

# ПОСТПРИСТУПНАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Паляева

*Оренбургский государственный медицинский университет  
Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1*

Психологическая адаптация включает в себя комплекс защитных образований: копинг [19, 21, 33, 41], психологическую защиту [7, 8, 13, 27], а также, в случае уже развившегося заболевания, внутреннюю картину болезни [12, 25, 26], частью которой является самостигматизация [23]. Существенное влияние на механизмы психологической адаптации оказывают некоторые личностные характеристики пациентов, в числе которых одно из важных значений имеет перфекционизм [32]. Таким образом, формируемое в рамках биопсихосоциальной модели целостное понимание болезни связано с представлением о комплексе компенсаторно-адаптационных реакций организма, а не только его адаптации к изменившимся условиям среды [18].

В последнее время изучению перфекционизма, особенно в соотношении перфекционизм–депрессия, посвящено значительное количество публикаций. Детальный и исчерпывающий анализ данной проблемы приводится в фундаментальном обзоре Н.Г.Гаранян [15], в котором, тем не менее, не освещена проблема перфекционизма при постприступной депрессии в рамках первого эпизода шизофрении. В обзоре Н.Г.Гаранян [15] указывается на тесную связь перфекционизма с риском возникновения депрессивного расстройства, а также на связь перфекционизма с успешностью или неуспешностью лечения депрессии.

В самом общем виде перфекционизм обозначает стремление предъявлять к себе высокие требования и следовать самым высоким стандартам. В отечественной клинической психологии разработан оригинальный опросник и сформулированы предположения о структуре перфекционизма, которые включают такие характеристики, как завышенный уровень притязаний, поляризованная оценка собственной деятельности, преимущественная сосредоточенность на неудачах и ошибках [16]. Патологический перфекционизм, с точки зрения Н.Г.Гаранян [17], характеризуется сочетанием высоких стандартов и типичных для расстройств аффективного спектра когнитивных искажений в виде поляризованного

мышления, негативного селектирования, восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания, завышенные притязания и требования к себе, высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс самых успешных.

Нами проведено эмпирическое исследование структуры перфекционизма у 245 больных шизофренией с постприступной депрессией при первом психотическом эпизоде (ППЭ) болезни. В числе обследованных 162 (66,1%) женщины и 83 (33,9%) мужчины.

Депрессивная симптоматика развивалась на этапе купирования основных психотических симптомов первого эпизода шизофрении с параллельным формированием критики к перенесенному состоянию (постпсихотические депрессии), либо в период стабилизации состояния и ремиссии (постшизофреническая депрессия). С учётом формализованной оценки по МКБ-10 аффективные расстройства отвечали критериям депрессивного эпизода различного уровня в сочетании с резидуальной симптоматикой перенесенного шизофренического приступа – F20.4 «Постшизофреническая депрессия». Помимо клинко-психопатологической оценки депрессивного синдрома его верификация дополнена проводимой врачом оценкой депрессии по шкале Калгари (CDSS), разработанной специалистами отдела психиатрии Футхиллского госпиталя (г.Калгари, Канада) – [36]. Этот стандартизированный объективный клинический инструмент отличается высокой чувствительностью и позволяет оценить выраженность депрессий, формирующихся при шизофрении. Основной задачей исследователей являлась дифференциация собственно депрессивных расстройств от негативной симптоматики и проявлений экстрапирамидного синдрома. Русскоязычная версия шкалы предложена самими разработчиками и содержит инструкцию об обязательном соответствии первого вопроса в каждом пункте тексту перевода [22, 36]. Средний балл по шкале CDSS в исследуемых группах больных при квантифицированной оценке составил  $7,6 \pm 1,6$ , что соответствует наличию депрессивного эпизода.

Кроме того, проведено исследование психопатологии наблюдаемой депрессии с помощью симптоматической шкалы самоотчёта SCL-90-R.

Общей особенностью депрессивного синдрома, сформированного после психотического приступа шизофрении, являлся его атипичность. В отличие от классического депрессивного синдрома у больных шизофренией «выпадали» те или иные симптомы типичной депрессивной триады. Гипотимный аффект отличался меньшей субъективной насыщенностью переживаний, большей формализованностью субъективной оценки отношения к изменению настроения. В эмоционально-мимической составляющей депрессии отмечались сниженная эмотивность, признаки эмоциональной амбивалентности и диссоциации мимики, не всегда синтонные эмоциональному отреагированию с инверсией последнего, проявляющегося отсутствием проявлений сопереживания на беды близких. Атипичность депрессии проявлялась и несоответствием идеаторной и моторной симптоматики. Так, в части случаев депрессивного аффекта с выраженной идеаторной заторможенностью наблюдалось моторное возбуждение с невозможностью долгое время находиться на одном месте. При внешне демонстрируемой пациентом попой, мимикой, жестами попытке вступить в вербальный контакт (например, это наблюдалось в психообразовательных группах) проявлялись выраженные трудности организации экспрессивной речи, скорее всего, в силу сохраняющихся диссоциативных нарушений мышления. На фоне умеренного моторного возбуждения данные попытки вербализации с произнесением иногда первых слов каких-либо суждений наблюдались неоднократно в течение одного группового занятия. У других больных выявлялось сочетание при выраженном депрессивном аффекте моторной (телесной) заторможенности с несколько ускоренной или нормальной идеаторной речевой деятельностью; это выражалось в продолжительном речевом монологе независимо от наличия или отсутствия собеседников.

Описанные феномены атипичности депрессии у больных шизофренией, перенесших первый психотический эпизод, можно квалифицировать, с нашей точки зрения, как «дисгармоничность» депрессивной триады, а синдром определить как диссоциированную депрессию. В МКБ-10 термины «диссоциативное расстройство» и «конверсионное расстройство» отождествляются, в то время как в *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* («Руководство по диагностике и статистике психических расстройств») их значение дифференцируется. Конверсия предполагает замещение тревоги соматическими симптомами, которые часто напоминают соматическое или неврологическое заболевание (например, психогенный паралич). В связи с этим понятие «конверсионное расстройство» используется для определения тех психологически детерминированных состояний, которые проявляются соматическими симптомами. Конверсия (конверсионные симптомы) – выражение эмоционального

конфликта, что приводит чаще всего к тому, что болезненные проявления обычно развиваются в тесной связи с психологическим стрессом и проявляются внезапно. В основе конверсии, согласно А.Якубик [35] и В.Я.Семке [28], а также нашим данным [4, 5, 9, 10] всегда лежат бессознательные и непреднамеренные психические механизмы, больные не осознают, какая психологическая основа обуславливает их нарушения, и не могут управлять ими произвольно. По мнению Б.Д.Карвасарского [20], конверсионное расстройство чаще появляется в молодом возрасте, преимущественно у женщин, для которых характерны эмоциональная неустойчивость, повышенная демонстративность, стремление быть в центре внимания (пусть даже с помощью болезни), и диагноз конверсионного расстройства устанавливается только при отсутствии физических или неврологических нарушений или при отсутствии этиологической связи конверсии с имеющейся у больного физической или соматической патологией (исключение органического фактора в качестве этиологического для данного конверсионного расстройства).

Диссоциация (от латинского *dissociation* – разделение, разъединение) означает происхождение симптомов от нарушения взаимодействия между различными психическими функциями и проявляется такими психопатологическими состояниями как, например, психогенная амнезия, множественная личность, либо психотическая дезинтеграция мышления и эмоционально-волевых процессов при шизофрении.

Следовательно, диссоциация не является синонимом «конверсии» в строгом смысле этого слова и ассоциируется с распадом личности вследствие нарушения связности психических процессов, в то время как конверсия – изменение, превращение, замена одного другим, и в этом случае именно термин «диссоциация» наиболее полно характеризует содержание психопатологии постприступной депрессии при шизофрении.

Предположительно, это связано, с одной стороны, с сохранностью части незатронутых болезненным процессом мозговых структур, отвечающих за когнитивное функционирование и эмоциональность, с другой, сохраняющейся патологической активности мозговой деятельности. Кроме того не исключается и влияние проводимой терапии как биологической (фармакотерапия), так и психосоциальной (психотерапия, социотерапия).

Атипичность депрессии находила отражение и в других симптомах, свойственных этому синдрому, в частности, в витальных нарушениях (сон, аппетит, либидо) и нарушениях циркадных ритмов. Нарушения сна имели довольно разнообразный характер – от упорной продолжительной бессонницы, которая, нередко, не находила «напористого» страдальческого отражения в переживаниях («...сплю плохо» без активных попыток обратиться на данную проблему внимание врача), до повышенной сонливости с

инверсией ритма «сон–бодрствование»: днём сонливость, ночью отсутствие сна с некоторой активностью – частыми пробуждениями, переменной положением, «ворочаньем» в постели или хождением в пределах палаты. Несмотря на депрессивный аффект, у большинства пациентов оставался сохранным аппетит, при этом страдало, преимущественно, чувство насыщения пищей. Больные предпочитали богатую жирами и углеводами пищу, что могло быть обусловлено влиянием принятых в семье и социуме стереотипов в пищевых предпочтениях в случаях соматически ослабленных больных («...больной должен питаться усиленно с большим количеством жиров и сладостей»). Следствием этих установок являлось переедание с последующим быстрым набором пациентами веса. В этих случаях на психологических занятиях не только с больными, но и с их родственниками, рассматривались вопросы организации правильного питания больных с учётом наличия у ряда принимаемых препаратов побочных эффектов, ведущих к набору веса. В отношении изменений либидо особенно актуализировались переживания на полустационарных этапах (длительные лечебные отпуска) с пребыванием дома, когда предпринимались попытки возобновления сексуальных контактов. Многие пациенты сообщали об изменении ощущений, мотивации, влечения.

Нередко, довольно противоречивым являлся собственный взгляд пациентов на ближайший социальный прогноз после выписки из стационара. С одной стороны, сохранялась формальная декларация «сохранных» возможностей социального статуса с некоторой уверенностью к возвращению к прежней деятельности, с другой, особенно по мере формирования всё большей критичности в отношении перенесенного приступа с осознанием и обретением

нового опыта социальной коммуникации в условиях изменённой личности, формировался более стойкий депрессивный аффект. В этом случае несомненное значение имели реактивные механизмы, которые при взаимодействии с личностно-изменёнными структурами могли приводить к формированию расстройств, близких к механизмам посттравматического стресса. Именно на этом этапе исследуемая группа пациентов более чётко «распадалась» на различные по ведущему в клинической картине аффекту, по-видимому, определяя разновидность депрессивного типа реакции на перенесенный психоз.

С учётом ведущего аффекта, в том числе признаков позитивной и негативной аффективности по А.Б.Смулевичу [30], а также наличия различной сопутствующей аффекту симптоматики нами были установлены следующие депрессивные синдромы диссоциированной постприступной депрессии (ДПД) при первом эпизоде шизофрении: а) с признаками позитивной аффективности – тревожный, сензитивно-психастенический, деперсонализационно-ипохондрический, тоскливо-анергический; б) с признаками негативной аффективности – ангедонический, дистимно-апатический, дисфорический; в) формирующиеся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра – обсессивно-руминативный, агорафобоподобный, паранойяльно-символический (табл. 1).

Общей особенностью клиники ДПД с позитивной аффективностью являлось их развитие в период становления ремиссии после психотического приступа с достижением уровня тяжести аффекта, соответствующего большому депрессивному эпизоду. Эти данные созвучны с выделенными Т.МсGlashan и W.Carpenter [42] постпсихотическими депрессиями, перекрывающимися с манифестными проявлениями эндогенного процесса по типу единого психоза или «вскрывающи-

Таблица 1

**Клинические разновидности ДПД у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом**

Синдром	Абсолютное число больных	Соотношение по полу	
		Мужчины	Женщины
<b>Синдромы с признаками позитивной аффективности</b>			
Тревожный	35	10	25
Сензитивно-психастенический	34	14	20
Деперсонализационно-ипохондрический	23	4	19
Тоскливо-анергический	22	8	14
Всего:	114	36	78
<b>Синдромы с признаками негативной аффективности</b>			
Ангедонический	29	11	18
Дистимно-апатический	22	9	13
Дисфорический:	21	7	14
Всего:	72	27	45
<b>Синдромы, формирующиеся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра</b>			
Обсессивно-руминативный	25	6	19
Агорафобоподобный	18	7	11
Паранойяльно-символический	16	7	9
Всего:	59	20	39
Итого:	245	83	162

Примечания: ДПД – диссоциированная постприступная депрессия.

мися» депрессиями по A.Knights и S.R.Hirsch [40], когда депрессии определяют клиническую картину на этапах минимальной генерализации процесса и выступают на первый план в период обратного развития приступа по мере редукции продуктивной симптоматики. А.Б.Смулевич [29] соотносит данный тип депрессии к первому типу на постприступном этапе течения шизофрении, обозначая их как постпсихотические депрессии, дифференцируя от постшизофренических депрессий (второй тип), развивающихся по типу нажитой циклотимии. С точки зрения А.Б.Смулевича [29], данная дифференциация имеет свои отличительные признаки и позволяет не только определить характер манифестации депрессий в постпроцессуальном периоде шизофрении, но и возможность их течения на амбулаторном уровне (постгоспитальное течение).

В отличие от ДПД с позитивной аффективностью при преобладании в депрессии с негативной аффективностью её формирование соотносилось с периодом стабилизации процесса («амбулаторные» постшизофренические депрессии), депрессивный синдром редко достигал глубины психотического уровня, соотносясь чаще с циклотимическим или дистимным аффектом и, нередко, имея временную связь с триггерами (психогения, соматогения и др.). Депрессия манифестировала вне связи с активной психофармакотерапией, чаще у лиц, принимающих нерегулярно лекарства при отсутствии хорошей приверженности к психосоциальной и психотерапии – так называемые низкокомплаентные пациенты. Этому способствовали не только преобладание в клинике негативной симптоматики (как негативной аффективности, так и процессуальной с нейрокогнитивными симптомами

снижения), но и недоступность полноценной помощи, прежде всего, продолжительных психосоциальных мероприятий. Большинство пациентов со вторым типом ДПД проживали в сельских районах области, что осложняло возможности их регулярного наблюдения в отделении ППЭ и соответственно снижало интенсивность психосоциальной терапии не только с пациентами, но и с членами их семьи.

ДПД, формирующиеся за счёт психопатологии неаффективного регистра (третья разновидность ДПД), также как и ДПД второго вида развивались в период стабилизации процесса на позднем этапе ремиссии и были более тесно связаны, чем предыдущие две разновидности ДПД, с резидуальными псевдопсихопатическими/неврозоподобными состояниями. Также как и при ДПД с негативной аффективностью, уровень расстройств третьей разновидности ДПД достигал субпсихотического либо невротического.

Диагностическим инструментарием при исследовании перфекционизма послужил опросник, разработанный Н.Г.Гаранян и соавт. [17]. Опросник позволяет диагностировать пять разновидностей перфекционизма, которые, по мнению авторов методики, определяют его структуру: а) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); б) завышенные притязания и требования к себе; в) высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; г) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; д) поляризованное мышление – «все или ничего».

В табл. 2 приведены результаты исследования перфекционизма у больных постприступной депрес-

Таблица 2

Показатели перфекционизма у больных ДПД

Виды ДПД (количество чел.)	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
1 вид ДПД (114)	13,9±3,0	11,4±3,3	9,6±3,6	7,4±2,3	10,3±2,7	57,2±8,2
Тревожный вариант (35)	13,5±3,0	11,2±3,2	9,7±3,5	7,4±2,3	10,5±2,7	57,0±8,4
сензитивно-психастенический вариант (34)	14,2±2,8	11,7±3,5	9,6±4,3	7,4±2,4	10,7±2,7	58,1±8,3
деперсонализационно-ипохондрический вариант (23)	13,4±2,7	11,1±3,0	9,0±3,1	7,3±2,1	10,1±2,6	55,6±6,3
Тоскливо-анергический вариант (22)	14,3±3,4	11,6±4,1	10,1±3,4	7,5±2,6	10,0±2,7	58,1±9,7
2 вид ДПД (72)	12,2±3,2	12,1±4,0	10,0±3,0	6,3±2,1	9,6±2,9	54,7±8,1
Ангедонический вариант (29)	11,6±2,6	11,5±4,0	9,7±2,6	5,5±2,3	9,7±3,3	52,4±8,8
дистимно-апатический вариант (22)	12,8±4,2	12,6±4,1	11,0±3,1	6,7±2,0	9,6±2,3	57,1±7,7
Дисфорический вариант (21)	12,3±2,7	12,2±3,8	9,2±3,3	6,8±2,3	9,4±3,2	54,6±7,8
3 вид ДПД (59)	13,7±3,4	11,0±2,9	10,3±3,7	7,5±2,6	10,5±2,9	57,7±9,7
обсессивно-руминативный вариант (25)	13,4±3,2	11,6±3,1	10,0±3,8	7,8±2,2	10,4±2,7	57,9±7,9
Агорафобоподобный вариант (18)	14,0±3,0	11,4±3,4	10,7±3,8	7,3±2,4	10,7±3,0	59,3±9,0
паранойально-символический вариант (16)	13,6±4,1	10,1±2,3	10,1±3,5	7,3±3,3	10,4±3,0	55,9±12,2
Общий средний показатель	13,3±2,9	11,5±3,4	10,0±3,4	7,1±3,3	10,1±2,8	56,5±8,7
Здоровые испытуемые	11,0±5,2	10,7±4,0	9,1±3,7	4,3±2,7	7,5±2,9	47,7±13,7

Примечания: (здесь и далее в таблицах перфекционизма) 1 – восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими); 2 – завышенные притязания и требования к себе; 3 – высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных»; 4 – селектирование информации о собственных неудачах и ошибках; 5 – поляризованное мышление – «все или ничего»; 6 – общий показатель перфекционизма; ДПД – диссоциированная постприступная депрессия.

сией при первом эпизоде шизофрении с учётом выделенных нами клинических разновидностей ДПД.

Среди всех вариантов ДПД общий показатель перфекционизма распределился в следующей последовательности по убыванию: агорафобоподобный (59,3 балла), сензитивно-психастенический и тоскливо-анергический (по 58,1), обсессивно-руминативный (57,9), дистимно-апатический (57,1), тревожный (57,0), паранойяльно-символический (55,9), деперсонализационно-ипохондрический (55,6) и самый низкий дисфорический (54,6).

Анализируя структуру перфекционизма с присущим его вариантам определённому виду ДПД установлено, что восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (при постоянном сравнении себя с другими) более присуще больным с тоскливо-анергическим вариантом ДПД (14,3 б.), а также сензитивно-психастеническим (14,2 б.) и агорафобоподобными вариантами ДПД (14,0 б.); завышенные притязания и требования к себе более свойственны пациентам с дистимно-апатическим (12,6 б.) и дисфорическим вариантами ДПД (12,2 б.); высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» более характерны при дистимно-апатическом (11,0 б.) и агорафобоподобном (10,7 б.) вариантах ДПД; селективное информирование о собственных неудачах и ошибках присуще в большей мере для 3 разновидностей ДПД (баллы от 7,3 до 7,8) при ведущем обсессивно-руминативном варианте (7,8 б.) и варианту ДПД из 1 разновидности (от 7,3 до 7,5 б.), а именно тоскливо-анергическому варианту ДПД (7,5 б.); поляризованное мышление – «все или ничего» преобладает при вариантах ДПД с высоким уровнем тревоги: сензитивно-психастеническом (10,7 б.), агорафобоподобном (10,7 б.) и тревожном (10,5 б.).

В табл. 3 приведено сопоставление показателей перфекционизма больных и здоровых испытуемых. Статистический анализ с использованием непараметрических методов статистики (коэффициент Манн-Уитни) показал, что всем пациентам с постприступной депрессией при первом эпизоде шизофрении свойственны все пять разновидностей перфекционизма, выделенные [14].

Также в группе пациентов статистически достоверно превышение общего показателя перфекционизма. Данный анализ показывает, что у больных с диссоциированной постприступной депрессией структура перфекционизма является патологической

и может определять тяжесть депрессии и её неудовлетворительный прогноз. Соответственно можно говорить о личностном перфекционизме больных ДПД как «мишени», прежде всего, психотерапии и/или психологической коррекции.

Статистический анализ показал также и определённые различия структуры перфекционизма в группах больных ДПД с учётом признаков позитивной/негативной аффективности или ДПД, формирующихся за счёт психопатологии неаффективного регистра (табл. 4–6).

Сравнение показателей перфекционизма у больных ДПД с позитивной (1 разновидность) и негативной (2 разновидности) аффективностью (табл. 4) показало преобладание у больных с 1 разновидностью: восприятия других людей как делегирующих высокие ожидания при постоянном сравнении себя с другими (ср. 13,8 и 12,2 баллов соответственно при  $p < 0,0001$ ); селективного информирования о собственных неудачах и ошибках (ср. 7,4 и 6,3 б. соответственно при  $p < 0,0001$ ); поляризованного мышления (ср. 10,4 и 9,6 б. соответственно при  $p < 0,0001$ ). Отмечено превышение общего показателя перфекционизма также при первой разновидности ДПД в сравнении со второй разновидностью ДПД (ср. 57,3 и 54,5 соответственно при  $p < 0,0001$ ).

Напротив, больным ДПД с негативной аффективностью в сравнении с больными ДПД с позитивной аффективностью в проявлениях перфекционизма более свойственны завышенные притязания и требования к себе (ср. 12,0 и 11,4 б. соответственно при  $p = 0,003$ ), а также высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» (ср. 0,0 и 9,6 б. соответственно при  $p < 0,0001$ ).

Меньше статистически достоверных различий по сравнению с предыдущим сопоставлением различных разновидностей ДПД получено в сравнении ДПД с позитивной аффективностью (1 разновидность) и ДПД, формирующихся за счёт психопатологии неаффективного регистра (3 разновидности). В этом случае (табл. 5) больным с 1 видом ДПД больше присущи завышенные притязания и требования к себе (ср. 11,4 и 11,0 б. соответственно при  $p = 0,047$ ), а больным с 3 видом ДПД высокие стандарты деятельности при ориентации на полюс «самых успешных» (ср. 10,2 и 9,6 б. соответственно при  $p = 0,001$ ). Тем не менее, более высокий уровень общего показателя перфекционизма присущ пациентам с 3 видом ДПД (ср. 57,8 и 57,3 б. соответственно при  $p = 0,01$ ).

Таблица 3

Показатели перфекционизма у больных ДПД и здоровых испытуемых

Группы обследованных	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
Общий средний показатель	13,3±2,9	11,5±3,4	10,0±3,4	7,1±3,3	10,1±2,8	56,5±8,7
Здоровые испытуемые	11,0±5,2	10,7±4,0	9,1±3,7	4,3±2,7	7,5±2,9	47,7±13,7

Примечания: во всех случаях  $p < 0,0001$ .

**Сравнение показателей перфекционизма у больных ДПД с позитивной аффективностью (1 разновидность) и негативной аффективностью (2 разновидность)**

Разновидность ДПД (количество чел.)	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
1 вид ДПД (114)	13,8±0,4	11,4±0,3	9,6±0,4	7,4±0,1	10,4±0,3	57,3±1,0
Тревожный вариант (35)	13,5±3,0	11,2±3,2	9,7±3,5	7,4±2,3	10,5±2,7	57,0±8,4
сензитивно-психастенический вариант (34)	14,2±2,8	11,7±3,5	9,6±4,3	7,4±2,4	10,7±2,7	58,1±8,3
деперсонализационно-ипохондрический вариант (23)	13,4±2,7	11,1±3,0	9,0±3,1	7,3±2,1	10,1±2,6	55,6±6,3
Тоскливо-анергический вариант (22)	14,3±3,4	11,6±4,1	10,1±3,4	7,5±2,6	10,0±2,7	58,1±9,7
2 вид ДПД (72)	12,2±0,5	12,0±0,5	10,0±0,7	6,3±0,6	9,6±0,1	54,5±2,0
Ангедонический вариант (29)	11,6±2,6	11,5±4,0	9,7±2,6	5,5±2,3	9,7±3,3	52,4±8,8
дистимно-апатический вариант (22)	12,8±4,2	12,6±4,1	11,0±3,1	6,7±2,0	9,6±2,3	57,1±7,7
Дисфорический вариант (21)	12,3±2,7	12,2±3,8	9,2±3,3	6,8±2,3	9,4±3,2	54,6±7,8

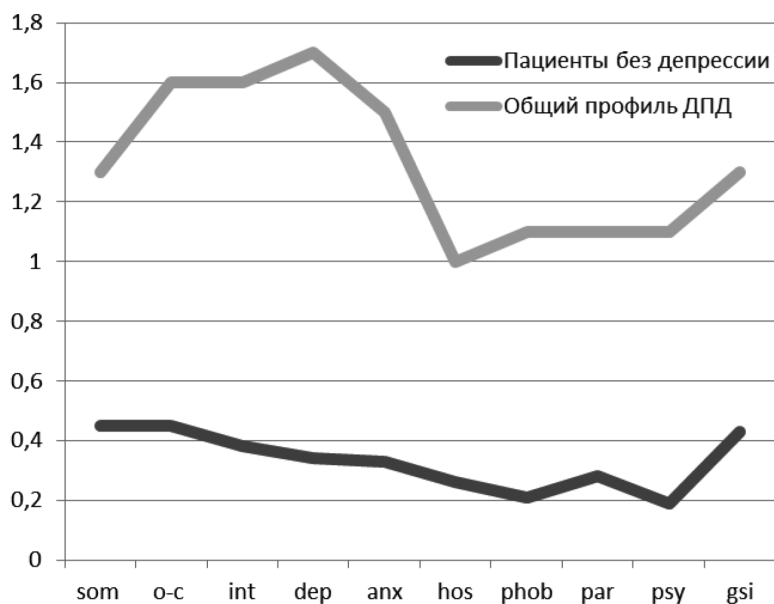
Статистический анализ сравнения данных при 2 и 3 разновидностях ДПД (табл. 6) показывает существенные в большей степени депрессивным пациентам с признаками негативной аффективности завышенные притязания и требования к себе (ср. 12,0 и 11,0 б. соответственно при  $p=0,01$ ). Напротив, пациентам с 3 разновидностью ДПД более свойственны: а) восприятие других людей как делегирующих высокие ожидания (ср. 13,6 и 12,2 б. соответственно при  $p<0,0001$ ); б) селектирование информации о собственных неудачах и ошибках (ср. 7,5 и 6,3 б. соответственно при  $p<0,0001$ ); в) поляризованное мышление – «все или ничего» (ср. 10,5 и 9,6 б. соответственно при  $p<0,0001$ ), при более высоком общем показателе перфекционизма (ср. 57,8 и 54,5 б. соответственно при  $p<0,0001$ ).

Следующим этапом исследования перфекционизма явилось сравнение групп больных с ППЭ на постприступном этапе с наличием депрессии и без

депрессии. Для решения данной задачи обследовано также 120 пациентов с ППЭ на постприступном этапе в их числе 78 женщин и 42 мужчины в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст 32,1±10,0 лет). Данная группа сравнения сопоставима по основным социально-демографическим показателям с группой больных ППЭ с ДПД. Напомним, что по шкале CDSS в группе больных ДПД показатель составил 7,6±1,6 (соответствует наличию депрессивного эпизода), в сравнимой группе больных на постприступном этапе ППЭ данный показатель составил 1,7±1,7, что объективизирует отсутствие депрессивного эпизода в этой группе пациентов. Клиническая картина группы сравнения преимущественно была представлена субпсихотическими расстройствами неаффективного регистра с резидуальными проявлениями перенесенного галлюцинаторно-параноидного психоза (преобладали больные с параноидной шизофренией – 96 чел. или 80%), либо негативной симптоматики с преи-

**Сравнение показателей перфекционизма у больных ДПД с позитивной аффективностью (1 разновидность) и ДПД, формирующейся за счёт психопатологии неаффективного регистра (3 разновидность)**

Разновидность ДПД (количество чел.)	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
1 вид ДПД (114)	13,8±0,4	11,4±0,3	9,6±0,4	7,4±0,1	10,4±0,3	57,3±1,0
тревожный вариант (35)	13,5±3,0	11,2±3,2	9,7±3,5	7,4±2,3	10,5±2,7	57,0±8,4
сензитивно-психастенический вариант (34)	14,2±2,8	11,7±3,5	9,6±4,3	7,4±2,4	10,7±2,7	58,1±8,3
деперсонализационно-ипохондрический вариант(23)	13,4±2,7	11,1±3,0	9,0±3,1	7,3±2,1	10,1±2,6	55,6±6,3
тоскливо-анергический вариант (22)	14,3±3,4	11,6±4,1	10,1±3,4	7,5±2,6	10,0±2,7	58,1±9,7
3 вид ДПД (59)	13,6±0,3	11,0±0,6	10,2±0,3	7,5±0,6	10,5±0,1	57,8±2,0
обсессивно-руминативный вариант (25)	13,4±3,2	11,6±3,1	10,0±3,8	7,8±2,2	10,4±2,7	57,9±7,9
агорафобоподобный вариант (18)	14,0±3,0	11,4±3,4	10,7±3,8	7,3±2,4	10,7±3,0	59,3±9,0
паранойально-символический вариант (16)	13,6±4,1	10,1±2,3	10,1±3,5	7,3±3,3	10,4±3,0	55,9±12,2



Особенности синдромального профиля больных с ППЭ без депрессии на постприступном этапе по данным формализованной оценки SCL-90R в сравнении с синдромальным профилем больных ДПД

мущественным нарушением мышления по диссоциативному типу, умеренным эмоционально-волевым снижением. В психическом статусе присутствовали чаще ситуационно обусловленные нестойкие аффективные симптомы с преобладанием ангедонии с соматизацией (рисунок). Незначительное повышение

по шкалам «соматизация» и «обсессивность–компульсивность» отражает возникающие побочные эффекты нейролептической терапии, преимущественно седации, либо акатизии, отдельные эквиваленты которой созвучны симптомам, входящим в показатель «обсессивность-компульсивность» опросника SCL 90-R (рисунок).

По всем факторам опросника перфекционизма (табл. 7) показатели в группе больных шизофренией без депрессии (III группа) статистически ниже как в сравнении с депрессивными пациентами, так и в сравнении со здоровыми испытуемыми, за исключением фактора «поляризованное мышление».

С нашей точки зрения в этом случае можно говорить о дефицитарности перфекционизма у пациентов III группы и деструктивности перфекционизма пациентов I группы, как разновидностей патологического перфекционизма. При этом мы опираемся на предположение [31, 34], что перфекционизм является важной индивидуальной чертой современного человека и может присутствовать в структуре разных личностных типов в норме. Согласно концепции Г.Аммона [1–3, 11, 37–39], дефицитарность той или иной функции приводит к большей социальной дезадаптации в сравнении с её деструктивностью. По неко-

Таблица 6

**Сравнение показателей перфекционизма у больных ДПД с негативной аффективностью (2 разновидность) и ДПД, формирующейся за счёт психопатологии неаффективного регистра (3 разновидность)**

Разновидность ДПД (количество чел.)	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
	1	2	3	4	5	6
2 вид ДПД (72)	12,2±0,5	12,0±0,5	10,0±0,7	6,3±0,6	9,6±0,1	54,5±2,0
ангедонический вариант (29)	11,6±2,6	11,5±4,0	9,7±2,6	5,5±2,3	9,7±3,3	52,4±8,8
дистимно-апатический вариант (22)	12,8±4,2	12,6±4,1	11,0±3,1	6,7±2,0	9,6±2,3	57,1±7,7
дисфорический вариант (21)	12,3±2,7	12,2±3,8	9,2±3,3	6,8±2,3	9,4±3,2	54,6±7,8
3 вид ДПД (59)	13,6±0,3	11,0±0,6	10,2±0,3	7,5±0,6	10,5±0,1	57,8±2,0
обсессивно-руминативный вариант (25)	13,4±3,2	11,6±3,1	10,0±3,8	7,8±2,2	10,4±2,7	57,9±7,9
агорафобоподобный вариант (18)	14,0±3,0	11,4±3,4	10,7±3,8	7,3±2,4	10,7±3,0	59,3±9,0
паранойально-символический вариант (16)	13,6±4,1	10,1±2,3	10,1±3,5	7,3±3,3	10,4±3,0	55,9±12,2

Таблица 7

**Показатели перфекционизма у больных ДПД, здоровых лиц и пациентов без депрессии**

№	Группы	Шкалы перфекционизма (M±SD)					
		1	2	3	4	5	6
I	Пациенты с ДПД	13,3±2,9	11,5±3,4	10,0±3,4	7,1±3,3	10,1±2,8	56,5±8,7
II	Здоровые испытуемые	11,0±5,2	10,7±4,0	9,1±3,7	4,3±2,7	7,5±2,9	47,7±13,7
III	Пациенты без депрессии	9,0±4,8	9,2±4,6	8,0±4,3	3,3±3,1	7,3±4,1	40,0±18,6

Примечания: показатели перфекционизма в группе III статистически достоверно ниже в сравнении как с группой I, так и с группой II (p<0,05), за исключением фактора 5 соотношения группы II и III (p>0,05).

торым данным [14, 24, 34] перфекционизм связан с нарциссическим личностным типом, а «нарциссизм» является одной из базисных личностных функций по Г.Аммону, что предполагает её дефицитарность у исследуемой группы больных шизофренией без депрессии, а также подтверждается рядом исследований [1–3, 6, 37–39], свидетельствующих о дефицитарности «нарциссизма» у больных шизофренией. Следствием этого может быть недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, равно как и реалистично оценивать себя. Напротив, деструктивность перфекционизма является более благоприятным признаком в сравнении с дефицитарностью в плане прогноза в отношении его проработки при целенаправленной или «мишень»-ориентированной психотерапии.

Более выраженная дефицитарность перфекционизма у больных с ППЭ без депрессии может объясняться недооценкой пациентами наличествующих и предстоящих трудностей, приводящих больного к стремлению доказать себе и окружающим, что он сам не нуждается в достижениях. При более спокойном отношении к болезни это может быть связано с первичной выгодой, ощущением освобождения от обязанностей, с которыми, из-за затруднений когнитивного и социального функционирования пациент, вероятно, справлялся недостаточно хорошо и до

болезни. Последнее может способствовать уменьшению уровня, по крайней мере, декларируемого перфекционизма у больных, что согласуется с нашими исследованиями.

Таким образом, как одна из важнейших черт личности, у больных с ППЭ при ДПД перфекционизм является патологическим, что требует учёта данной «мишени» при терапии пациентов. Наиболее выражен перфекционизм у пациентов с ДПД, формирующейся за счёт психопатологии неаффективного регистра преимущественно с агорафобоподобным вариантом (общий показатель перфекционизма 59,3 б.), и у пациентов с позитивной аффективностью, преимущественно при сензитивно-психастеническом и тоскливо-анергическом вариантах ДПД (по 58,1 б. соответственно). В меньшей степени общие перфекционистские установки характерны для больных ДПД с негативной аффективностью (54,1 б), особенно при ангедоническом варианте ее (52,4 б). У больных с ДПД проявления перфекционизма носят патологический деструктивный характер в отличие от пациентов с ППЭ шизофрении без депрессии на постприступном этапе, у которых перфекционизм определяется патологической дефицитарностью. Соответственно в прогностическом плане «мишень»-ориентированная психологическая работа с больными ДПД в плане коррекции патологического перфекционизма является более перспективной, чем при работе с пациентами, не имеющими депрессивных проявлений.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.; Изд-во Психоневрологического НИИ им. В.М.Бехтерева, 1995. 200 с.
2. Аммон М., Бабин С.М., Казаковцев Б.А. Психотерапия в Оренбургской области и модель динамической психиатрии Г.Аммона: взаимодействие и интеграция // Российский психиатрический журнал. 2004. № 3. С. 59–63.
3. Аммон М. Психологические основы системы психотерапевтических воздействий в динамической психиатрии: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук., 2004. 46 с.
4. Антохин Е.Ю. Патогенные и патопротекторные факторы в развитии психопатологических проявлений и особенностях течения невротических расстройств в позднем возрасте: Дисс. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2005. 241 с.
5. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Теперик И.Е. и соавт. Возрастные и гендерные особенности психопатологии истерического невроза // Уральский медицинский журнал. 2009. № 6. С. 30–35.
6. Антохин Е.Ю. Особенности когнитивных и социальных дисфункций у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом и подходы к их коррекции // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Серия Медицина. 2011. № 1. С. 71–80.
7. Аристова Т.А. Сравнительные исследования биологического и психологического компонентов психической адаптации больных неврозами и неврозоподобной шизофренией: Автореферат дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1999. 24 с.
8. Безносюк Е.В., Соколова Е.Д. Механизмы психологической защиты // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. 1997. № 2. С. 44–48.
9. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Возрастные и гендерные особенности невротических расстройств позднего возраста. Пособие для врачей. М., 2011. 46 с.
10. Будза В.Г., Антохин Е.Ю. Неврозы позднего возраста. Изд-во: ОрГМА, 2011. 284 с.
11. Бурбиль И. Модель операционализации структуры личности в динамической психиатрии: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. СПб., 2003.
12. Вид В.Д. Психоаналитическая психотерапия при шизофрении. СПб., 1993. 236 с.
13. Воробьев В.М., Коновалова Н.Л. О профилактике и терапии нарушений психической адаптации // Обзор. психиатр. и мед. психол. им. В.М. Бехтерева. 1993. № 1. С. 71–72.
14. Гараян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.
15. Гараян Н.Г. Перфекционизм и психические расстройства (обзор зарубежных эмпирических исследований) // Современная терапия психических расстройств. 2006. № 1. С. 31–41.
16. Гараян Н.Г., Юдеева Т.Ю. Диагностика перфекционизма при расстройствах аффективного спектра. Пособие для врачей. М.: ФГУ МНИИП Росздрава, 2008. 15 с.
17. Гараян Н.Г. Перфекционизм и враждебность как личностные факторы депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дисс. ... докт. психол. наук. М., 2010. 429 с.
18. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (этиология). М.: Медгиз, 1962. 176 с.
19. Исаева Е.Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией: Автореферат дисс. ... канд. психол. наук. СПб., 1999. 21 с.
20. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-ое изд. перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.
21. Карвасарский Б.Д., Васильева А.В., Чехлатый Е.И. и соавт. Определение копинг-поведения по методике Э. Хайма. Пособие для психологов. СПб.: СПбНИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2003.
22. Кинкулькина М.А., Иванец Н.Н. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2009. 216 с.
23. Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О. и соавт. Шизофрения: уязвимость–диатез–стресс–заболевание: монография. СПб.: Гиппократ, 2004. 335 с.
24. Менцос С. Психодинамические модели в психиатрии. / Пер. с нем. М.: Алетейа, 2001. 176 с.



25. Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях: Автореф. дисс. ... канд. псих. наук. М., 1970. 18 с.
26. Резникова Т.Н., Смирнов В.М. О моделировании «внутренней картины болезни» // Проблемы медицинской психологии. Л., 1976. С. 122–124.
27. Романова Е.С. Исследование механизмов психологической защиты при девиантном поведении // Российский психиатрич. журнал. 1998. № 3. С. 18–21.
28. Семке В.Я. Истерические состояния. М.: Медицина, 1988. 223 с.
29. Смулевич А.Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении // Психиатрия и психофармакотерапия. 2003. № 5. С. 184–186.
30. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 432 с.
31. Холмогорова А.Б. Проблема эффективности в современной психотерапии. Психотерапия в системе медицинских наук в период становления доказательной медицины // Сб. тезисов конференции с международным участием 15–17 февраля. СПб., 2006.
32. Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра – М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2011. 480 с.
33. Чехлатый Е.И. Личностная и межличностная конфликтность и копинг-поведение у больных невротами и их динамика под влиянием групповой психотерапии: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1994. 25 с.
34. Юдеева Т.Ю. Перфекционизм как личностный фактор депрессивных и тревожных расстройств: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2007. 25 с.
35. Якубик А. Истерия. Пер. с польск. М.: Медицина, 1982. 334 с.
36. Addington D.D., Azorin J.M., Falloon I.R. et al. A clinical survey related to depression in schizophrenia: an international survey of psychiatrists // Acta Psychiatr. Scand. 2002. Vol. 105. P. 189–195.
37. Ammon G. Aufdem Wege zu einer Psychotherapie der Schizophrenie. Geist und Psyche. Psychotherapie der Psychosen. Munchen: Kindler Taschenbucher, 1975. P. 31–49.
38. Ammon G. Handbuch der dynamischen Psychiatrie. Hrsg. G.Ammon: Bd. 2. München: Reinhardt, 1982.
39. Burbiel I. et al. Stationäre Psychotherapie der Psychosen. Eine testpsychologische katamnestische Untersuchung // Dynamische Psychiatrie. 1992. Vol. 25. P. 214–276.
40. Knights A., Hirsch S.R. «Revealed» depression and drug treatment for schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1981. Vol. 38, N 7. P. 806–811.
41. Lazarus R.S. Psychological stress and the coping process. NY: McGraw Hill, 1966. 29 p.
42. McGlachan T., Carpenter W.T. Postpsychotic depression in schizophrenia // Arch. Gen. Psychiatry. 1976. Vol. 33. P. 231–239.

## ПОСТПРИСТУПНАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕРФЕКЦИОНИЗМА

**Е.Ю. Антохин, В.Г. Будза, Е.М. Крюкова, Р.И. Палаева**

Проведено исследование перфекционизма у 245 пациентов с постприступной депрессией при первом психотическом эпизоде (ППЭ) шизофрении и 120 больных с ППЭ, не имеющих депрессии. Выявленный депрессивный синдром квалифицирован как диссоциированная постприступная депрессия (ДПД). С учётом аффективной составляющей она классифицирована на синдромы с признаками позитивной аффективности, синдромы с признаками негативной аффективности и синдромы, формирующиеся за счёт психопатологии неаффективного регистра. У больных с ППЭ при ДПД перфекционизм является патологическим, что требует учёта данной «мишени» при терапии пациентов. Наиболее выражен перфекционизм у пациентов с ДПД, формирующийся за счёт психопатологии неаффективного регистра – преимущественно её агорафобоподобным вариантом, и у пациентов с позитивной аффективностью, преимущественно при

сензитивно-психастеническом и тосливо-анергическом вариантах. В меньшей степени общие перфекционистские установки характерны для больных ДПД с негативной аффективностью, особенно при ангедоническом варианте её. У больных с ДПД проявления перфекционизма носят патологический деструктивный характер в отличие от пациентов с ППЭ шизофрении без депрессии на постприступном этапе, у которых перфекционизм определяется патологической дефицитарностью. Соответственно в прогностическом плане «мишень»-ориентированная психологическая работа с больными ДПД в плане коррекции патологического перфекционизма является более перспективной, чем при работе с пациентами не имеющими депрессивных проявлений.

**Ключевые слова:** перфекционизм, первый эпизод шизофрении, постприступная депрессия.

## POST-PSYCHOTIC DEPRESSION IN THE FIRST SCHIZOPHRENIC EPISODE: INVESTIGATION OF PERFECTIONISM

**E.YU. AN TOKHIN, V.G. BOUDZA, E.M. KRYUKOVA, R.I. PALAYAYEVA**

The authors investigated perfectionism in 245 patients with post-psychotic depression following the first schizophrenic episode (FSE) and 120 patients with FSE free of depression. The found depressive syndrome has been classified as 'dissociative post-psychotic depression' (DPD). Depending on the affective component, it is subdivided into syndromes with features of positive affect, features of negative affect and those formed by non-affective psychopathology. In patients with DPD, perfectionism happens to be pathological and needs to be taken into account as a therapeutic target. Perfectionism is especially apparent in patients with DPD when it is formed

by non-affective psychopathology like agoraphobia, or in patients with positive affect, predominantly in sensitive-psychasthenic and sad-anergic variants. Manifestations of perfectionism were less common in DPD patients with negative affect, especially in the presence of anhedonia. In comparison with other patients with FSE, perfectionism in patients with DPD was pathological and destructive. The authors propose to use pathological perfectionism as a therapeutic target in patients with DPD.

**Key words:** perfectionism, first psychotic episode, post-psychotic depression.

**Антохин Евгений Юрьевич** – кандидат медицинских наук, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: antioh73@yandex.ru

**Будза Владимир Георгиевич** – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой психиатрии, медицинской психологии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: k\_budda@orgma.ru

**Крюкова Елена Михайловна** – главный врач ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1», Отличник здравоохранения РФ

**Палаева Розалия Ильдаровна** – ассистент кафедры клинической психологии и психотерапии ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ