

<https://doi.org/10.34883/PI.2022.13.2.008>
УДК 616.89-008



Савицкая В.В. ✉, Скугаревский О.А., Обьедков В.Г.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Социально-демографические и клинко-динамические характеристики пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: Савицкая В.В. – концепция исследования и редактирование текста, составление и анализ базы данных; Скугаревский О.А. – статистический анализ; Обьедков В.Г. – написание текста.

Подана: 06.09.2021

Принята: 12.03.2022

Контакты: varvarenik@gmail.com

Резюме

В данной статье представлены результаты изучения социально-демографических и клинко-динамических характеристик 152 пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли. Дизайн исследования: открытое обсервационное поперечное исследование в контрольных группах с направленным формированием групп сравнения. Инструменты исследования: диагностика клинических симптомов шизофрении проводилась с применением шкалы PANSS, для детализации депрессии была использована шкала депрессии при шизофрении Калгари. Критериями включения пациентов в общую исследовательскую выборку являлись: верифицированный диагноз «шизофрения» (по МКБ-10), возраст 18–50 лет, отсутствие у пациента выраженных острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <30 баллов), отсутствие выраженных проявлений негативной симптоматики (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <35 баллов), письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из общей выборки являлись: наличие у пациента острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов >30 баллов), выраженные проявления негативной симптоматики (по шкале PANSS сумма негативных симптомов >35 баллов), наличие экстрапирамидных расстройств. Пациенты были разделены в два этапа на три исследуемые группы: группу А, 103 пациента (постпсихотическая депрессия, значения по шкале депрессии PANSS ≥ 5 баллов), и группу Б, 49 пациентов (отсутствие постпсихотической депрессии, значения по шкале депрессии PANSS <5 баллов). На втором этапе группа А была разделена на две подгруппы: А1, 69 пациентов (постпсихотическая депрессия с душевной болью), и А2, 34 пациента (постпсихотическая депрессия без душевной боли). Критической точкой для деления на подгруппы явилось значение ≥ 24 балла по шкале душевной боли. По результатам исследования были сделаны следующие выводы: пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью образуют особую группу, ограниченную социально-демографическими и клинко-динамическими характеристиками – молодые люди преимущественно женского пола, не утратившие

работоспособности и социального статуса с относительно ранним дебютом болезни и непродолжительным течением. Наличие душевной боли в структуре аффективных переживаний пациентов не связано с проводимой им лекарственной терапией.

Ключевые слова: шизофрения, постшизофреническая депрессия, душевная боль, суицидальное поведение

Savitskaya V. ✉, Skugarevsky O., Obyedkov V.
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Socio-Demographic and Clinical-Dynamic Characteristics of Schizophrenic Patients with Postpsychotic Depression in the Context of the Phenomenon of Mental Pain

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: Savitskaya V. – the concept of research and text editing, compilation and analysis of the information; Skugarevsky O. – statistical analysis; Obyedkov V. – writing the text.

Submitted: 06.09.2021

Accepted: 12.03.2022

Contacts: varvarenik@gmail.com

Abstract

This article presents the results of studying the socio-demographic and clinical-dynamic characteristics of 152 schizophrenic patients with postpsychotic depression in the context of the phenomenon of mental pain. Study design: open, observational, cross-sectional study in control groups with a directed formation of comparison groups. Research instruments: the diagnosis of clinical symptoms of schizophrenia was carried out using the PANSS scale; the Calgary Schizophrenia Depression Scale was used to detail depression. The criteria for the inclusion of patients in the general research sample were: verified diagnosis of schizophrenia (according to ICD-10), age 18–50 years, the patient had no pronounced acute psychotic symptoms (according to the PANSS scale, the sum of positive symptoms <30 points), the absence of pronounced manifestations of the defect personality (on the PANSS scale, the sum of negative symptoms <35 points), written informed consent to participate in the study. The criteria for excluding patients from the general sample were: the patient had acute psychotic symptoms (on the PANSS scale, the sum of positive symptoms >30 points), pronounced manifestations of a personality defect (on the PANSS scale, the sum of negative symptoms >35 points), and the presence of extrapyramidal disorders. Patients were divided in two stages into three study groups: group A, 103 patients (postpsychotic depression, PANSS depression scores ≥ 5 points) and group B, 49 patients (no postpsychotic depression, PANSS depression scores <5 points). At the second stage, group A was divided into two subgroups: A1, 69 patients (postpsychotic depression with mental pain) and A2, 34 patients (postpsychotic depression without mental pain). The critical point for subgrouping was ≥ 24 on the mental pain scale. According to the results of the study, the following conclusions were drawn: patients with schizophrenia

with depression and mental pain form a special group limited by socio-demographic and clinical-dynamic characteristics – young people, predominantly female, who have not lost their working capacity and social status with a relatively early onset of the disease and a short course. The presence of mental pain in the structure of the affective experiences of patients is not associated with the drug therapy being carried out by them.

Keywords: schizophrenia, post-schizophrenic depression, mental pain, suicidal behavior

■ ВВЕДЕНИЕ

Депрессия является одним из наиболее распространенных сопутствующих синдромов при шизофрении, встречающимся на разных этапах заболевания не менее чем у 25–60% пациентов [1]. Депрессия при шизофрении ассоциирована с более частыми психотическими эпизодами [2], увеличением продолжительности болезни [3], злоупотреблением психоактивными веществами [4], низким качеством жизни и суицидом [5]. Депрессия может иметь место на всех этапах болезни (в частности до манифеста, при психотических обострениях, в стадии ремиссии), а также в структуре резидуальных симптомов заболевания [6]. Коморбидная депрессия снижает качество ремиссии и уровень социального функционирования пациентов с шизофренией [7]. В наиболее ярком, рафинированном и не зашторенном другими симптомами виде депрессия при шизофрении имеет место на постпроцессуальном этапе у пациентов с минимально выраженной негативной симптоматикой. Термин «постшизофреническая депрессия» впервые был введен в 1994 г. в МКБ-10 под рубрикой F 20.4. Он обозначает депрессивное состояние в разделе «Шизофрения», происхождение которого непосредственно связано с предшествующим психозом, отвечающим критериям шизофрении.

Депрессия при шизофрении может доминировать над другими симптомами на постпсихотическом или постпроцессуальном этапе. Следует, однако, отметить, что симптомы депрессии при шизофрении, диагностируемые классическим категориальным диагностическим методом, имеют крайне слабую корреляцию со всеми феноменами суицидального поведения, которое встречается при этом заболевании в 30 раз чаще, чем в среднем в популяции [8]. Кроме того, по литературным данным, имеет место феноменологическое сходство симптомов депрессии с негативной симптоматикой и с лекарственным паркинсонизмом. На практике фактически неразличимыми являются следующие симптомы депрессии: ангедония, моторная и идеаторная заторможенность, социальная изоляция из-за негативных нарушений (эмоционального уплощения, апатоабулических нарушений, апатии, алогии и аутизма). Вместе они могут оказаться нуждающимися в дифференциальной диагностике с психической индифферентностью, акинезией с мышечной гипертонией, брадипсихией и вынужденным ограничением контактов при паркинсонизме [9]. Общая картина выглядит еще более сложной ввиду фармакогенного фактора депрессий при шизофрении, а именно прямого депрессогенного действия некоторых лекарственных средств. Высказано мнение о существовании особого варианта дофаминзависимых депрессий, в генезе которых главную роль играет длительная дофаминблокирующая терапия, в результате которой возникают депрессивные симптомы, не входящие в структуру паркинсонизма, ввиду чего становится сложным разделить аффективную

симптоматику процессуального и фармакогенного генеза [10]. Практически во всех работах, посвященных типологии вариантов депрессивных расстройств при шизофрении [11–14], мы усматриваем такую агглютинацию феноменологически сходных симптомов разного происхождения с идеей своеобразия постшизофренических депрессий, которые якобы всегда характеризуются «атипичной, субсиндромальной картиной, сглаженностью аффективной симптоматики с отсутствием ее экспрессивных проявлений, апатической, адинамической либо астенической окраской со слабо выраженными признаками витальности». Большинство вариантов депрессии оценивались в перечисленных работах как «адинамические». При этом говорится об особой специфике таких депрессий как неизбежно связанных с другими симптомами шизофрении.

Исходя из такой логики, может показаться, что пациенты с шизофренией не страдают от симптомов депрессии, которые дезактуализируются нарастанием отгороженности, инертности и иных симптомов болезни. С этим категорически не согласен С. Baker [15], автор, перешагнувший через стереотип оценок эмоциональности при шизофрении в терминах вариантов апатии. Он описал «сущий ад, мучения, ужас, гнев, отчаяние и желание убить себя, чтобы избежать страданий» в самоотчетах пациентов с шизофренией. Автор пишет о том, что традиционный клинический подход не позволяет выйти за пределы оценок шизофрении как закрытого объекта в силу особенностей изменений в эмоциональной сфере таких пациентов. Однако это не означает отсутствия у них тяжелой депрессии в форме душевной боли, которую он рассматривает как скрытый от глаз клинический феномен шизофрении.

■ ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выявление и изучение социально-демографических и клинико-динамических характеристик пациентов с шизофренией с постпсихотической депрессией в контексте феномена душевной боли.

■ МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Дизайн исследования: открытое обсервационное поперечное исследование в контрольных группах с направленным формированием групп сравнения.

Общая выборка составила 152 пациента с шизофренией. Критериями включения пациентов в общую исследовательскую выборку являлись: верифицированный диагноз «шизофрения» (F20.09, F20.01, F20.00, F20.02, F20.03 по МКБ-10), возраст 18–50 лет, отсутствие у пациента выраженных острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов <30 баллов) [16], отсутствие выраженных проявлений негативной симптоматики (по шкале PANSS сумма негативных симптомов <35 баллов), письменное информированное согласие на участие в исследовании. Критериями исключения пациентов из общей выборки являлись: наличие у пациента острых психотических симптомов (по шкале PANSS сумма позитивных симптомов >30 баллов), выраженные проявления негативной симптоматики (по шкале PANSS сумма негативных симптомов >35 баллов), наличие экстрапирамидных расстройств (ЭПР).

Из общей выборки в два этапа было сформировано три группы сравнения. На первом этапе общая выборка была разделена на две группы: группу А, 103 пациента (постпсихотическая депрессия, значения по шкале депрессии PANSS ≥ 5 баллов), и

группу Б, 49 пациентов (отсутствие постпсихотической депрессии, значения по шкале депрессии PANSS <5 баллов). На втором этапе группа А была разделена на две подгруппы: А1, 69 пациентов (постпсихотическая депрессия с душевной болью), и А2, 34 пациента (постпсихотическая депрессия без душевной боли). Критической точкой для деления на подгруппы явилось значение ≥ 24 балла по «Шкале душевной боли». Для объективации феномена душевной боли и ее численного измерения применяли «Шкалу душевной боли» (The Psychache Scale) в русскоязычной версии, адаптированной в Московском научно-исследовательском институте психиатрии МЗ РФ и Научном центре психического здоровья г. Москвы (К.А. Чистопольская, Т.В. Журавлёва, С.Н. Ениколопов, Е.Л. Николаев, 2017) [17].

Формирование состава групп сравнения происходило путем включения/исключения пациентов с целью полной сопоставимости групп сравнения по назначенным им лекарственным средствам из группы антипсихотиков (АП) для исключения систематической ошибки результатов исследования, обусловленной лекарственной терапией (табл. 1).

Диагностика клинических симптомов шизофрении проводилась с применением шкалы PANSS, которая состоит из трех шкал для оценки позитивных и негативных синдромов, шкалы общих психопатологических синдромов, а также шкалы дополнительных симптомов для оценки риска агрессии. Была использована инструкция по применению шкалы PANSS С.Н. Мосолова, в частности прилагаемый к инструкции шаблон по переводу «сырых» баллов в Т-баллы [16].

Для детализации депрессии была использована шкала CDSS (шкала депрессии при шизофрении Калгари), специально дифференцирующая депрессию от негативной и экстрапирамидной симптоматики [18].

Таблица 1
Доля лекарственных средств из группы антипсихотиков пациентов с шизофренией в группах сравнения

Table 1
The proportion of drugs from the antipsychotic group of patients with schizophrenia in the comparison groups

№	Лекарственные средства	А1	А2	Б	р-уровень
1	Рisperидон	0,14	0,17	0,19	>0,05
2	Оланзапин	0,112	0,134	0,107	>0,05
3	Зуклопентиксол	0,104	0,101	0,09	>0,05
4	Хлорпротиксен	0,08	0,05	0,05	>0,05
5	Хлорпромазин	0,012	0,017	0,012	>0,05
6	Кветиапин	0,012	0,005	0,012	>0,05
7	Галоперидол	0,01	0,04	0,06	>0,05
8	Трифлуоперазин	0,081	0,097	0,068	>0,05
9	Сультрипид	0,026	0,019	0,054	>0,05
10	Клозапин	0,25	0,19	0,12	>0,05
11	Флупентиксол	0,07	0,07	0,07	>0,05
12	Перициазин	0,08	0,09	0,1	>0,05
13	Амисульприд	0,011	0,005	0,061	>0,05
14	Флуфеназин	0,012	0,012	0,006	>0,05

Для статистической обработки данных применили калькулятор для эпидемиологических исследований WINPEPI (Windows Programs for EPIdemiologists) [19]. Калькулятор был использован для получения данных о пропорциях показателей в группах сравнения. Для оценки репрезентативности полученных результатов использовалась компьютерная программа G*Power 3.1. Была произведена оценка теоретического размера выборки для статистически значимых значений пропорций A1:A2, A1:Б.

■ РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Социально-демографические показатели обследуемых пациентов и их статистические характеристики представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, подгруппа А1 (пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью) представлена преимущественно женщинами. Данным показателем подгруппа А1 отличается и от пациентов подгруппы А2, то есть пациентов с депрессией, но без душевной боли, и от пациентов группы Б, которые не отличались друг от друга и были в гендерном аспекте представлены обоими полами практически в равной степени. Еще по ряду социально-демографических показателей основная группа пациентов сильно отличалась от группы сравнения и контроля. Особенно

Таблица 2
Социально-демографические характеристики в группах сравнения, %, абс. (χ^2 ; р-уровень)
Table 2
Socio-demographic characteristics in comparison groups, %, abs. (χ^2 ; p-level)

Параметр		A1 (n=69)	A2 (n=34)	Б (n=49)	χ^2 (р-уровень)		
					A1:A2	A1:Б	A2:Б
Пол (%, абс.)	Мужчины	21,7 (15)	55,8 (19)	48,9 (24)	12,0 (0,001)	9,6 (0,002)	0,38 (0,53)
	Женщины	78,3 (54)	44,2 (15)	51,1 (25)			
Образование (%, абс.)	Неполное среднее	2,8 (2)	14,8 (5)	22,45 (11)	4,22 (0,04)	8,75 (0,003)	0,53 (0,46)
	Среднее	13,0 (9)	20,5 (7)	34,69 (17)	0,70 (0,40)	4,88 (0,02)	1,09 (0,29)
	Среднеспециальное	13,0 (9)	26,47 (9)	28,58 (14)	1,93 (0,16)	2,91 (0,08)	0,02 (0,87)
	Незаконченное высшее	24,6 (17)	20,58 (7)	6,12 (3)	0,13 (0,72)	5,12 (0,024)	3,05 (0,08)
	Высшее	46,6 (32)	17,65 (6)	8,16 (4)	4,0 (0,04)	11,3 (0,001)	1,3 (0,251)
Общественный статус (%, абс.)	Учащийся/студент	20,29 (14)	5,8 (2)	7,2 (3)	1,87 (0,17)	2,6 (0,10)	0,001 (0,9)
	Рабочий	30,43 (21)	2,9 (1)	9,3 (4)	7,3 (0,007)	5,76 (0,01)	0,21 (0,6)
	Служащий	27,54 (19)	2,9 (1)	10,2 (5)	6,45 (0,01)	4,5 (0,05)	1,3 (0,23)
	Безработный	11,59 (8)	11,7 (4)	28,5 (14)	0,01 (0,9)	3,66 (0,09)	1,48 (0,22)
	Инвалид	10,15 (7)	76,7 (26)	44,8 (22)	21,4 (0,0001)	10,9 (0,001)	2,13 (0,14)
Семейное положение (%, абс.)	Холост / не замужем	31,88 (22)	70,59 (24)	77,55 (38)	4,1 (0,04)	6,7 (0,01)	0,01 (0,91)
	Женат/замужем	42,03 (29)	8,82 (3)	6,12 (3)	5,7 (0,02)	11,4 (0,001)	0,01 (0,9)
	Разведен(а)	10,15 (7)	8,82 (3)	6,12 (3)	0,001 (0,9)	0,14 (0,7)	0,001 (0,9)
	Вдовец/вдова	15,94 (11)	11,77 (4)	10,21 (5)	0,003 (0,8)	0,2 (0,6)	0,001 (1,0)
Наследственность (%, абс.)	Психопатологически отягощена	26,1 (18)	26,47 (9)	22,45 (11)	0,001 (0,9)	0,02 (0,88)	0,001 (0,9)
	Психопатологически не отягощена	73,9 (51)	73,53 (25)	77,55 (38)	0,001 (0,9)	0,02 (0,88)	0,001 (0,9)

Примечание: статистически значимые результаты обозначены в затемненных ячейках таблицы.

показательно, что депрессивные пациенты с душевной болью достоверно чаще являлись обладателями диплома о высшем образовании, то есть завершали учебу в вузе. При этом среди пациентов оказалось всего несколько человек с незаконченным средним образованием, что позволяет говорить о них как о людях с достаточно прочным когнитивным потенциалом. Общественный статус пациентов подгруппы А1 оказался достаточно высоким, если учесть, что рабочих и служащих в действительном статусе на момент осмотра на фоне крайне низкого уровня инвалидности было гораздо больше, чем в группах сравнения. Семейное положение пациентов основной группы также отличало их от группы сравнения и контроля тем, что среди них было больше людей, состоящих в браке. В группах сравнения оказалось больше пациентов с утерянным семейным статусом. При этом пациенты с депрессией без душевной боли (подгруппа А2) и пациенты без депрессии по социально-демографическим показателям обнаруживали больше общего, чем различий. Так, не было выявлено гендерных различий. Эти пациенты завершали образование на условно промежуточных этапах. Те из них, кто поступил в вуз, его, как правило, не заканчивали. Доля инвалидов в этих двух группах оказалась достаточно высокой, что резко контрастировало с пациентами основной группы. Влияния на распределения в группы сравнения фактора наследственной предрасположенности, которая определялась наличием больных шизофренией родственников первой и второй линий родства, не наблюдалось.

Клинико-динамические показатели в группах сравнения представлены в табл. 3.

Пациенты основной группы оказались существенно моложе, в то время как пациенты в группах сравнения были в целом старше и не отличались друг от друга. Возраст дебюта шизофрении для основной группы был меньше и, что немаловажно, оказался изменчив в довольно узком диапазоне. Пациенты подгруппы А болели меньше времени, что также отличало их сразу от обеих групп сравнения. Длительность болезни для пациентов группы А была более непродолжительной, чем в группах сравнения.

Таким образом, все клинико-динамические показатели для пациентов с шизофренией с депрессией и душевной болью свидетельствовали в пользу неслучайного характера распределения исследуемых по группам сравнения. Они были существенно моложе, заболели шизофренией раньше и, соответственно, болели меньше по времени, чем пациенты подгруппы А2, то есть с депрессией, но без душевной боли, и группы Б, пациенты без депрессии и душевной боли.

Таблица 3
Клинико-динамические характеристики в группах сравнения Мср, мин.-макс. (p-уровень)

Table 3
Clinical and dynamic characteristics in comparison groups of Msr, min.-max. (p-level)

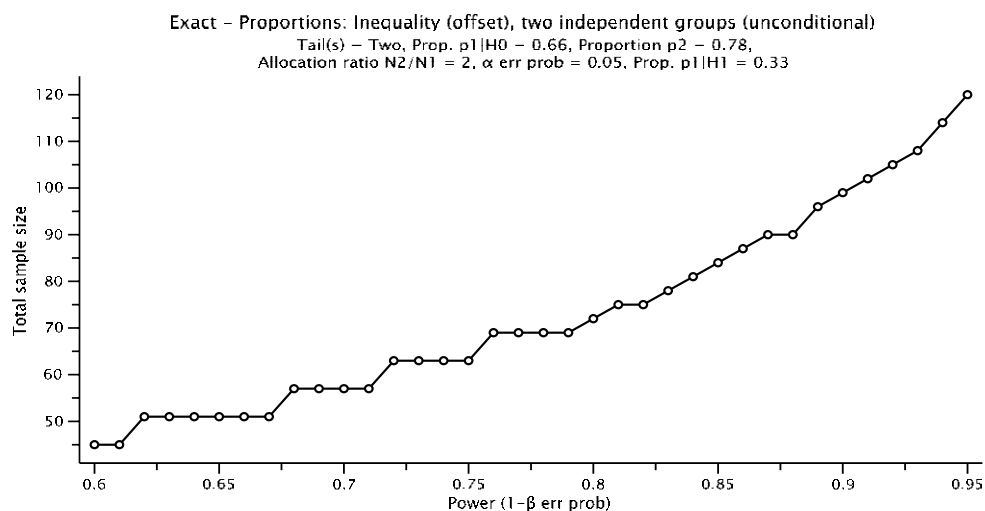
Параметр	А1 (n=69)	А2 (n=34)	Б (n=49)	Р-уровень		
				А1:А2	А1:Б	А2:Б
Возраст (ср, мин.-макс.)	28 (25–29)	35 (29–44)	36 (28–50)	<0,05	<0,05	>0,05
Возраст дебюта шизофрении (ср, мин.-макс.)	21 (19–24)	25 (20–32)	25 (20–30)	<0,05	<0,05	>0,05
Длительность заболевания (ср, мин.-макс.)	7 (4–19)	14 (8–16)	9 (4–15)	<0,05	<0,05	>0,05

Примечание: статистически значимые результаты обозначены в затемненных ячейках таблицы.

Оценка теоретического размера выборки для A1:A2 при оценке гендерного состава в группах сравнения

С тем чтобы оценить, достаточно ли обследовано пациентов для экстраполирования результатов гендерного состава в группах сравнения на генеральную совокупность, воспользовались программой G*Power 3.1. Предварительным этапом явился расчет «входящих» статистик (Input), указанных в верхней части рисунка и подписанном примечании программы в рубрике Input.

Анализ показал, что для 95%-ной мощности результатов достаточно обследовать 120 человек (значения показателей теоретической общей выборки на рисунке, соответствующих 0,95%-ной мощности) в пропорции конкретно для A1:A2 – 40 и 80



Exact – Proportions: Inequality (offset), two independent groups (unconditional)

Options: proportion, z-test pooled

Analysis: A priori: Compute required sample size

Input: Tail(s) = Two

Prop. p1|H1 = 0.33

Prop. p1|H0 = 0.66

Proportion p2 = 0.78

α err prob = 0.05

Power (1-β err prob) = 0.95

Allocation ratio N2/N1 = 2

Output: Sample size group 1 = 40

Sample size group 2 = 80

Total sample size = 120

Actual α = 0.0588831

Actual power = 0.9509297

Теоретический размер общей выборки и групп сравнения в зависимости от мощности результатов при оценке гендерного состава для пропорции A1:A2

The theoretical size of the total sample and comparison groups depending on the power of the results when assessing gender composition for the ratio A1:A2

пациентов соответственно (см. показатели в рубрике Output в подрисуночном примечании). То есть размеры исследованных выборок достаточны для того, чтобы экстраполировать результаты на генеральную совокупность.

■ ВЫВОДЫ

Пациенты с шизофренией с депрессией и душевной болью образуют особую группу, ограниченную социально-демографическими и клинико-динамическими характеристиками. Это относительно молодые люди, преимущественно женского пола, не утратившие работоспособности и социального статуса, с относительно ранним дебютом болезни и непродолжительным течением.

Наличие душевной боли в структуре аффективных переживаний данных пациентов не связано с проводимой им лекарственной терапией.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Van Rooijen G., Vermeulen J.M., Ruhé H.G., de Haan L. (2018) Treating depressive episodes or symptoms in patients with schizophrenia. *CNS Spectrums*, pp. 1–10.
2. Buckley P.F., Miller B.J., Lehrer D.S., Castle D.J. (2009) Psychiatric comorbidities and schizophrenia. *Schizophr Bull.*, vol. 35 (2), pp. 383–402.
3. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. (2003) Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: a systematic review. *Psychol Med*, vol. 33 (4), pp. 589–599.
4. Addington J., el-Guebaly N. (1998) Group treatment for substance abuse in schizophrenia. *Can J Psychiatry*, vol. 43 (8), pp. 843–845.
5. Saha S., Chant D., McGrath J. (2007) A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Arch Gen Psychiatry*, vol. 64 (10), pp. 1123–1131.
6. Dzhons P.B., Bakli P.F. (2009) *Shizofreniya: klinicheskoye rukovodstvo, per. s angl.* [Schizophrenia: a clinical guide, trans. from english]. M.: MEDpressMinform, 192 p.
7. Juckel G., de Bartolomeis A., Gorwood Ph. (2014) Towards a framework for treatment effectiveness in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, vol. 10, pp. 1867–1878.
8. Addington D., Addington J., Atkinson M. (1996) A psychometric comparison of the Calgary Depression Scale for Schizophrenia and the Hamilton Depression Rating Scale. *Schizophrenia Res*, vol. 19, pp. 205–212.
9. Mosolov S. (2001) *Shkaly psikhometricheskoy otsenki simptomatiki shizofrenii i kontseptsiya pozitivnykh i negativnykh rasstroystv* [Scales of psychometric assessment of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]. Moscow, pp. 238.
10. Zukars A., Mosolov S. (1998) Differentsirovannaya terapiya postpsikhoticheskikh depressivnykh i depressivnobredovykh sostoyaniy u bolnykh shizofrenicheskim psikhozom [Differentiated therapy of postpsychotic depressive and depressive-delusional states in patients with schizophrenic psychosis]. *Affective and schizoffective psychoses: Current state of the problem*, pp. 395–403.
11. Dresvyannikov V., Starychkov D., Ovchinnikov A., Drobizhev M., Kyreeva A. (2007) Affective disturbances in remission in schizophrenia (clinical picture, pathogenesis, therapy). *Psychiatry and psychopharmacotherapy. P.B. Gannushkin*, vol. 9 (5), pp. 8–11.
12. Koneva O. (2009) *Postshizofrenicheskaya depressiya: klinicheskiye. adaptatsionnyye i reabilitatsionnyye aspekty* [Post-schizophrenic depression: clinical, adaptation and rehabilitation aspects] (MD Thesis). Toms: Research Institute of Mental Health SB RAMS.
13. Smulevich A. (2003) *Psikhopatologiya i klinika depressii. razvivayushchikhsya pri shizofrenii* [Psychopathology and clinic of depressions developing in schizophrenia]. *Psychiatry and psychopharmacotherapy. P.B. Gannushkin*, vol. 5 (5), pp. 184–186.
14. Shumskaya K. (1999) *Postshizofrenicheskoye depressii (psikhopatologicheskiye osobennosti i voprosy tipologii. klinicheskiye podkhody. terapevticheskiye osobennosti)* [Post-schizophrenic depression (psychopathological features and issues of typology, clinical approaches, therapeutic features)] (MD Thesis), Moscow: NTSPZ RAMS.
15. Baker C. (1996) Subjective experience of symptoms in schizophrenia. *Can J Nurs Res*, vol. 28 (2), pp. 19–35.
16. Kay S.R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987) The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull.*, vol. 13 (2), pp. 261–76.
17. Chistopolskaya K., Zhuravleva T., Enikolopov S., Nikolayev E. (2017) Adaptatsiya metodik issledovaniya suitsidalnykh aspektov lichnosti [Adaptation of research methods of suicidal aspects of personality]. *Psychology Journal of the Higher School of Economics*, vol. 14 (1), pp. 61–87.
18. Lako I.M., Bruggeman R., Kneegtering H. (2012) A systematic review of instruments to measure depressive symptoms in patients with schizophrenia. *J. Affect Disord*, vol. 140 (1), pp. 38–47.
19. Abramson J.H. (2011) WINPEPI updated: computer programs for epidemiologists, and their teaching potential. *Epidemiologic Perspectives & Innovations*, 8: 1. Available at: www.epiperspectives.com/content/8/1/1