вопроснике было уделено тактике лечения депрессивных нарушений и, в частности, вопросу применения антидепрессантов у данной категории больных шизофренией.

По данным опроса, комбинированная терапия антипсихотиком и антидепрессантом назначается почти половине (47%) всех больных шизофренией. При этом врачи с большим опытом работы назначают антидепрессанты достоверно чаще (41,0% пациентов у врачей с опытом от 1 до 5 лет, 46,5% – у врачей с опытом от 5 до 10 лет, и, наконец, 48,3% – у врачей с опытом более 10 лет).

Абсолютное большинство респондентов указало, что развитие депрессивных нарушений является показанием для изменения терапии (98%). Различий между врачами из стационаров и амбулаторного звена не выявлено. Также не выявлено различий в зависимости от опыта.

При уточнении вопроса об использовании антидепрессантов 99,7% опрошенных специалистов указали, что используют антидепрессанты для терапии больных шизофренией, причем именно для лечения депрессивных симптомов. Различий между врачами из стационаров и амбулаторного звена не выявлено. Среди врачей с опытом от 1 до 5 лет процент применяющих антидепрессанты оказался несколько ниже (97% против 100% у более опытных врачей).

Особенно для нас был интересен вопрос оценки врачами возможности использования антидепрессантов при остром приступе шизофрении. 73% респондентов указало на допустимость назначения антидепрессантов в острый период приступа. При этом среди врачей из стационаров процент считающих назначение антидепрессантов в период острого приступа оказался выше по сравнению с врачами амбулаторного звена (77,0% и 69,1% соответственно). Достоверных различий в зависимости от опыта не выявлено.

Как основные показания для назначения антидепрессантов были выделены суицидные мысли (90%), сниженное настроение (86%), тоска (83%), тревога (70%), в меньшей степени – ангедония (50%), ранние пробуждения (41%). Только 35% респондентов посчитали появление obsessions показанием для присоединения антидепрессантов. 14% респондентов отметили возможность назначения антидепрессантов для лечения негативных нарушений. Различий между врачами из стационаров и амбулаторного звена не выявлено. С увеличением опыта работы достоверно возрастает число респондентов, рассматривающих obsessions и негативные симптомы как показание для назначения антидепрессантов. Среди врачей с опытом от 1 до 5 лет obsessions и негативные симптомы рассматривают как показания для присоединения антидепрессантов только 25,2% и 7,1% соответственно, среди врачей с опытом от 5 до 10 лет – 34,2% и 14,6%, среди врачей с опытом более 10 лет – уже 41,2% и 15,8%.

Также мы попытались выявить основные факторы, ограничивающие использование антидепресс-

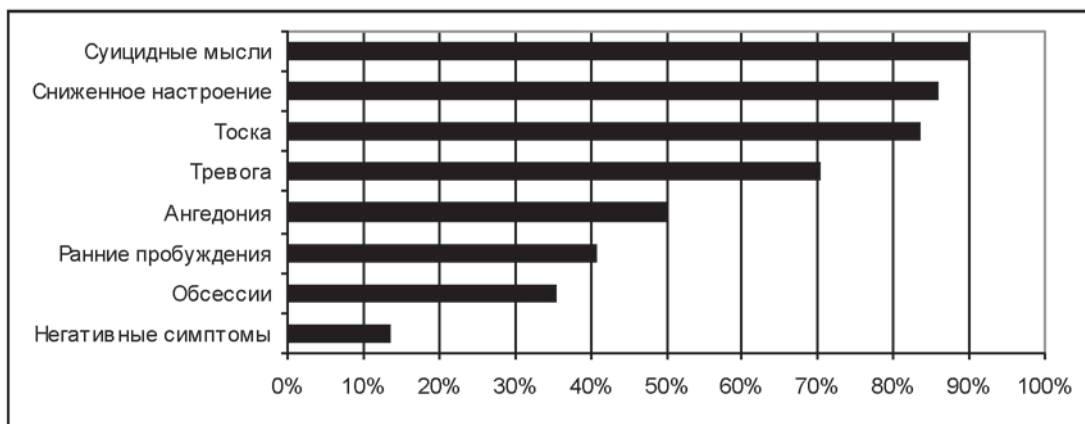


Рис. 8. Основные показания для назначения антидепрессантов

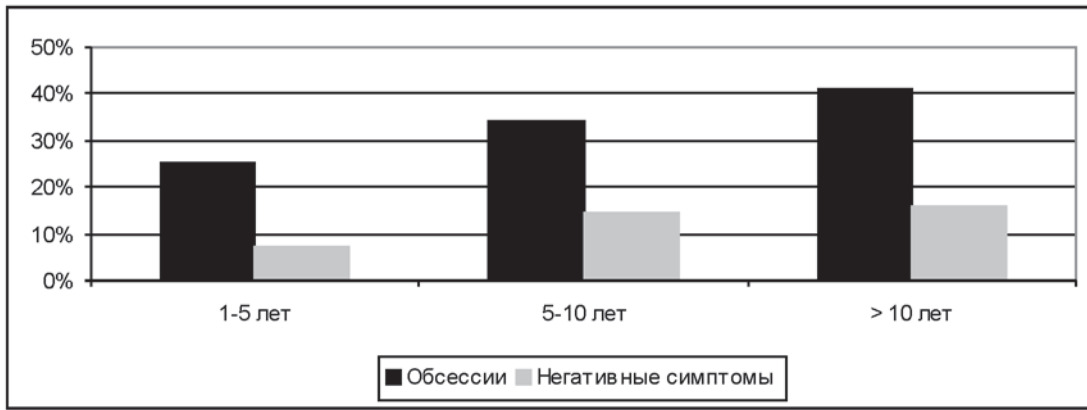


Рис. 9. Различия в оценке обсессий и негативных нарушений как показаний для назначения антидепрессантов

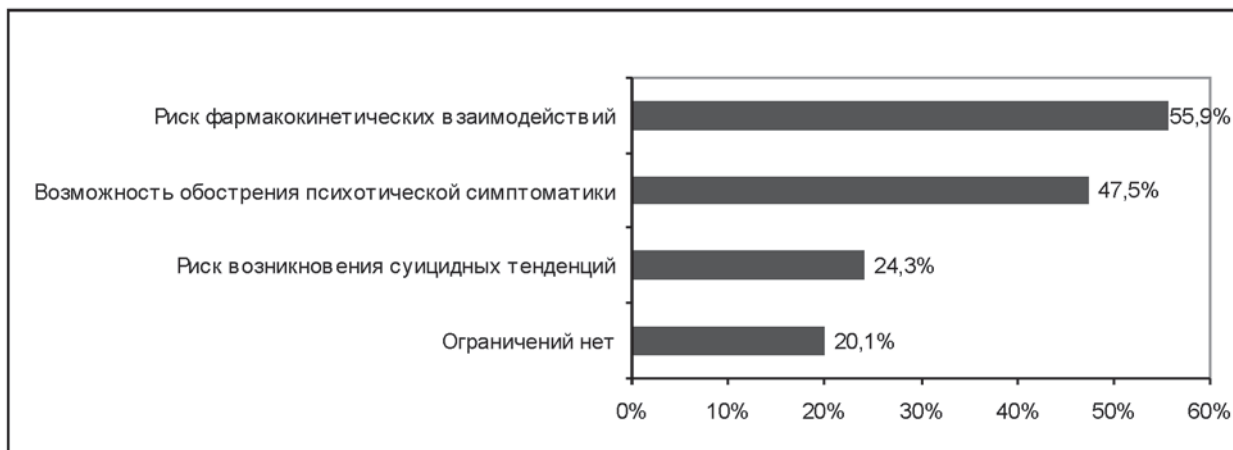


Рис. 10. Ограничения для назначения антидепрессантов

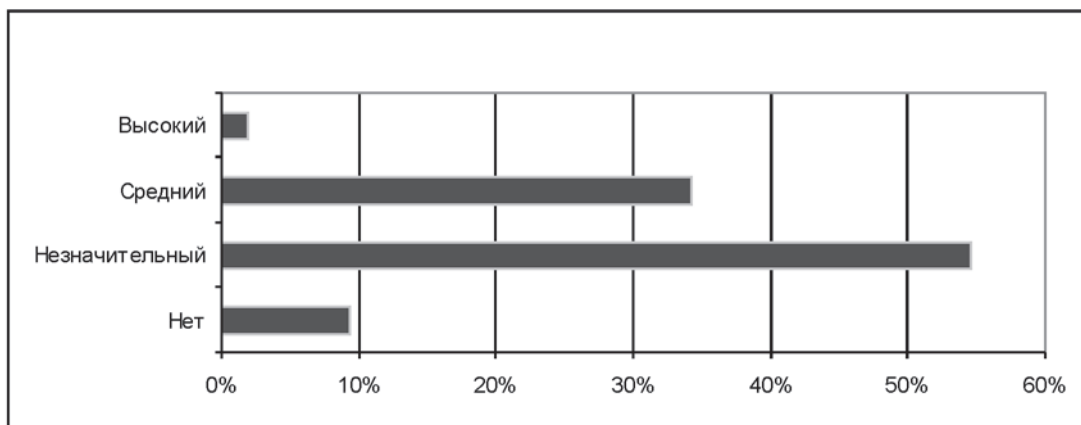


Рис. 11. Оценка риска обострения психотической симптоматики

сантов у пациентов с шизофренией. 56% респондентов указали на риск фармакокинетических взаимодействий, 47% – на возможность обострения психиатрической симптоматики, а 24% – на риск возникновения суицидных тенденций. В то же время, пятая часть опрошенных (20%) не нашла существенных ограничений для применения антидепрессантов. Достоверно больший процент врачей из стационаров, по сравнению с врачами амбулаторного звена, указал на риск фармакокинетических взаимодействий (60,5% против 51,5% соответ-

ственно). Различий между группами в зависимости от опыта не выявлено.

Также была проведена подробная оценка риска обострения острой психотической симптоматики в результате назначения антидепрессантов (рис. 11). Лишь 2% оценивают этот риск как высокий, и 34% – как средний. Более половины (55%) считают вероятность подобного обострения незначительной, а 9% – вообще не считают, что назначение антидепрессантов может привести к обострению психоза.

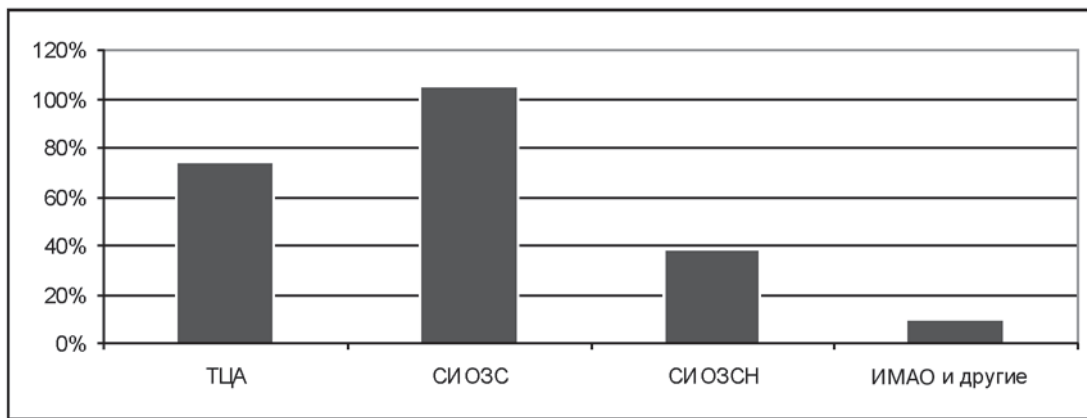


Рис. 12. Предпочтения по применению антидепрессантов

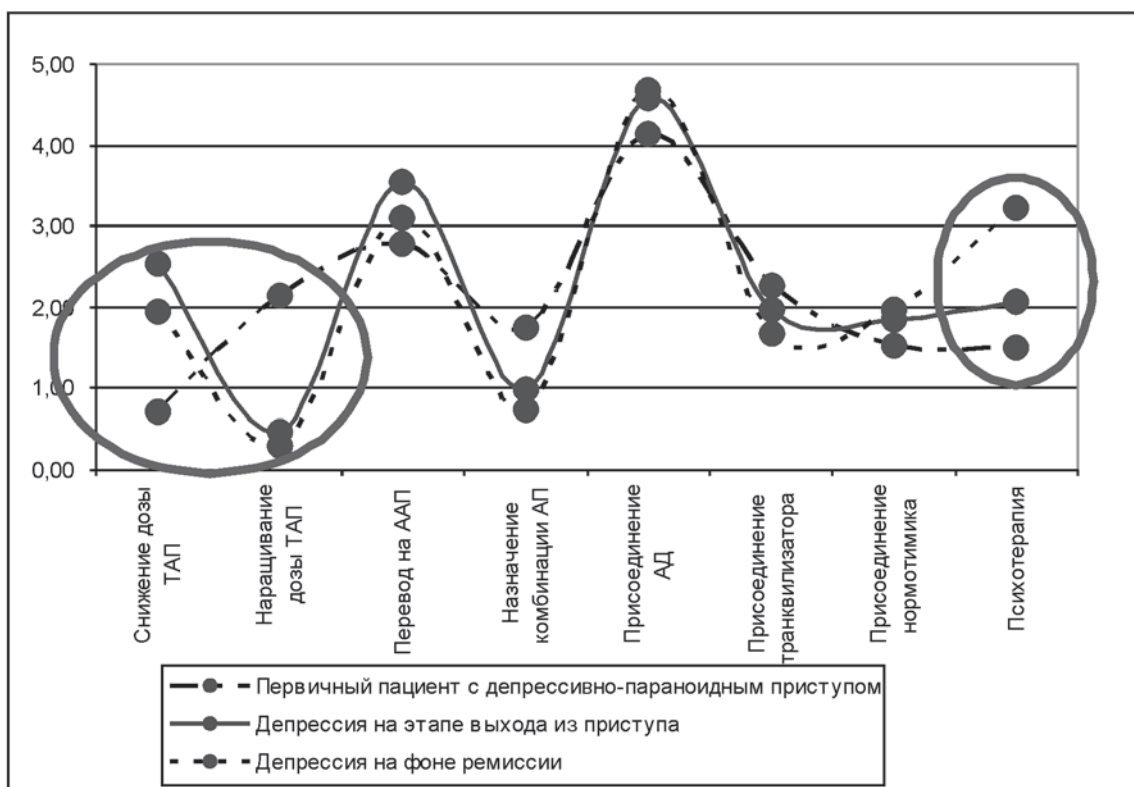


Рис. 13. Оценка методов терапии в различных клинических ситуациях

Примечания: ТАП – традиционный антипсихотик; ААП – атипичный антипсихотик; АД – антидепрессант.

Были обнаружены достоверные отличия в оценке риска обострения психотической симптоматики между исследуемыми группами респондентов. 50,1% врачей, работающих в стационаре, оценивают риск обострения психоза в результате назначения антидепрессантов как незначительный, а 39,5% – как средний. Среди врачей амбулаторного звена как незначительный риск оценивает несколько большая часть респондентов (58,8%), как средний, наоборот, несколько меньшая (29,2%).

Аналогичным образом тенденция к менее насто-роженному отношению к антидепрессантам как фактору риска обострения психоза прослеживается и с увеличением опыта респондентов. Так, как нез-

начительный оценивает риск обострения психоза 44,9% респондентов с опытом от 1 до 5 лет и по 57% респондентов с опытом от 5 до 10 лет и более 10 лет, как средний риск оценивают 45,7%, 31,7% и 30,8% респондентов в соответствующих группах.

Мы просили наших респондентов указать препараты, которые они считают предпочтительными для назначения при терапии депрессии у пациентов с шизофренией. Учитывая, что исследование проводилось при поддержке компании Lundbeck, мы посчитали корректным не проводить анализ предпочтений врачей в назначении конкретных препаратов, а рассмотреть частоту использования антидепрессантов различных групп. Наиболее часто

нашими респондентами назывались различные препараты группы СИОЗС – в 102% случаев (процент может быть более 100, так как респонденты могли отмечать до 3 различных препаратов), затем трициклические антидепрессанты (74%) и антидепрессанты группы СИОЗСН (38%). Антидепрессанты, принадлежащие к другим классам, были упомянуты в 10% случаев. Выявленные предпочтения к назначению антидепрессантов оказались одинаковыми у врачей амбулаторного и стационарного звена.

В опросник были включены 3 клинические задачи, моделирующие появление депрессии на различных этапах заболевания. В первом случае речь шла о депрессии в рамках острого депрессивно-параноидного приступа у первичного пациента. Во втором случае – о депрессии, развивающейся у пациента на этапе выхода из приступа на фоне терапии традиционными нейролептиками. В третьей задаче описывалась депрессия, развивающаяся на фоне длительной медикаментозной ремиссии. Респондентам было предложено оценить важность применения той или иной терапевтической методики по бальной шкале (5 – наиболее важно, 1 – наименее важно, 0 – ненужные действия).

При оценке всех 3 клинических ситуаций наши респонденты назвали присоединение к терапии антидепрессанта наиболее важным действием. На втором месте по значимости во всех трех случаях оказался перевод на атипичные нейролептики. Снижение дозы традиционного антипсихотика оценивалось как потенциально полезное действие в случае депрессии на этапе выхода из приступа и на фоне ремиссии, но не в случае депрессии в рамках острого депрессивно-параноидного приступа, когда, наоборот, рядом респондентов целесообразной тактикой было названо наращивание дозировки традиционного нейролептика. В зависимости от клинического случая находилась оценка целесообразности применения психотерапии (оценена как важное действие при депрессии на фоне ремиссии, как наименее важное, но не ненужное – при депрессии на фоне острого приступа и на фоне выхода из приступа).

Значимых различий в оценке терапевтических действий между группами респондентов по опыту и характеру работы выявлено не было.

Обсуждение

Распространенность депрессивных нарушений оценивалась респондентами широко, на уровне максимальных оценок по литературным данным. При этом вряд ли речь идет о гипердиагностике, поскольку опытные врачи диагностируют депрессию у больных шизофренией чаще.

По оценке наших респондентов развитие депрессии возможно на любом этапе заболевания, но наиболее характерно развитие депрессии после окончания острого приступа, на этапе преморбиды, а также в рамках острого приступа. Регистрация мак-

симального определения депрессии после перенесенного острого приступа объяснима тем, что в МКБ-10 указана постшизофреническая депрессия и понятна настороженность врачей к выявлению этих нарушений. Интересно, что второй по представленности депрессии период шизофрении – это преморбидный этап. На это указывается и в литературных источниках. Как известно, врачи редко осматривают пациентов на столь раннем этапе болезни. Поэтому эти данные могут свидетельствовать о внимательном сборе анамнеза, включающего и беседу с близкими пациента. Выявленные различия между специалистами амбулаторного и стационарного звена представляются закономерными. Врачи стационарного звена, более половины которых (51,6%) указало на острый приступ как на этап шизофрении, наиболее характерный для развития депрессивных нарушений, значительно чаще, чем врачи амбулаторной службы наблюдают пациентов с острым приступом. Возможно также, что при наличии депрессии наблюдаются более тяжелые приступы, чаще требующие стационарного лечения. Аналогичным образом можно объяснить и различия между группами респондентов в оценке возможности развития депрессии на этапе купирования острого приступа. В то же время врачи амбулаторной службы, чаще отмечавшие возможность развития депрессии на этапе ремиссии, соответственно чаще наблюдают подобных пациентов в повседневной практике. Интересно сравнить результаты с данными, полученными S.G.Sirris и D.D.Addington из опроса американских и австралийских психиатров. Так, на преморбид и манифест заболевания в американском исследовании указали только 25% респондентов (в сравнении с 52% и 39% у нас). При этом около 40% американских специалистов считают, что наиболее часто депрессия встречается на этапе ремиссии (*chronic stable schizophrenia*) (в сравнении с 27% в нашем исследовании) [5, 23].

Оценка нашими респондентами влияния депрессии на течение и прогноз заболевания соответствует литературным данным. Выявляется преобладание оценки депрессии как фактора, неблагоприятно влияющего на течение и прогноз заболевания, фактора, обуславливающего развитие суицидальных тенденций. Лишь незначительная часть респондентов отмечает благоприятное влияние депрессии на течение заболевания. В то же время тот факт, что благоприятно оценивают влияние депрессии респонденты, имеющие значительный опыт работы, не позволяет рассматривать это как ошибочное наблюдение, а подтверждает указания на возможность различных вариантов взаимодействия депрессии и шизофрении. Учитывая это, возможно предположить, что наличие депрессии у больных шизофренией на различных этапах течения шизофренического процесса имеет различное прогностическое значение для течения заболевания в целом. Отдельные указания на это имеются и в литературе. Так,

например, депрессии, формирующиеся на этапе становления ремиссии, рассматриваются как фактор риска рецидива психотического приступа и социальной дезадаптации. В то время как депрессии, развивающиеся в период стабилизации вне непосредственной связи с продуктивной симптоматикой, оценивают как фактор благоприятного прогноза – перехода заболевания преимущественно на аффективный уровень [4]. Существует и точка зрения, согласно которой прогностическое значение имеет не наличие депрессии у больных шизофренией, а ее психопатологическая структура [2].

Изучение терапевтических подходов, применяемых врачами для терапии пациентов с депрессией в структуре шизофрении, имеет важное значение. Это связано, в первую очередь, с тем, что существующие в настоящее время рекомендации не рассматривают добавление антидепрессантов к антипсихотикам как обоснованный терапевтический подход [1, 12, 22, 27]. Анализ ответов респондентов на вопросы по терапии депрессивных нарушений шизофрении продемонстрировал, что большинство врачей считает основным методом терапии присоединение к принимаемому антипсихотическому препарату антидепрессанта. Антидепрессанты применяются у большей части больных, их применение считается допустимым на всех этапах заболевания, в том числе на этапе острого приступа. Несмотря на осведомленность об основных рисках, связанных с сочетанным использованием антидепрессантов и антипсихотиков у больных шизофренией, абсолютное большинство респондентов оценивают эти риски как незначительные.

Анализ распределения применяемых антидепрессантов по классам показывает, что наиболее часто назначаются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина. В то же время трициклические антидепрессанты назначаются лишь немногим реже, несмотря на то, что в целом препараты этого класса обладают более широким спектром побочных эффектов и более опасны с точки зрения межлекарственного взаимодействия, а также на то, что все литературные указания на возможность обострения психоза связаны именно с трициклическими

антидепрессантами [12]. Также обращает внимание достаточно частое назначение относительно новых антидепрессантов двойного действия.

С увеличением опыта респондентов наблюдается отчетливая тенденция к более частому назначению антидепрессантов в составе комбинированной терапии, а также менее настороженное отношение к антидепрессантам как к факторам риска. Применение монотерапии атипичными антипсихотиками, то есть тактика, рассматриваемая в ряде литературных источников как альтернатива использованию антидепрессантов, особенно на этапе острого приступа [22, 27], оценивается большинством респондентов как менее эффективная. Это может быть частично обусловлено причинами экономического характера, ограничивающими широкое применение атипичных антипсихотиков, но также свидетельствует о недооценке антипсихотических свойств препаратов этого класса.

Таким образом, проведенное исследование продемонстрировало, что дискуссия в научной среде и неоднозначность и противоречивость во многих вопросах, касающихся депрессии при шизофрении, зеркально отражает реальную картину, сложившуюся в практическом здравоохранении. При этом особое внимание надо обратить на терапевтические подходы. Несмотря на то, что в научной литературе большое внимание уделяется обоснованию ограничений использования антидепрессантов у больных шизофренией, для практических врачей добавление антидепрессантов к антипсихотикам – основная стратегия ведения процессуальных пациентов с депрессией. Причем, этот подход признается врачами с различным опытом работы, врачами, которые лечат пациентов преимущественно с острыми состояниями в стационарных условиях, и врачами, наблюдающими пациентов в амбулаторных условиях в относительно стабильных состояниях. И хотя выбор практических врачей не может быть оценен с позиций доказательной медицины, но он подтверждается ежедневными клиническими наблюдениями. Это диктует необходимость дальнейших доказательных клинических исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрусенко М.П., Морозова М.А. Комбинированное использование антидепрессантов и нейролептиков при аффективных расстройствах и шизофрении: показания к назначению, побочные эффекты и осложнения // Психиатрия и психофармакотерапия. 2001. Т. 3, № 1.
2. Мазо Г.Э. Влияние депрессии на течение шизофрении // Материалы юбилейной научной сессии «Психоневрология в современном мире». СПб., 2007. С. 106.
3. Мазо Г.Э., Иванов М.В., Горбачев С.Е. Место современных антидепрессантов в лечении шизофрении: актуальный взгляд на проблему // Психиатрия и психофармакотерапия. 2007. Т. 9, № 6.
4. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
5. Addington D.D., Azorin J.M., Falloon I.R.H. et al. Clinical issues related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 105. P. 189–195.
6. Caldwell C.B., Gottesman I.I. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors for suicide // Schizophr. Bull. 1990. Vol. 16. P. 571–589.
7. Fenton W.S. Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia // Suicide Life Threat. Behav. 2000. Vol. 30. P. 34–49.
8. Goldman R.S., Tandon R., Liberzon I., Greden J.F. Measurement of depression and negative symptoms in schizophrenia // Psychopathology. 1992. Vol. 25. P. 49–56.
9. Hafner H., Loffler W., Maurer K. et al. Depression, negative symptoms, social stagnation and social decline in the early course of schizophrenia // Acta Psychiatr. Scand. 1999. Vol. 100. P. 105–118.
10. Harkavy-Friedman J.M., Restifo K., Malaspina D. et al. Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide // Am. J. Psychiatry. 1999. Vol. 156. P. 1276–1278.
11. Heila H., Isometsa E.T., Henriksson M.M. et al. Suicide and schizophrenia: a nationwide psychological autopsy study on age- and sex-specific clinical characteristics of 92 suicide victims with schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 1997. Vol. 154. P. 1235–1242.
12. Levinson D.F., Umaphathy C., Musthaq M. Treatment of schizoaffective disorder and schizophrenia with mood symptoms // Am. J. Psychiatry. 1999. Vol. 156, N 8. P. 1138–1148.

13. Lindenmayer J., Grochowski S., Kay S.R. Schizophrenic patients with depression: psychopathological profiles and the relationship with negative symptoms // *Compr. Psychiatry*. 1991. Vol. 32. P. 528–533.
14. Markou P. Depression in schizophrenia: a descriptive study // *Aust. N Z J. Psychiatry*. 1996. Vol. 30. P. 354–357.
15. McGlashan T.H., Carpenter W.T. Postpsychotic depression in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1976. Vol. 33. P. 231–239.
16. Newcomer J.W., Faustman W.O., Yeh W., Csernansky J.G. Distinguishing depression and negative symptoms in unmedicated patients with schizophrenia // *Psychiatry Res*. 1990. Vol. 31. P. 243–250.
17. Norman R., Malla A.K. Correlations over time between dysphoric mood and symptomatology in schizophrenia // *Compr. Psychiatry*. 1994. Vol. 35. P. 34–38.
18. Prosser E.S., Csernansky J.G., Kaplan J. et al. Depression, parkinsonian symptoms, and negative symptoms in schizophrenics treated with neuroleptics // *J. Nerv. Ment. Dis*. 1987. Vol. 175. P. 100–105.
19. Roy A., Thompson R., Kennedy S. Depression in chronic schizophrenia // *Br. J. Psychiatry*. 1983. Vol. 142. P. 465–470.
20. Sands J.R., Harrow M. Depression during the longitudinal course of schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1999. Vol. 25. P. 157–171.
21. Siris S.G., Adan F., Cohen M. et al. Post psychotic depression and negative symptoms: an investigation of syndromal overlap // *Am. J. Psychiatry*. 1988. Vol. 145. P. 1532–1537.
22. Siris S.G. Depression in schizophrenia: Perspective in the era of “atypical” antipsychotic agents // *Am. J. Psychiatry*. 2000. Vol. 157. P. 1379–1389.
23. Siris S.G. Depression in schizophrenia: recognition and management in the USA // *Schizophr. Res*. 2001. Vol. 47, N 2–3. P. 185–197.
24. Siris S.G. Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: implications for DSM-IV // *Schizophr. Bull.* 1991. Vol. 17. P. 75–98.
25. Stephens J.H., Astrup C., Mangrum J.C. Prognostic factors in recovered and deteriorated schizophrenics // *Am. J. Psychiatry*. 1966. Vol. 122, N 10. P. 1116–1121.
26. Tapp A., Kilzieh N., Wood A.E. et al. Depression in patients with schizophrenia during an acute psychotic episode // *Compr. Psychiatry*. 2001. Vol. 42, Suppl. 4. P. 314–318.
27. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review // *Med*. 2003. Vol. 33, N 4. P. 589–99. Comment in: *Evid. Based Ment. Health*. 2003. Vol. 6, N 4. P. 113.

ДЕПРЕССИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: ОПЫТ И ПОДХОДЫ ПРАКТИЧЕСКИХ ВРАЧЕЙ К ДИАГНОСТИКЕ И ТЕРАПИИ

Г. Э. Мазо, С. Е. Горбачев

Авторами проведено исследование отношения российских врачей психиатров, работающих как в стационарах, так и в амбулаторной сети, к проблеме диагностики и лечения депрессии у больных шизофренией. Проанализированы ответы врачей из разных регионов России на анкету из 21 вопроса, касающегося наиболее важных и противоречивых аспектов данной проблемы. Результаты исследования показали некоторые различия в подходах к диагностике, прогнозу и терапии депрессий в зависимости от стажа и места работы респон-

дентов. Установлено, что, несмотря на обоснование ограничений применения антидепрессантов при шизофрении в научной литературе, прибавление антидепрессантов к антипсихотикам является основной стратегией для всех практических врачей. Этот выбор не может быть оценен с позиций доказательной медицины, но он подтвержден ежедневными клиническими наблюдениями.

Ключевые слова: шизофрения, депрессия, диагностика и терапия.

DEPRESSION IN SCHIZOPHRENIA: EXPERIENCES AND APPROACHES TO DIAGNOSIS AND TREATMENT IN PSYCHIATRIC PRACTICE

G. E. Mazo, S. E. Gorbachyov

The authors have investigated the attitude of Russian psychiatrists, both in in- and out-patient facilities, to the issue of diagnosis and treatment of depression in schizophrenic patients by means of an inquiry. They analyzed the answers of doctors from different regions of the country to 21 questions on this subject. The results show certain differences in approaches towards diagnosis, prognosis and treatment of depression, which depend on professional experience and the place of work of respondents.

It has been found that despite recommended in scientific papers restricted use of antidepressants in schizophrenia, all practicing doctors choose for adding antidepressants to antipsychotics. This choice cannot be evaluated within evidence-based framework, but it is supported by daily clinical practice.

Key words: schizophrenia, depression, diagnosis and treatment.

Мазо Галина Элевна – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения биологической терапии психически больных Санкт-Петербургского НИПНИ им. В.М.Бехтерева, профессор кафедры психиатрии Санкт-Петербургского Государственного Университета; e-mail: galina_mazo@yandex.ru

Горбачев Сергей Евгеньевич – аспирант кафедры психиатрии Санкт-Петербургского Государственного Университета; e-mail: gorbach@bk.ru