

# ДИССОЦИИРОВАННАЯ ПОСТПРИСТУПНАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

Е.Ю. Антохин<sup>1</sup>, В.Г. Будза<sup>1</sup>, Е.М. Крюкова<sup>2</sup>, Р.И. Палаева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»  
Минздрава России

<sup>2</sup>ГБУЗ «Оренбургская областная клиническая психиатрическая больница №1»

Современное общество склонно дискриминировать людей с психическими заболеваниями и зачастую относится к ним предвзято, с негативом [11, 14, 21, 24, 25]. Особенно острой представляется проблема столкновения общественного мнения о психически больных с самовосприятием лиц, впервые госпитализированных в психиатрический стационар. Нередко, сами больные и их близкие без определенных оснований ожидают от окружающих людей враждебного отношения к себе из-за наличия психиатрического диагноза [1–3, 9, 10, 15, 18, 29–32].

Проблема стигматизации и самостигматизации представляется недостаточно изученной в рамках отечественной науки, при этом пристальное внимание на предвзятое отношение к человеку при наличии у него психического заболевания было обращено только в последние два десятилетия [1–3, 17, 26–32].

Самостигматизация представляет собой изменение системы отношений больного в связи с его собственными представлениями об имеющемся у него заболевании [17]. Самостигматизация может играть негативную роль в терапии психического расстройства, проявляясь в снижении комплаенса, вплоть до полного отказа от приема фармакологических препаратов, а также посещения психокоррекционных и психотерапевтических занятий [17, 27].

Самостигматизация – феномен, имеющий в своем составе фрустрирующие и защитные подструктуры. Фрустрирующее влияние оказывает представление больного о своей несостоятельности и негативные представления о психически нездоровых людях в целом. Компенсаторным является механизм искажения восприятия своего состояния и ситуации, который позволяет сохранить самооценку больных. Однако подобные искажения приводят к социальной дезадаптации, ухудшению состояния, когда пациент сталкивается с окружающей реальностью и получает подтверждение своей несостоятельности. Данный

негативный опыт влечет за собой усиление компенсаторных механизмов [10, 31, 32].

На самостигматизацию оказывает существенное влияние клиническая картина заболевания, в тоже время выраженность самостигматизации может приводить к отрицательному изменению психического состояния больного [29, 30].

Результаты множества современных исследований в отечественной психопатологии и патопсихологии выявляют, что для больных шизофренией, вне зависимости от длительности шизофренического процесса, характерен высокий уровень самостигматизации [1, 2, 13, 18, 20, 21]. Самостигматизация больных шизофренией может быть обусловлена этиопатогенетическими особенностями и клинической картиной психического расстройства [10–14]. Особенно актуальна проблема самостигматизации у больных с первым психотическим эпизодом, изучение которой рассматривается в разрезе базисной «мишени» психосоциальной терапии, направленной прежде всего на повышение комплаентности [1–3, 9, 10]. Несмотря на большое количество исследований различных аспектов первого психотического эпизода [19], в том числе при коморбидной с депрессией клиникой [16, 22, 28, 31], практически отсутствуют данные по изучению самостигматизации при постприступных депрессиях у больных с дебютом шизофрении. В ряде наших публикаций обосновано понятие «диссоциированная постприступная депрессия» (ДПД) при первом эпизоде шизофрении, описана её типология (табл. 1), изучены особенности структуры перфекционизма больных [4–8].

Нами проведено эмпирическое исследование самостигматизации 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 формирова-

**Типология «диссоциированной постприступной депрессии» у больных шизофренией с первым психотическим эпизодом**

| Синдром   | Абсолютное число больных | Соотношение по полу |            |
|---|--------------------------|---------------------|------------|
|   |                          | Мужчины             | Женщины    |
| <b>Синдромы с признаками позитивной аффективности - 1 вариант дпд</b>   |                          |                     |            |
| Тревожный   | 35                       | 10                  | 25         |
| Сензитивно-психастенический   | 34                       | 14                  | 20         |
| Деперсонализационно-ипохондрический   | 23                       | 4                   | 19         |
| Тоскливо-анергический   | 22                       | 8                   | 14         |
| <b>Всего</b>  | <b>114</b>               | <b>36</b>           | <b>78</b>  |
| <b>Синдромы с признаками негативной аффективности – 2 вариант дпд</b>   |                          |                     |            |
| Ангедонический  | 29                       | 11                  | 18         |
| Дистимно-апатический  | 22                       | 9                   | 13         |
| Дисфорический:  | 21                       | 7                   | 14         |
| <b>Всего</b>  | <b>72</b>                | <b>27</b>           | <b>45</b>  |
| <b>Синдромы, формирующиеся за счет психопатологических проявлений неаффективного регистра – 3 вариант дпд</b> |                          |                     |            |
| Обсессивно-руминативный   | 25                       | 6                   | 19         |
| Агорафобоподобный   | 18                       | 7                   | 11         |
| Паранойяльно-символический  | 16                       | 7                   | 9          |
| <b>Всего</b>  | <b>69</b>                | <b>20</b>           | <b>39</b>  |
| <b>Итого</b>  | <b>235</b>               | <b>83</b>           | <b>162</b> |

нием 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 – «Постшизофреническая депрессия» F20.4. Помимо клинико-психопатологической оценки депрессивного синдрома его верификация дополнена проводимой врачом оценкой депрессии по шкале Калгари (CDSS), разработанной специалистами отдела психиатрии Футхиллского госпиталя г.Калгари, Канада [23]. Средний балл по шкале CDSS в исследуемых группах больных при квантифицированной оценке составил  $7,6 \pm 1,6$  балла, что соответствует наличию депрессивного эпизода. Кроме того, проведено исследование психопатологии наблюдаемой депрессии с помощью симптоматической шкалы самоотчёта SCL-90-R. Экспериментально-психологический метод включал оригинальный опросник для оценки самостигматизации, разработанный сотрудниками Научного центра психического здоровья РАМН. Он

состоит из 83 утверждений, затрагивающих основные сферы психологического и социального функционирования человека по Е.Б.Фанталовой: активная жизнь, здоровье, интересная работа, восприятие прекрасного, переживание любви и дружеских чувств, уверенность в себе, возможность образования и расширения кругозора, независимость в поступках, семейное счастье, возможность творческой деятельности [17]. Испытуемым предлагалось последовательно оценить каждое утверждение в соответствии с инструкцией. Вопросы по самостигматизации выявляют склонность больного объяснять свои проблемы в указанных сферах психическим заболеванием и предвзятым отношением к нему окружающих, вызванным фактом болезни. Определены основные формы самостигматизации: аутопсихическая, компенсаторная, социореверсивная. Для математической обработки результатов исследования применялась программа Statistica 6.0 (методы описательной статистики, непараметрический U-критерий Манна-Уитни). Статистически значимыми принимались результаты на уровне  $p < 0,05$

В нашем исследовании показатели всех трёх форм самостигматизации (табл. 2–4) у больных с ДПД

Таблица 2

**Показатели самостигматизации у больных ДПД, формирующейся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра**

| Тип ДПД (кол-во человек)            | Формы самостигматизации ( $m \pm sd$ ) |                  |                  | уровень самостигматизации |
|-------------------------------------|--|------------------|------------------|---------------------------|
|                                     | Аутопсихическая                        | Компенсаторная   | Социореверсивная |                           |
| <b>3 вариант ДПД (69)</b>           | <b>40,0±15,0</b>                       | <b>33,0±11,0</b> | <b>42,9±22,8</b> | <b>114,0±45,7</b>         |
| Обсессивно-руминативный (25)        | 38,4±19,8                              | 32,0±12,6        | 44,1±22,1        | 112,4±47,8                |
| Агорафобоподобный (18)              | 39,4±20,4                              | 32,7±9,9         | 39,1±19,8        | 109,4±42,1                |
| Паранойяльно-символический (16)     | 42,3±19,6                              | 34,3±10,5        | 45,4±26,4        | 120,1±47,1                |
| <b>Пациенты без депрессии (120)</b> | <b>22, ±713,8</b>                      | <b>25,3±14,3</b> | <b>31,0±23,1</b> | <b>79,4±47,7</b>          |

Примечания: показатели самостигматизация пациентов с ДПД по всем параметрам достоверно превышают ( $p < 0,05$ ) показатели пациентов без депрессии.

**Показатели самостигматизации у больных ДПД с признаками негативной аффективности**

| Тип дпд (количество человек)        | формы самостигматизации (M±SD) |                   |                  | Уровень самостигматизации |
|-------------------------------------|--------------------------------|-------------------|------------------|---------------------------|
|                                     | аутопсихическая                | компенсаторная    | социореверсивная |                           |
| <b>2 Вариант дпд (72)</b>           | <b>36,4±15,6</b>               | <b>31,9±14,7</b>  | <b>43,2±21,9</b> | <b>111,4±45,1</b>         |
| Ангедонический (29)                 | 33,6±14,6                      | 29,7±15,8         | 38, ±121,2       | 101,6±43,6                |
| Дистимно-апатический (22)           | 37,8±16,3                      | 32,3±14,7         | 44,9±19,4        | 114,6±42,7                |
| Дисфорический (21)                  | 37,9±15,8                      | 33, ±713,5        | 46,5±25,2        | 118,0±49,1                |
| <b>Пациенты без депрессии (120)</b> | <b>22,7±13,8</b>               | <b>25, ±314,3</b> | <b>31,0±23,1</b> | <b>79,4±47,7</b>          |

Примечания: показатели самостигматизация пациентов с ДПД по всем параметрам достоверно превышают ( $p < 0,05$ ) показатели пациентов без депрессии.

**Показатели самостигматизации у больных ДПД с признаками позитивной аффективности**

| Тип дпд (кол-во человек)                 | Формы самостигматизации (m±sd) |                  |                  | уровень самостигматизации |
|--|--------------------------------|------------------|------------------|---------------------------|
|  | Аутопсихическая                | Компенсаторная   | социореверсивная |                           |
| <b>1 Вариант дпд (114)</b>               | <b>40,1±18,3</b>               | <b>33,1±12,8</b> | <b>42,8±24,5</b> | <b>111,15±2,0</b>         |
| Тревожный (35)                           | 41,1±18,4                      | 32,7±11,3        | 40,5±22,4        | 111,4±46,8                |
| Сензитивно-психастенический (34)         | 41,4±19,1                      | 34,3±13,2        | 46,8±25,4        | 121,2±51,3                |
| Деперсонализационно-ипохондрический (23) | 37,9±15,8                      | 33,7±13,5        | 46,5±25,2        | 104,5±58,4                |
| Тоскливо-анергический (22)               | 40,01±9,8                      | 31,6±13,3        | 37,5±25,1        | 107,2±51,3                |
| <b>Пациенты без депрессии (120)</b>      | <b>22,7±13,8</b>               | <b>25,3±14,3</b> | <b>31,0±23,1</b> | <b>79,4±47,7</b>          |

Примечания: показатели самостигматизация пациентов с ДПД по всем параметрам достоверно превышают ( $p < 0,05$ ) показатели пациентов без депрессии.

превышают показатели в группе больных без ДПД со статистической достоверностью: средний показатель самостигматизации составил  $112,2 \pm 7,6$  баллов в сравнении с больными без депрессии –  $79,4 \pm 7,7$  баллов ( $p < 0,05$ ). Это свидетельствует о ведущей роли самостигматизации в патогенетическом формировании внутренней картины болезни у пациентов с постприступной депрессией при первом эпизоде шизофрении, потенциально являясь базисной «мишенью» психосоциальной терапии, особенно у пациентов с высоким уровнем суицидального риска.

Самый высокий уровень самостигматизации среди трёх вариантов ДПД установлен при депрессиях, формирующихся за счёт психопатологических проявлений неаффективного регистра – обсессивно-руминативных, агорафобоподобных, паранойяльно-символических, которые развиваются преимущественно на этапе ремиссии шизофренического процесса – постшизофренические депрессии (табл. 2). При данном варианте уровень самостигматизации составил  $114,0 \pm 45,7$  баллов (ср. 1 вариант ДПД  $111,1 \pm 52,0$  б. – табл. 3, 2 вариант ДПД  $111,4 \pm 45,1$  б. – табл. 4). Именно при 3 варианте ДПД в клинической картине присутствует в числе ведущей симптоматики выраженное избегающее поведение. Но в разных типах данного варианта ДПД это избегание мотивировано различными механизмами. В частности, при паранойяльно-символическом типе ДПД в преобладающей социореверсивной форме самостигматизации ( $45,4 \pm 26,4$  б.) в большей степени

реализована деидентификация от окружающих в социальной сфере. Как пример из утверждений пациентов с высоким уровнем показателей: «Я опасюсь, что мне как больному человеку, не дадут чувствовать себя уверенно», «Я опасюсь, что знающие о моей болезни люди не дадут мне чувствовать себя здоровым», «Моя болезнь отрицательно влияет на отношение ко мне членов моей семьи». В этом случае резидуальная паранойяльная симптоматика тесно «переплетается» с социальным чувством собственной «измененности», восприятием себя вне социума и формированием «ухода» от социальных контактов по механизму отличия от основной массы людей с укреплением стигмы.

При следующем типе 3 варианта ДПД – обсессивно-руминативном – социореверсивная форма самостигматизации также, как при паранойяльно-символическом типе ДПД является ведущей (табл. 2,  $44,1 \pm 22,1$  б.). В тоже время основным содержанием данной формы являются компоненты «Принятие роли психически больного в сфере самореализации» и «Зеркальное Я психически больного в сфере внутренней активности».

Депрессивные руминации часто отличаются оценочными суждениями, когда пациент сравнивает себя с другими с отрицательной тенденцией («Почему у меня проблемы, которых нет у других?»), свое нынешнее состояние с желаемым («Почему у меня не получается поправиться?»), себя нынешнего с собой в прошлом («Почему у меня не полу-

чается работать так же, как прежде?»). Как примеры наиболее значимых ответов на опросник: «То, что я болен, обесценивает моё творчество в глазах окружающих», «больные люди не способны любить».

При агорафобоподобном типе 3 варианта ДПД, в отличие от других типов, помимо социореверсивной формы самостигматизации актуальной явилась и аутопсихическая форма с преимущественным компонентом «Переоценка самореализации». Типичные примеры значимых ответов пациентов: «Из-за болезни я чувствую себя более зависимым от окружающих», что ещё более фиксирует избегающее поведение пациента, ограничивая его социальные контакты до минимума (в основном дома с матерью). Указанное сочетание, характеризующееся чередованием аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации, в зависимости от фазы заболевания, является личностной стратегией интеграции самосознания у больных с фазным течением заболевания и качественными ремиссиями, составляя по И.И. Михайловой [17] диссоциированную группу самостигматизации. Смыслообразующим для такой интеграции является нивелирование больным психотравмирующей ситуации, тревоги через оправдание болезнью, оправдание ролью больного своего поведения в случаях с неудачами.

Таким образом, высокие показатели самостигматизации при 3 варианте ДПД, несмотря на разные, клинически обусловленные механизмы, в большей степени связаны с формированием ограничительного (изоляция-избегающего) поведения.

Наиболее выражена социореверсивная форма в сравнении с другими формами самостигматизации при ДПД с негативной аффективностью (табл. 2); самый высокий её показатель выявлялся при дисфорическом типе этого варианта ДПД ( $46,5 \pm 25,2$  б.). Дисфорическая депрессия с раздражительностью и нередко эмоциями злости и досады также способствует деидентификации от окружающих в социальной сфере с типичными для больных утверждениями: «Из-за того, что я болен, мне не дают хорошо зарабатывать», «Люди, знающие о моей болезни, мешают мне чувствовать себя здоровым».

Социореверсивная форма ДПД имеет наибольшую значимость по сравнению с другими формами и при дистимно-апатическом типе ДПД ( $44,9 \pm 19,4$ ). Прежде всего апатическая составляющая клинической картины нашла отражение в положительных утверждениях пациентов, носящих оправдательный характер своего поведения, в компоненте «Принятие роли психически больного в сфере самореализации»: «из-за того, что я болен, окружающие мешают мне жить активной, деятельной жизнью», «из-за болезни мне не дают повышать образовательный уровень так, как я хочу». При дистимно-апатическом типе социореверсивная форма самостигматизации обусловлена преимущественно двумя компонентами: «Нарушение Я-идентичности» и «Зеркальное Я психически боль-

ного в сфере внутренней активности». Типичные примеры из утверждений пациентов, также выступающих в форме оправдания своего поведения, по данным опросника: «Поскольку я болен, я не могу полагаться на себя», «Из-за болезни я стал менее чутким к любимому человеку», «Больные люди не способны любить».

Наименьшие показатели самостигматизации выявлены при ангедоническом варианте не только среди ДПД с негативной аффективностью, но и среди всех вариантов ДПД (табл. 3 –  $101,6 \pm 43,6$ ). В данном случае, сама негативная аффективность, обуславливая «падение энергетического потенциала», с одной стороны несёт в определённой степени протективную роль, снижая самовосприятие личности как больного, с другой – приводит к снижению компенсаторных механизмов. Именно при данном варианте ДПД выявляется самый низкий показатель по компенсаторной форме самостигматизации (табл. 3 –  $29,7 \pm 15,8$  б.), которая содержит в себе относительно протективную функцию, снижающую интенсивность эмоционального реагирования на болезнь, близкую к психологической защите – «отрицание». Можно предположить, что при ангедоническом варианте ДПД когнитивная составляющая внутренней картины болезни снижена, что косвенно подтверждается данными нейрофизиологии и нейрофармакологии, указывающими на связь когнитивного снижения с дефицитом дофамина, который также ответственен и за ангедонию. Несмотря на относительно протективную роль самостигматизации с преимущественным отрицанием болезни, её истинная защитная роль иллюзорна (патопротективная роль), поскольку постепенное осознание болезни на фоне антидепрессивной терапии, особенно на этапе постприступной депрессии, может стать негативным фактором, приводящим к суицидальной попытке по аффективным механизмам. Именно при данном варианте ДПД (ангедоническом) из 29 обследованных у 22 отмечались суицидальные попытки в дебюте шизофрении, и риск суицидальности сохранялся как на протяжении психотического эпизода, так и постприступного этапа течения болезни, определяя данную группу пациентов как группу с высоким риском суицида.

Переходя к анализу показателей самостигматизации при ДПД с позитивной аффективностью (табл. 4) обращает на себя внимание наиболее высокий уровень её среди всех вариантов и типов ДПД при сензитивно-психастеническом типе ( $121,2 \pm 51,3$ ) с наиболее высокими баллами по социореверсивной форме ( $46,8 \pm 25,4$ ). Данный тип ДПД среди составляющих самостигматизацию социореверсивной формы предполагает сочетание компонентов «Нарушение Я-идентичности» и «Деидентификации от окружающих в социальной сфере» с типичными утверждениями: «Поскольку я болен, я не могу полагаться на себя», «Я опасюсь, что болезнь снизит мою

способность поддерживать семейные отношения», «Думаю, что моя болезнь мешает людям дружить со мной». Указанные утверждения клинически и социально-психологически взаимосвязаны как с преморбидной конституцией больных (преимущественно акцентуированных по сензитивно-психастеническому типу), так и отражает депрессивно-пессимистические переживания, особенно в отношении ближайшего будущего.

Близкие по значениям и содержанию компоненты самостигматизации также отмечены и при деперсонализационно-ипохондрическом типе этого варианта ДПД, где ведущей формой также является социореверсивная. Некоторое отличие, исходящее из особенностей депрессии с ипохондрией, можно отметить в компоненте «Деидентификация от окружающих в социальной сфере» с типичным утверждением, носящим утрированный характер своего заболевания: «Люди, знающие о моей болезни, мешают мне чувствовать себя здоровым», а также утверждениями в определённой степени вытекающими из деперсонализационно-депрессивного переживания «Болезнь мешает мне воспринимать красоту природы, искусство», а также из компонента «Нарушение Я-идентичности»: «Поскольку я болен, я не могу полагаться на себя».

Следующей особенностью самостигматизации при ДПД с позитивной аффективностью является высокая представленность в структуре стигматизирующих переживаний наряду с социореверсивной формой аутопсихической, которая имеет самые высокие показатели среди всех вариантов ДПД, особенно при сензитивно-психастеническом ( $41,4 \pm 19,1$ ) и тревожном типах её ( $41,1 \pm 18,4$ ). При тоскливо-анергическом же типе данной ДПД аутопсихическая форма самостигматизации достигает наиболее высоких баллов ( $40,0 \pm 19,8$ ) по сравнению с социореверсивной формой ( $37,5 \pm 25,1$ ) и компенсаторной ( $31,6 \pm 13,3$ ). Следует отметить что эта разновидность депрессии у группы пациентов с ППЭ был наиболее тяжёлой по симптомам «витальности» и наиболее резистентной по ответу на фармакотерапию. Для пациентов, страдающих такой разновидностью ДПД, типичны утверждения из компонента «Переоценка внутренней активности», которая отражает клинические проявления анергии: «Из-за болезни моя активность снижается», «...если бы я был здоров, я был бы активным и деятельным». Тоскливые же переживания наиболее отражаются компонентом «Переоценка самореализации» при аутопсихической форме с утверждениями: «...болезнь снижает мои способности к познанию», «...если бы не болезнь, я был бы хорошим (или лучшим, чем сейчас) супругом, родителем».

Таким образом наиболее высокую значимость имеет самостигматизация при ДПД, формирующейся за счёт проявлений неаффективного регистра. Несмотря на разные, клинически обусловленные

механизмы, её патопсихологическое формирование в большей степени связано с ограничительным (изоляция-избегающим) поведением. Для всех вариантов ДПД характерно преобладание социореверсивной формы самостигматизации, основным содержанием которой является деидентификация больного от окружающих с фиксацией на своём отличии, готовностью принятия роли инвалида, либо формированием пассивно-зависимой модели поведения с своеобразным «уходом в болезнь». Эта форма самостигматизации выполняет патопротективную роль со значительными трудностями в её преодолении в реабилитационном процессе. По данным ряда исследований, в том числе наших более ранних у больных с первым психотическим эпизодом [1–3, 20], преобладающей в структуре самостигматизации при шизофрении, является социореверсивная форма, тесно связанная с позитивными – галлюцинаторно-бредовыми синдромами. Её наличие обусловлено фабулой чувственного бреда [20]. Настоящие данные не вступают в этом случае в противоречие с этими положениями указанных авторов, поскольку с одной стороны, преобладание социореверсивной формы при различных вариантах ДПД на постприступном этапе является в определённой степени продолжением патопротективного приспособления пациента к социуму в условиях изменяющейся личности, с другой через призму депрессивного восприятия происходит смещение акцента собственной изменённости вследствие влияния «извне» (прежде всего, связанной с фабулой синдрома Кандинского-Клерамбо) на реакцию самовосприятия изменённости «изнутри», принесенную болезнь, чему способствует и возвращение критики к перенесённому психозу. Осознание «негативных социальных последствий» впервые перенесённого психоза и всё что сопровождало его (госпитализация, нередко недобровольная, агрессивное поведение в отношении близких и т.п.) и является механизмом, поддерживающим социореверсивную форму самостигматизации, способствующую в данном варианте хоть и временному и неполноценному (патопротективная роль), но приспособительному («борьба с тревогой») поведению в условиях выхода из психоза. Именно в этом случае патопротективная роль самостигматизации формирует депрессивную симптоматику на постприступном этапе, являясь «реактивным» фактором близким к механизмам формирования посттравматического стрессового расстройства. Низкие показатели по компенсаторной форме самостигматизации также согласуются с другими, в том числе нашими, исследованиями [1–3, 20], поскольку её высокие показатели обнаружены у больных шизофренией с преобладанием негативной симптоматики, что не свойственно клиническим проявлениям первого эпизода шизофрении.

Частая представленность аутопсихической формы самостигматизации у больных с ДПД также согласу-

ется с приведёнными исследованиями. В частности, И.И.Михайловой и В.С.Ястребовым [18] отмечается, что аутопсихическая форма самостигматизации у больных с шизофренией выступает в качестве части депрессивного синдрома, а также отражает фиксацию больного на чувстве собственной беспомощности и несостоятельности [18, 28]. Выявленное сочетание, характеризующееся чередованием аутопсихической и

социореверсивной форм самостигматизации, в зависимости от фазы заболевания, является личностной стратегией интеграции самосознания у больных с фазным течением заболевания и качественными ремиссиями, составляя по И.И.Михайловой [17] «диссоциированную группу самостигматизации», что также согласуется с нашим понятием «диссоциированной пострприступной депрессии» [4].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Антохин Е.Ю., Горбунова М.В., Крюкова Е.М., Соломатова Т.А. Взаимосвязь самостигматизации и тревожности у больных шизофренией с разной длительностью заболевания // Вестник Санкт-Петербургского Государственного университета. 2008. Вып. 3. С. 55–64.
2. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Горбунова М.В. и др. Структура психологической адаптации у больных шизофренией в зависимости от длительности заболевания // Уральский медицинский журнал. 2010. № 1. С. 59–64.
3. 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. 2011. Вып. 1. С. 71–80.
4. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Палаева Р.И. Психопатология депрессий на пострприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: организация помощи пациентам в отделении первого психотического эпизода, понятие диссоциированной пострприступной депрессии // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 4. С. 4–11.
5. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Палаева Р.И. Психопатология депрессий на пострприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная пострприступная депрессия с позитивной аффективностью. Часть II // Психиатрия и психофармакотерапия. 2017. Т. 19. № 6. С. 10–17.
6. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Палаева Р.И. Постприступная депрессия при первом эпизоде шизофрении: исследование перфекционизма // Социальная и клиническая психиатрия. 2017. Т. 27. № 4. С. 38–46.
7. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Палаева Р.И. Психопатология депрессий на пострприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: диссоциированная пострприступная депрессия с негативной аффективностью // Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. Т. 20. № 1. С. 7–15.
8. Антохин Е.Ю., Будза В.Г., Крюкова Е.М., Палаева Р.И. Психопатология депрессий на пострприступном этапе течения первого эпизода шизофрении: синдромы, формирующиеся за счет психопатологических проявлений неаффективного регистра. Часть IV // Психиатрия и психофармакотерапия. 2018. Т.20. № 3–4. С. 19–25.
9. Бабин С.М. Психотерапия психозов. Практическое руководство. СПб.: Спецлит, 2012. 335 с.
10. Будза В.Г., Отмахов А.П., Прусс Г.Б. Отделение первого психотического эпизода – новая форма организации психиатрической помощи больным шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2005ю Т. 15. № 4. С. 58–62.
11. ВАсильченко К.Ф. Самостигматизация, качество жизни и социальное функционирование пациентов с первым психотическим эпизодом при расстройствах шизофренического спектра // Материалы конференции «XIII Школа молодых психиатров». Суздаль. 2017. С. 76–78.
12. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Дороднова А.С., Мовина Л.Г. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделение с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым психотическим эпизодом): метод. рекомендации. М., 2003. 23 с.
13. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Любов Е.Б. и соавт. Клиника первого психотического эпизода (дневной стационар или отделения с режимом дневного стационара, профилированные для помощи больным с первым эпизодом шизофрении). Методические рекомендации. М., 2003. 23 с.
14. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссии и лично-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения к 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т. 18. № 4. С. 34–39.
15. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. (ред). Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь). М., 2010. 544 с.
16. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. и соавт. Частота выявления депрессивных нарушений и их терапия при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра в клинической практике в России // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2013. Т. 113, № 11, Вып. 2. С. 28–33.
17. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Москва – 2005. – 28 с.
18. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2002. Т. 7, № 102. С. 58–65.
19. Незнанов Н.Г., Шмуклер А.Б., Костюк Г.П. и соавт. Первый психотический эпизод: эпидемиологические аспекты организации помощи // Социальная и клиническая психиатрия. 2018. Т. 28. Вып. 3. С. 5–11.
20. Серебрянская Л.Я. Факторы стигматизации психически больных. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 28 с.
21. Финзен А. Психоз и стигма. Преодоление стигмы – отношение к предубеждениям и обвинениям. М.: Алетея, 2001. 215 с.
22. Шмуклер А.Б. Депрессивная симптоматика и её лечение у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2015. Т. 25. Вып. 2. С. 101–105.
23. Addington D., Addington J., Atkinson M. A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale // Schizophr. Res. 1996. N 19. P. 205–212.
24. Byrne P. Psychiatric stigma: past, passing and to come // J. Royal Soc. Med. 1997. N 90. P. 618–621.
25. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it // Adv. Psychiatr. Treat. 2000. N 6. P. 65–72.
26. Grandón P., Aguilera A.V., Bustos C. et al. Evaluation of the stigma towards people with a diagnosis of Schizophrenia using a Knowledge Scale // Rev. Colomb. Psiquiatr. 2018. N 47. P. 72–81.
27. Link B.G., Struening E.L., Rahav M. On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of men with dual diagnoses of mental illness and substance abuse // J. Health Soc. Behav. 1997. N 38. P. 177–190.
28. Rasdale A.R., Warman D.M., Phalen P.L. An examination of perceptions of individuals with an intellectual disability, with and without co-morbid schizophrenia: effects of labels on stigma // J. Intellect Dis. Res. 2018. N 6. P. 544–556.
29. Rezaat F., Mohammadi E., Fallahi-Khosknab M., et al. Experience and the meaning of stigma in patients with schizophrenia spectrum disorders and their families: A qualitative study // Jpn. J. Nurs. Sci. 2018.
30. Staiger T., Waldmann T., Oexle N., et al. Intersections of discrimination due to unemployment and mental health problems: the role of double stigma for job- and help-seeking behaviors // J. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. 2018.
31. Vrbova K., Prasko J., Holubova M., et al. Positive and negative symptoms in schizophrenia and their relation to depression, anxiety, hope, self-stigma and personality traits - a cross-sectional study // Neuro Endocrinol. Lett. 2018. N 39. P. 9–18.
32. Wong Y.I., Kong D., Tu L., Frasso R. “My bitterness is deeper than the ocean”: understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers // Int. J. Ment. Health Syst. 2018. N 12. P.14.

## ДИССОЦИИРОВАННАЯ ПОСТПРИСТУПНАЯ ДЕПРЕССИЯ ПРИ ПЕРВОМ ЭПИЗОДЕ ШИЗОФРЕНИИ: ИССЛЕДОВАНИЕ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ

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

Проведено исследование самостигматизации у 245 пациентов с постприступной депрессией при первом психотическом эпизоде (ППЭ) шизофрении и 120 больных с ППЭ, не имеющих депрессии. 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 самостигматизация выполняет патопротективную функцию, что требует учёта данной «мишени» при терапии пациентов. Наиболее высокую значимость имеет самостигматизация при ДПД, формирующейся за счёт проявлений неаффективного регистра. Несмотря на разные, клинически обусловленные механизмы, ее патопсихологическое формирование в большей степени связано с ограничительным (изоляция-избе-

гающим) поведением. Для всех вариантов ДПД характерно преобладание социореверсивной формы самостигматизации, основным содержанием которой является деидентификация больного от окружающих с фиксацией на своём отличии, готовностью принятия роли инвалида, либо формированием пассивно-зависимой модели поведения с своеобразным «уходом в болезнь».

Выявленное сочетание, характеризующееся чередованием аутопсихической и социореверсивной форм самостигматизации, в зависимости от фазы заболевания, является личностной стратегией интеграции самосознания у больных с фазным течением заболевания и качественными ремиссиями, составляя «диссоциированную группу самостигматизации», что также согласуется с нашим понятием «диссоциированной постприступной депрессии»

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

## DISSOCIATED POST-PSYCHOTIC DEPRESSION IN THE FIRST SCHIZOPHRENIC EPISODE: INVESTIGATION OF SELF-STIGMA

E.Yu. Antokhin, V.G. Budza, E.M. Kryukova, R.I. Palaeva

The authors investigated self-stigma in 245 patients with postpsychotic 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, self-stigma happens to be pathological and needs to be taken into account as a therapeutic target. Self-stigma is especially apparent in patients with DPD when it is formed by non-affective psychopathology. Despite different, clinically determined mechanisms, its pathopsychological formation is more associated with restrictive (isolation-avoidant) behavior. All variants of DPD are characterized

by the predominance of the socioreversive form of self-stigma, the main content of which is the de-identification of the patient from others with fixation on his difference, the willingness to accept the role of a disabled person, or the formation of a passive-dependent behavior model with a kind of “care for the disease.”

The revealed combination, characterized by the alternation of autopsychic and socioreversive forms of self-stigma, depending on the phase of the disease, is a personal strategy for integrating self-consciousness in patients with a phase course of the disease and qualitative remissions, constituting a “dissociated self-stigma group”, which also agrees with our notion of “dissociated post-psychotic depression”.

**Key words:** self-stigma, 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